

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES
HIPERTENSOS. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS-CHOTA
2023**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

SONIA VASQUEZ TARRILLO

Asesora:

M.Cs. MARÍA ELOISA TICLLA RAFAEL

Cajamarca, Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Sonia Vasquez Tarrillo**
DNI: 47611082
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la salud.
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
2. Asesora: M.CS. María Eloisa Ticlla Rafael
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Nivel de Conocimiento sobre Hipertensión Arterial y Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes Hipertensos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota. 2023
6. Fecha de evaluación: **27/01/2026**
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **8%**
9. Código Documento: **3117:549997299**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **28/01/2026**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 MCS. María Eloisa Ticlla Rafael DNI: 27373754

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by
SONIA VASQUEZ TARRILLO
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERÚ



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 10:00 horas del día 14 de octubre de dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 105 del Centro de Idiomas de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ROSSANA PATRICIA LEÓN IZQUIERDO, Dra. ANA MARÍA RIMARACHÍN CHÁVEZ, M.Cs. MARTHA ESTHER RODRÍGUEZ TEJADA** y en calidad de Asesora la **M.Cs. MARÍA ELOISA TICLLA RAFAEL**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS- CHOTA 2023**, presentada por la **Bachiller en Farmacia y Bioquímica SONIA VASQUEZ TARRILLO**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó aprobada con la calificación de dieciséis (16) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Farmacia y Bioquímica SONIA VASQUEZ TARRILLO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
M.Cs. María Eloisa Ticlla Rafael
Asesora

.....
Dra. Rossana Patricia León Izquierdo
Jurado Evaluador

.....
Dra. Ana María Rimarachín Chávez
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A mi madre en el cielo, a mi padre, pareja e hijo y hermana quienes, durante mi trayectoria académica, me brindaron su apoyo en los momentos difíciles y por creer en mí para alcanzar mis objetivos y asegurarse que logre mi plan de vida.

Sonia

AGRADECIMIENTO

Estoy agradecida con Dios por haberme dado la vida y la sabiduría necesaria para superar esta etapa de mi existencia.

A mi padre y a mi hermana, por brindarme su confianza y apoyo, acompañándome en el camino de la vida en especial en los momentos difíciles.

A mi esposo y a mi hijo, por estar a mi lado cada día, entendiendo mis ausencias por estudios o trabajo, brindándome su respaldo emocional tan necesario para alcanzar todas mis metas profesionales.

A mi asesora M.Cs. María Eloisa Ticlla Rafael, por brindarme su tiempo y experiencia desde el inicio del estudio, hasta la elaboración del informe final, le agradezco por el aprendizaje.

A los adultos y adultos mayores entrevistados, gracias por brindarme su tiempo y

responder con veracidad mis interrogantes.

“Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina se tu alimento”

Hipócrates

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	viii
Índice de tablas	x
Lista de abreviaturas	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción	xvi
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1. Delimitación y definición del problema de investigación	1
1.2 Formulación del problema de investigación	1
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos de la investigación	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Bases teóricas	7
2.3. Marco conceptual	11
2.4. Bases legales	12
2.5. Definición de términos	21
2.6. Hipótesis	22
2.7. Variables	22
2.8. Operacionalización de variables	22
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Ubicación geográfica	27
3.2. Diseño y tipo de investigación	27
3.3. Métodos de investigación	27
3.4. Población, muestra	28

3.5. Unidad de análisis	29
3.6. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos	29
3.7. Procedimiento de recopilación de información	30
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de la información	30
3.9. Consideraciones éticas	30
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS	32
4.1. Presentación y análisis de los resultados	32
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Referencias bibliográficas	45
Anexos	56

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Nivel de conocimiento de hipertensión arterial de los pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023.	32
Tabla 2. Adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023.	34
Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos del Hospital José Soto Cadenillas, 2023	37
Tabla 4. Relación entre nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento de farmacológico en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas, 2023	40

LISTA DE ABREVIATURAS

HTA	: Hipertensión Arterial
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
HJHSC	: Hospital José Hernán Soto Cadenillas
CSH	: Cuestionario de conocimientos sobre hipertensión
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN

La investigación tuvo el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Material y métodos: fue un estudio cuantitativo, con diseño no experimental, tipo descriptivo, correlacional y corte trasversal. La muestra estuvo constituida por 246 usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: 98,3% de los participantes tienen un nivel de conocimiento adecuado. Así mismo, 65,4% tiene adherencia al tratamiento. En cuanto a las características demográficas 48,8% tienen entre 50 a 59 años, 52% son mujeres, 50% convivientes, 30% con grado de instrucción primaria, 52,8% tienen de 6 a 10 años la enfermedad. El 64% de los entrevistados con un conocimiento adecuado muestran adherencia a la medicación, mientras que 35% del mismo grupo no muestran adherencia a la medicación. No existe relación significativa entre las variables en estudio con un valor de $p = 0,0642$. Conclusión: La adherencia al tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial no dependen del conocimiento del paciente, sino a otros factores.

Palabras clave: Hipertensión arterial, conocimiento, adherencia al tratamiento farmacológico.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the level of knowledge about hypertension and adherence to pharmacological treatment in hypertensive patients. Materials and methods: This was a quantitative, non-experimental, descriptive, correlational, and cross-sectional study. The sample consisted of 246 users who met the inclusion criteria. Results: 98.3% of the participants had an adequate level of knowledge. Likewise, 65.4% adhered to their treatment. Regarding demographic characteristics, 48.8% were between 50 and 59 years old, 52% were women, 50% were cohabiting, 30% had a primary education, and 52.8% had had the disease for 6 to 10 years. 64% of those interviewed with adequate knowledge showed adherence to their medication, while 35% of the same group did not. No significant relationship was found between the variables studied ($p = 0.0642$). Conclusion: Adherence to pharmacological treatment for hypertension depends not on patient knowledge, but on other factors.

Keywords: High blood pressure, knowledge, adherence to drug treatment

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que en el mundo existe un 40% aproximadamente de personas con hipertensión arterial (HTA) y estas cifras van aumentando con la edad, en poblaciones de países con ingresos elevados afecta en un 35% a diferencia de la población de países desarrollados que representa un 40%. Se anuncia para el año 2025 aumentará en un 60% de adultos con hipertensión arterial (1).

La carga de la hipertensión es extensa, no solo en términos de salud sino también en sus impactos económicos. Las complicaciones derivadas de la HTA causan una demanda sustancial en los servicios de salud, con altos costos en tratamientos médicos y pérdida de productividad laboral. En países de ingresos bajos y medios, donde los sistemas de salud enfrentan limitaciones significativas, la HTA exacerba las desigualdades en salud.

Para combatir la hipertensión eficazmente, se requieren estrategias integradas que incluyan tanto intervenciones médicas como cambios en políticas de salud pública. A nivel individual, el manejo médico incluye medicamentos, pero principalmente cambios en el estilo de vida. A nivel poblacional, es crucial implementar políticas que promuevan ambientes saludables, incentivos para la actividad física y programas de educación sanitaria (2).

Recalde, afirma que conocer el grado de adherencia al tratamiento supone un reto para los profesionales de la salud, las medidas subjetivas de esta variable dependen de las evaluaciones realizadas por los profesionales sanitarios o los propios pacientes, como los autoinformes y las evaluaciones médicas; sin embargo, una limitación importante de estas pruebas es que los pacientes tienden a informar de menos sobre su falta de adherencia para evitar la desaprobación de los profesionales sanitarios (3).

La investigación tiene como objetivo general: determinar la relación entre el nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de la Ciudad de Chota, durante el año 2023. El estudio se plantea debido al aumento progresivo de adultos y adultos mayores con hipertensión arterial en la zona, además de los numerosos casos de accidentes cerebro vasculares con secuelas graves donde la gran mayoría de pacientes tuvo como antecedente valores de tensión arterial muy elevados además de otros factores de riesgo como hábitos alimentarios poco saludables, obesidad, etc.

El documento está estructurado en cinco capítulos:

El capítulo I, considera el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos generales y específicos y la justificación.

En el capítulo II, se presenta el marco teórico: antecedentes de la investigación y las bases teóricas y conceptuales.

El capítulo III, aborda las hipótesis, así como las variables con su definición conceptual y operacional.

En el capítulo IV, se presenta el marco metodológico del estudio: ubicación geográfica, tipo y diseño de investigación, método de investigación, población, técnicas e instrumentos de recolección de datos; procedimiento de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos.

En el capítulo V, muestra los resultados de la investigación con la presentación de las tablas con su interpretación, análisis y discusión, finalizando con las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La Hipertensión arterial es una enfermedad sistémica crónica que afecta principalmente a los vasos sanguíneos, debido a un desequilibrio de los factores vasodilatadores y vasoconstrictores, lo que ocasiona una alta tensión constante. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, por ello es considerada como un asesino silencioso; los órganos más afectados y que conllevan a la muerte son el corazón y el cerebro. Según el Colegio Estadounidense de Cardiología/Asociación Estadounidense del Corazón (ACC/AHA), los valores para diagnosticar que una persona padece de hipertensión arterial se toman a partir de ≥ 130 mmHg sistólica y ≥ 80 mmHg diastólica (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2023 refiere que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y que la mayoría de ellos vive en países de ingresos bajos y medianos, sin embargo, 46% de los adultos hipertensos desconocen que padecen esta afección a pesar de que es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo. En España, se ha reportado que, de 980 pacientes hipertensos, el 41,7% refirió que nadie le había explicado sobre la hipertensión, el 35,8% no consideraba la hipertensión un proceso de toda la vida, y solo cerca del 43% conocía la lectura de presión arterial a partir de la cual se considera que un individuo muestra dicha condición (4).

Cada año ocurren 1,6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años. En el año 2022, la hipertensión afectó entre el 20-40% de la población adulta de la región, lo que significa que alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. La hipertensión es prevenible a través de intervenciones preventivas, como la disminución del consumo de sal, dieta rica en frutas y verduras, ejercicio físico y mantenimiento de un peso corporal saludable (5).

En Latinoamérica, una de cada tres personas al menos una padece de hipertensión arterial y la mitad de ellos no conoce su diagnóstico, dado que es un padecimiento que evidencia escasos síntomas que alerten a los especialistas; en Colombia se ha reportado que la falta de conocimientos sobre la hipertensión arterial es tal, que muchos de ellos la

sufren sin saberlo, debido a que no conocen las señales de riesgo de esta enfermedad (6).

A nivel mundial, el conocimiento sobre la hipertensión arterial presenta variaciones significativas entre países influenciado por factores sociodemográficos y clínicos. Diversos estudios realizados en distintos países describen algunos factores que pueden influir en dicho conocimiento, como la edad, el diagnóstico previo de hipertensión arterial, antecedentes familiares de hipertensión arterial (7).

En el contexto latinoamericano, el nivel educativo del paciente hipertenso y el acceso a información influyen en la identificación de signos y síntomas iniciales de la enfermedad retardando el correcto diagnóstico, por lo que, es necesario investigar que tanto conocen los pacientes hipertensos acerca de su condición (8).

En el Perú, en el año 2022, se han reportado datos respecto al conocimiento de los pacientes sobre hipertensión arterial en Trujillo, solo el 39% de los hipertensos conocen sobre su enfermedad, en Lambayeque estudios realizados en centros de salud muestran que solo 50% tienen algunos conocimientos sobre la HTA, en Ancash, más del 50% de los pacientes evaluados presentaron conocimientos básicos sobre la HTA (9). En el año 2023, 13% de personas mayores de 15 presentó presión arterial alta que fue más mayor en la Costa con 14,1%, y menor en la Sierra y Selva (11,2%, en cada caso). Según departamento, los mayores porcentajes de personas que presentaron presión arterial alta, por encima del promedio nacional, fueron Piura (15,8%), Lima (15,6%), Ica (14,9%), Lambayeque, Cajamarca (14%, cada uno), Provincia Constitucional del Callao (13,7%) y Loreto (13,4%). Los menores porcentajes se presentaron en Madre de Dios (8,1%), Cusco (8,8%), Apurímac (9,0%) y Amazonas (9,3%) (10).

En Cajamarca, en el 2020, el porcentaje de personas de 15 años y más de edad con prevalencia de hipertensión arterial fue 21,7% de acuerdo a la medición de la presión arterial efectuada por el personal de campo¹ y por auto reporte de la persona entrevistada de haber sido diagnosticada como hipertensa por un médico. Según sexo, las mujeres y hombres fueron igualmente afectados (21,7%, en cada caso) (11).

En la provincia de Chota, no se ha encontrado estudios de postgrado sobre el tema, sin embargo, Blanco M, Idrogo R en el 2013, concluye que la hipertensión arterial es la principal causa de morbilidad y mortalidad en adultos de 30 años a más, cuya frecuencia

oscila entre el 8% y 30%, con mayor predominio en las mujeres (51,65%). Los datos refieren que las mujeres de la provincia están ligeramente más proclives a sufrir de hipertensión arterial. Sin embargo, la mayoría de la población adulta desconoce los factores de riesgo que trae como consecuencia esta enfermedad y de la adherencia al tratamiento farmacológico, por ser de carácter silenciosa, además gran parte no presentan síntomas (12).

El control de la hipertensión arterial requiere de una intervención integral de múltiples actores para cumplir el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, implica una participación activa y responsable del paciente y familia para el cumplimiento de las recomendaciones recibidas sobre la alimentación, ejercicio físico, control periódico de la presión arterial y principalmente la adherencia al tratamiento farmacológico, al respecto Conthe P, afirma que la adherencia es la forma como el paciente asume las recomendaciones dadas por los profesionales de salud, incluye además de la farmacoterapia, los estilos de vida del paciente (13).

La adherencia en el tratamiento de la hipertensión arterial constituye el principal problema para la obtención de un buen control de tensión arterial y la disminución de complicaciones crónicas que acarrea este estado fisiopatológico (14).

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo se ha transformado en un problema de salud pública esto a razón de que se encuentra vinculada a enfermedades crónicas. Se ha encontrado mayormente en países industrializados un índice de adherencia mayor al tratamiento de esta enfermedad, mientras que en los países con economías en vías de desarrollo los índices son más bajos. Las afecciones adyacentes como consecuencia de escasa adherencia se ven incrementados de acuerdo al aumento de la carga de enfermedad crónica. La hipertensión arterial generalmente se muestra asintomática, lo que se considera como un factor relevante en el déficit en la adherencia al tratamiento, puesto que no percibe el riesgo de la condición, y en muchos casos decide suspender el tratamiento (15).

La adherencia al tratamiento hipertensivo prescrito y los cambios en el estilo de vida contribuyen a la carga de la hipertensión no controlada y al aumento de desenlaces cardiovasculares adversos. A pesar del éxito de varios programas para lograr altas tasas de adherencia, con fármacos, este problema persiste ampliamente. A nivel internacional se estima una adherencia al tratamiento farmacológico entre 52 y 74% (16).

Se ha demostrado en varias investigaciones que el conocimiento de la enfermedad influye directamente en la adherencia y toma del tratamiento de la Hipertensión Arterial, se ha confirmado estadísticamente que, a menor conocimiento del paciente sobre Hipertensión Arterial, existe menor capacidad de adherencia al tratamiento, una situación parecida se observó en Piura, donde se concluyó que a más saberes respecto a la hipertensión Arterial mejor acogida del tratamiento presentan (17).

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas; algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvidos o confusión, pero también puede dejar de tomar la medicina voluntariamente por temor a las reacciones adversas, percepción de ausencia o mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia que la medicación es innecesaria o excesiva, etc (18).

La investigadora a través de su labor asistencial en la atención a pacientes hipertensos ha identificado que la población adulta consume carne de cerdo continuamente la cual tiene un alto contenido de grasa y sal, siendo un factor de riesgo para la presencia de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial. En el consultorio de medicina general del Hospital José Soto Cadenillas, los usuarios con hipertensión arterial acuden a su control mensual y a recibir los medicamentos de acuerdo a la prescripción médica, así mismo reciben información sobre cuidados en la alimentación y otros hábitos de vida saludables. Sin embargo, algunos usuarios hipertensos con conocimiento sobre la enfermedad y su cuidado en casa continúan con sus hábitos poco saludables en especial lo relacionados con la dieta, y la escasa adherencia al tratamiento manifestando que es por los efectos adversos que algunos medicamentos presentan.

Lo descrito anteriormente, evidencia que la hipertensión arterial representa un gran problema de salud pública, el cual requiere implementar medidas preventivas oportunas. Por ello, resulta crucial buscar estrategias que incrementen los niveles de adherencia, evitando así el desarrollo de complicaciones.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2023?

1.3. Justificación del problema

La hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional, al ser un factor determinante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, a pesar de existir tratamientos farmacológicos eficaces, la falta de adherencia terapéutica continúa siendo un obstáculo para el control de la enfermedad.

El nivel de conocimiento de los pacientes acerca de la hipertensión arterial y la importancia del tratamiento farmacológico es un factor clave para la adherencia y el autocuidado. Por ello, el estudio contribuirá a ampliar el marco teórico sobre la relación entre conocimiento en salud y adherencia terapéutica, generando datos reales y objetivos de utilidad para la toma de decisiones a mediano y largo plazo.

Metodológicamente, la investigación reviste importancia porque permitirá la aplicación de instrumentos de medición validados, ello garantizará la validez y confiabilidad de los resultados. Asimismo, servirá como referencia para futuras investigaciones en el área de enfermería y salud pública, fortaleciendo la producción académica y científica.

Los resultados beneficiarán de manera directa a los pacientes hipertensos, al identificar sus necesidades de información y posibles limitaciones en la adherencia al tratamiento, lo cual permitirá diseñar programas educativos y estrategias de acompañamiento que promuevan el autocuidado y reduzcan las complicaciones.

La investigación posee una marcada relevancia social, puesto que abordar el tema contribuye a la prevención de complicaciones, disminución de la carga de enfermedad y fomento de una cultura de autocuidado en la comunidad.

1.4. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2023.

Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2023.
2. Describir la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2023.
3. Identificar el perfil sociodemográfico de los pacientes hipertensos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota. 2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Recalde, Arguello. et al. (2022), en la investigación Adeherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial en Asunción. Paraguay. estudio observacional, descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por 425 pacientes. Resultados: participaron del estudio 425 pacientes, con predominio del sexo femenino (61,1%). El cuestionario de Morisky Green detectó que 60% de los sujetos olvida de tomar su medicación, 25% no la toma en el horario indicado, 29% de la toma si se siente bien y 44% deja de tomarla si siente efectos indeseables. El cuestionario de Batalla halló 7% cree que la hipertensión arterial no es para toda la vida, 9% cree que la afección no se controla con dieta y medicación, y 5,8% no pudo referir al menos un órgano blanco (3).

Bashe (2022), en el estudio: Conocimiento sobre la hipertensión arterial y la falta de adherencia a los medicamentos entre ancianos diagnosticados de hipertensión en un hospital de Somalia. estudio descriptivo, correlacional. La población fue de 250 pacientes. Como resultado, el conocimiento promedio, bueno y malo sobre la hipertensión de los ancianos con hipertensión fue del 63%, 29% y 8%, respectivamente. Además, el 96% de los participantes no cumplieron con los medicamentos y solo el 4% de los participantes tuvo una adherencia media. Por otro lado, no se encontró asociación significativa entre la puntuación de conocimientos, el índice de masa corporal y la adherencia a la medicación ($p = 0,36$) (19).

Franco (2021), realizó una investigación sobre Asociación del grado de conocimiento de su enfermedad en pacientes con hipertensión arterial al tratamiento en la Unidad de Medicina Familiar número 9 de Queretaro. México. Estudio observacional, analítico, transversal, compartido. La población estuvo constituida por 315 pacientes hipertensos. En los resultados, no se encontró relación entre el conocimiento y el apego al tratamiento antihipertensivo ($X^2 = 2,16$; $p = 0,87$); ya

que se encontró que, los que conocen la enfermedad (58,9%) y los que no la conocen (66,9%), no mostraron una significancia estadística (20).

Paczkowska, Hoffman, Kus, et al. (2021) realizaron una investigación Impacto del conocimiento del paciente en la adherencia y eficacia del tratamiento de la hipertensión de un solo centro en Polonia. la población fue de 488 pacientes diagnosticados y tratados en entornos ambulatorios. Estudio descriptivo, correlacional, transversal. Se encontró que un 54,7% de los pacientes tenía conocimiento bueno sobre hipertensión arterial, un 40,0% conocimiento intermedio y un 5,3% conocimiento deficiente. Un buen conocimiento se asoció significativamente con el control de la presión arterial, el número de antihipertensivos utilizados, la frecuencia de hospitalización, así como la adherencia a la medicación y hábitos de vida saludables ($p < 0,05$) (21).

Sarika et al. (2020) realizó la investigación Relación entre el conocimiento sobre el manejo de la hipertensión y la adherencia a la medicación entre pacientes con hipertensión en un hospital seleccionado en Khurdha. Estudio descriptivo, correlacional, con una población de 254 pacientes hipertensos en hospitales de la India. En los resultados, la mayoría tenía una edad entre cuarenta y sesenta años (45%) y el 63% eran mujeres. La mayoría de los participantes tuvo conocimiento sobre el tratamiento (57,5%) y adherencia a la medicación (63,8%). Alrededor del 87,8% de los participantes tenían un conocimiento deficiente del manejo de la enfermedad. En su mayoría, tenían baja adherencia al tratamiento. Además, el conocimiento de los antihipertensivos y la adherencia a la medicación mostraron una correlación positiva débil significativa ($r = 0,20$, $p < 0,01$) (22).

Quiroz, Agudelo, et al. (2020) en la investigación Asociación entre marcadores de posición social y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Colombia. Estudio descriptivo, correlacional, transversal. Con una población de 258 residentes investigados. Los resultados evidencian una elevada proporción de adherencia al tratamiento, siendo mayor para el cumplimiento farmacológico y los controles en un 52,2%; mientras que los pacientes que no se adherían al tratamiento representan el 47,2%, de los cuales las personas que no tenían secundaria completa 22,3% ($OR=1.19$ (0,72)) no se adherían al tratamiento farmacológico. Concluyeron que los presentan menor educación e ingresos económicos tienen poca posibilidad de

adherencia al tratamiento farmacológico; mientras los de una buena posición socioeconómica tienen baja posibilidad de adherirse a los controles y a los hábitos saludables (23).

Ortiz et al. (2019), en el estudio de adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos en Santiago de Cuba. Estudio analítico y observacional de 54 pacientes adultos con hipertensión. Los resultados fueron que el 51,9% tenía una mala comprensión de su enfermedad; la adherencia terapéutica se produjo en el 48,0% de los pacientes, siendo los factores más frecuentes en el 50,0% el descuido de la hora y el olvido de tomar la medicación en el 42,9%. Concluyeron que la adherencia a la terapia en pacientes hipertensos fue baja y no guardó relación estadística con el conocimiento sobre su enfermedad (24).

A nivel nacional

Marrufo, Savedra, Iglesias (2022), en la investigación Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital de la selva peruana. Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 83 pacientes hipertensos. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los pacientes (43,4%) mostró inadecuado conocimiento sobre hipertensión y adherencia parcial al tratamiento ($\chi^2 = 0,014$; $p = 0,096$), lo que indicó no asociación entre dichas variables. Se concluyó, que no existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento (25).

Salas (2021), en el estudio Relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento. Hospital Belén de Trujillo. Estudio de tipo aplicativo, correlacional, analítico, transversal. La muestra estuvo constituida por 150 pacientes. Los resultados se identificaron que las principales características en los pacientes con nivel de conocimiento malo son: una edad mayor de 60 años, sexo masculino, grado de instrucción de primaria, procedencia rural y un estado laboral de desempleado, así como también las características encontradas en los pacientes que no se adhieren al tratamiento fueron similares con la diferencia de la procedencia, que en este caso fue urbana. Los pacientes

encuestados a veces cumplen con la medicación según dosis indicadas, en el horario establecido, casi nunca realizan ejercicios físicos indicados. En conclusión, no se encontró evidencia estadística que indique una relación significativa entre las variables analizadas (26).

Soplopucó, Tejada (2021) realizaron la investigación Asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de centros de salud, Labayeque. Estudio tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra fue de 137 pacientes hipertensos. Los resultados muestran que el 96,5% de la población con inadecuado conocimiento sobre hipertensión tenía adherencia parcial al tratamiento; además, los pacientes con inadecuado conocimiento sobre su enfermedad tienen 5.1 veces más riesgo de tener adherencia parcial al tratamiento. Se halló asociación significativa entre inadecuado nivel de conocimiento sobre hipertensión y adherencia parcial al tratamiento (χ^2 6.451; p 0.011), no recibir información sobre hipertensión arterial (χ^2 4.525; p 0.033). Concluyeron que a menor conocimiento sobre hipertensión arterial existe menor adherencia al tratamiento (27).

Arámbulo (2020) en su estudio Conocimientos sobre hipertensión arterial y su asociación con adherencia al tratamiento Hospital Cayetano Heredia en Piura. Estudio de tipo analítico observacional retrospectivo de corte transversal. La población fue de 230 pacientes hipertensos. Los resultados revelaron que el nivel de conocimientos acerca de hipertensión arterial sí afectan la adherencia farmacológica de los pacientes ($p < 0.001$), Además un 63,9% de los participantes del estudio tienen una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico de su padecimiento, un 55,7% de los mismos tienen un conocimiento adecuado de la enfermedad, mientras que sólo un 40,9% de los sujetos de estudio tienen adherencia adecuada y conocimiento pertinente de su enfermedad en forma simultánea. Concluyó que los adecuados conocimientos sobre hipertensión arterial influyen de manera positiva en la adherencia farmacológica de los pacientes hipertensos ($OR = 2.55$) (17).

Yalle (2020) realizaron un estudio Conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos Hospital III Suárez Angamos Lima 2020. Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal. La población

estuvo conformada por 65 pacientes hipertensos. En los resultados se encontró que el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento fue medio con 73,0% y no se encontraron adherido al tratamiento con 73,0%, en la dimensión definición fue alto con 55%, en la dimensión factores de riesgo fue medio con 66%, en la dimensión signos y síntomas fue alto con 50%, en la dimensión complicaciones fue medio con 61%, dimensión tratamiento fue alto con 50%, en la dimensión dieta fue alto con 57% y en la dimensión prevención fue alto con 55%. La conclusión fue que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos es medio y no se encuentran adherido al tratamiento (28).

A nivel local

No se encontró estudios referentes al tema de investigación.

2.2 Bases teóricas

Para poder explicar el problema de investigación, se desarrolla el modelo teórico de creencias en salud, el mismo que ayuda a entender por qué los pacientes hipertensos pueden tener dificultad para la adherencia a la medicación.

El Modelo Teórico de Creencias en Salud

Este modelo está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado (29).

El Modelo de Creencias en Salud en su versión original identifica básicamente cuatro variables que parecen influir en el sujeto a la hora de llevar a cabo una determinada acción preventiva. Estas variables se agrupan en torno a dos dimensiones generales de creencias: (29)

- La primera dimensión se refiere al grado de preparación o disposición psicológica del sujeto para llevar a cabo una determinada acción preventiva que viene determinada por la vulnerabilidad percibida y la gravedad percibida.
- La segunda dimensión hace referencia a los beneficios/ costes percibidos de la acción preventiva (29).

La combinación de las dos variables, denominadas por algunos investigadores como amenaza de enfermedad, proporcionará al sujeto la motivación para actuar. La conducta preventiva concreta que el sujeto adopte será aquella que comporte mayores beneficios percibidos y menos costes de cara a reducir las amenazas de enfermedad.

La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud. Esta vulnerabilidad que se experimenta, a su vez, esta condicionada por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirlas. Un incremento en la percepción de vulnerabilidad ante una amenaza para la salud produce una motivación y un fortalecimiento de las conductas de protección hacia esa amenaza. Además, se hace una estimación de los costes/beneficios de llevar a cabo la conducta, de manera que la persona utilizará una serie de claves o señales bien externas o internas que le ayudará a determinar la decisión de puesta en práctica de la conducta. En conjunto, si hay una disposición alta para emitir la conducta y las barreras consideradas son bajas, es probable que realice la conducta preventiva o de salud, al contrario, se omitirá la acción (29).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Conocimiento

Según el Diccionario de la Real Academia, afirma que conocimiento es entendimiento, sabiduría, inteligencia natural (30).

El conocimiento se va conformando progresivamente a partir de la información que una persona adquiere de su propia experiencia, es decir, de lo que es capaz de extraer de su vida cotidiana, lo que se percibe como una construcción de la realidad, estructura del modelo organizado y darle una cierta cualidad que proviene primero de la experiencia personal del sujeto de conocimiento. Por lo tanto, el conocimiento que una persona adquiere sobre la realidad puede variar dependiendo de cómo una persona percibe la realidad (31).

2.3.1.1. Tipos de conocimiento

Se evidencian dos tipos de conocimiento:

- **Empírico** que también es llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas, Es a metódico y asistemático. Permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general manejar los asuntos de rutina. Una característica de este conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario y por lo mismo a él recurren todos por igual: cineastas, burócratas, voceadores de productos, biólogos, artistas, etc. El conocimiento vulgar no es teórico, sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad (32).
- **Científico** por medio de él, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas; solo lo será si se explican los fenómenos con las causas y con sus leyes (32).

2.3.1.2. Características del conocimiento

- a. Racional. Debido a que el conocimiento se origina de la razón, la cual es una capacidad del ser humano
- b. Objetivo. Ya que se basa verdaderamente en lo real, exento de suposiciones, convicciones, puntos de vista u otros.
- c. Intelectual. Puesto que, para llegar al conocimiento, el hombre usa su intelecto y razonamiento.
- d. Universal. Dado que está destinado a todos los hombres y posee valor para ellos.
- e. Verificable. Está sujeto a validación, por mediación de experimentos o empleando el raciocinio.
- f. Sistemático. Porque tiene una organización y sus conceptos son uniformes.
- g. Preciso. Ya que esta busca ser exacto, claro y esencial, evadiendo el desconcierto.
- h. Seguro. Debido a que se puede validar, genera más credibilidad, al contrario de un conocimiento no autenticado (33).
- i.

2.3.1.3. Niveles del conocimiento

- Conocimiento adecuado, en el que se presenta ideas organizadas cuya lógica y fundamentación es adecuada considerándose un nivel excelente.
- Conocimiento inadecuado que también es considerado como un nivel bajo e insuficiente, porque las ideas no se encuentran ordenadas, se omiten aspectos importantes y el fundamento es poco lógico (34).

2.3.1.4. Conocimiento de los pacientes sobre hipertensión arterial

El conocimiento que tienen los pacientes sobre hipertensión arterial se refiere al nivel de información y comprensión que poseen acerca de esta enfermedad crónica no transmisible, considerada uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.

Tener un nivel adecuado de conocimiento permite al paciente comprender la importancia del control de la presión arterial, seguir de manera adecuada el tratamiento farmacológico y no farmacológico, y adoptar estilos de vida saludables que contribuyan a prevenir complicaciones cardiovasculares, renales y neurológicas. En cambio, un nivel insuficiente de conocimiento suele asociarse con conductas de riesgo, baja adherencia farmacológica y mayor incidencia de complicaciones (35).

El conocimiento acerca de las complicaciones de la enfermedad hace referencias al conocer y estar consciente que le podría generar diferentes alteraciones sistémicas de no ser tratada o estar mal controlada la enfermedad. Así también el paciente es capaz de poder reconocer e identificar las características clínicas de las múltiples complicaciones que podría ocasionar tales como la retinopatía, con potencial ceguera; pie diabético, y potencial amputación, neuropatía periférica, enfermedades cardiovasculares, falla renal y enfermedad cerebrovascular (36).

2.3.2. Hipertensión arterial

La presión arterial alta es una condición específica donde la presión que empuja la sangre sobre los vasos sanguíneos aumenta patológicamente y con el tiempo causa daños graves en diferentes áreas del cuerpo, principalmente el corazón y el cerebro.

Esta alza de presión es causada por la elevada frecuencia de los latidos del corazón (35).

Para que un paciente sea considerado como hipertenso debe superar el valor de 130/80 mmHg, aunque puede variar de acuerdo con el estado basal de cada individuo (35).

2.3.2.1. Tipos de hipertensión arterial

Se consideran dos tipos de hipertensión arterial:

- Hipertensión primaria (esencial): En este caso, para la mayoría de los adultos, no existe una causa identificable y tiende a desarrollarse gradualmente a lo largo de los años de vida del paciente (35).
- Hipertensión secundaria: En esta etapa, en algunos casos, las personas desarrollan presión arterial alta debido a una afección médica subyacente. Este tipo de hipertensión suele aparecer de forma repentina y predispone al paciente a la hipertensión en comparación con la hipertensión primaria. Varias condiciones y medicamentos farmacológicos pueden predisponer a este tipo de hipertensión, incluyendo enfermedad renal, tumores suprarrenales, ciertos defectos congénitos de los vasos sanguíneos, problemas de tiroides, ciertos tipos de medicamentos como píldoras anticonceptivas, analgésicos, descongestionantes y algunas drogas ilegales (cocaína y anfetaminas) (35).

2.3.2.2 Fisiopatología

La hipertensión se puede clasificar como primaria y secundaria, en la mayoría de los casos, los pacientes se encuentran en el nivel primario. La etiología de la hipertensión se perfila como multifactorial, con determinantes ambientales, genéticos y sociales que probablemente contribuyan a su desarrollo y, de esta manera, continúa desarrollándose una comprensión más clara de las interacciones entre éstos (37).

Además, se ha consolidado en mayor medida el conocimiento sobre la fisiopatología de la enfermedad, así como sobre factores que influyen como la obesidad, la inactividad física, el consumo excesivo de estrés social y crónico.

Asimismo, el parto prematuro y el bajo peso al nacer (44,45) como la contaminación atmosférica y acústica han demostrado ser factores clave en el desarrollo de la enfermedad. Además, se ha demostrado que los mecanismos inmunitarios y la inflamación sistémica están implicados en la patogenia de la hipertensión. En particular, destaca el microbiota intestinal y la periodontitis en el papel activador de la inflamación sistémica, lo que lleva a un aumento de la presión (37).

La interacción que se da entre el medio ambiente y los genes puede generar cambios en la salud de una persona que las personas con presión arterial alta pueden aprovechar para mejorar su salud, como se menciona en algunas guías y regímenes médicos asociados a esta enfermedad. Algunos de los factores utilizados en este contexto son la pérdida de peso, comer alimentos saludables, reducir la ingesta de sodio, aumentar la actividad física y no beber alcohol (37).

Varios estudios de asociación del genoma completo sobre aspectos de la presión arterial (sistólica, diastólica y del pulso) han proporcionado información sobre las regiones que controlan este proceso. El descubrimiento de nuevos loci revela un nuevo mecanismo de regulación de la presión arterial y cómo le afecta el estilo de vida (37).

2.3.2.3. Cuadro clínico

Harrison T (2022) señala que la hipertensión arterial (HTA) suele ser asintomática en la mayoría de los casos, motivo por el cual se denomina el “asesino silencioso” (38). Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar manifestaciones inespecíficas como cefalea, mareos, zumbido de oídos, palpitaciones, epistaxis, visión borrosa o fatiga (39).

En fases avanzadas, la hipertensión no controlada, puede provocar daños a órganos blanco: a nivel cardíaco, insuficiencia cardíaca, angina de pecho o infarto agudo de miocardio; en el sistema nervioso central, accidentes cerebrovasculares y encefalopatía hipertensiva; en los riñones, nefropatía hipertensiva e insuficiencia renal crónica; y en los ojos, retinopatía hipertensiva caracterizada por hemorragias, exudados y papiledema (40).

2.3.2.4. Diagnóstico

No hay datos que respalden la detección de hipertensión en individuos asintomáticos, incluso en poblaciones de alto riesgo, como aquellos con antecedentes familiares de hipertensión sin mutaciones conocidas en el gen *BMP2* (gen que codifica el receptor 2 de la proteína morfogenética ósea). Para los pacientes con esclerosis sistémica y condiciones relacionadas, la opinión de los expertos recomienda la detección anual con exámenes de laboratorio, electrocardiogramas y pruebas de función pulmonar, luego se realiza un ecocardiograma (36).

El consenso de expertos recomienda ecocardiograma anual en pacientes con enfermedad de células falciformes y aquellos con mutaciones conocidas en *BMP2*. El reconocimiento de hipertensión arterial en pacientes con signos o síntomas nuevos puede ser difícil porque muchos de los síntomas son comunes y se asocian con un amplio diagnóstico diferencial. Se debe considerar la hipertensión pulmonar en pacientes con enfermedades crónicas y síntomas desproporcionados con respecto a la enfermedad subyacente o que responden mal al tratamiento (36).

2.3.2.5. Tratamiento

- No farmacológico

Está orientado a realizar cambios positivos en el estilo de vida del paciente, ayudando a retrasar o controlar la hipertensión arterial en personas sin hipertensión o en pacientes recién diagnosticados. Asimismo, estas medidas ayudan a los pacientes que toman medicamentos a asegurarse de que el medicamento esté funcionando correctamente y controlando su condición. El consumo excesivo de sal se asocia con hipertensión resistente a los medicamentos. En general, la ingesta habitual de sal varía de 9 a 12 g/día; sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones actuales, las personas no deben exceder los 5 a 6 g por día. Los efectos beneficiosos asociados con la restricción de sodio fueron mayores en negros, ancianos, diabéticos, enfermedad renal crónica o síndrome metabólico.

En pacientes hipertensos, la reducción de la ingesta de sal puede reducir la dosis del fármaco. Además, no se debe beber más de 20 a 30 g de alcohol por día para hombres y 10 a 20 g para mujeres. La dieta debe incluir una cantidad moderada de

frutas y verduras, productos lácteos bajos en grasa, pescados; y a su vez, una ración baja en grasas de origen animal (41).

El índice de masa corporal (IMC) recomendado es mantenerse cerca de los 25 kg/m². En cuanto a los ejercicios aeróbicos, se recomienda que sean moderados y regulares, al menos 30 minutos por día, de cinco a siete veces por semana. Se debe alentar a los fumadores a que dejen de fumar utilizando varias estrategias de tratamiento actuales, como la terapia de reemplazo de nicotina, la vareniclina y el bupropión. Sin embargo, esta última droga, ha sido motivo de especial preocupación debido a su seguridad (41).

- Farmacológico

Se recomienda el uso de diuréticos, bloqueadores beta (BB), bloqueadores de los canales de calcio, bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARB) e inhibidores de la ECA los cuales han tenido resultados favorables en estos pacientes (41).

2.3.3. Adherencia al tratamiento antihipertensivo

Se refiere al proceso mediante el cual un paciente sigue los regímenes de tratamiento contra la hipertensión arterial establecidos por el médico tratante. Por lo tanto, existe la necesidad de medir el nivel de adherencia en pacientes hipertensos para aclarar las barreras y diseñar métodos efectivos para lograr y/o mejorar dicha adherencia (41).

Existen diferentes formas de evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, divididas en informes subjetivos, por ejemplo, mediante un cuestionario o consultas, así como métodos objetivos indirectos, como recordatorios de empaque, salud móvil o seguimiento electrónico de medicamentos. Sin embargo, los métodos de autoinforme, que tienen la ventaja de ser económicos y ser la forma más fácil de recopilar información, son los métodos más utilizados para evaluar los comportamientos de adherencia (41).

Para que un paciente mejore su adherencia debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar su

capacidad de autocuidado. Es necesario que conozca la enfermedad y la entienda, así como el tratamiento preescrito y la importancia de cumplirlo. Además, es clave que exista una relación con el médico, y el resto de los profesionales sanitarios, basada en la confianza el diálogo, facilitando la participación del paciente en la toma de decisiones. La adherencia, además, debe englobar el acto terapéutico completo, considerando la importancia de los hábitos de vida asociados y garantizando el uso correcto de los medicamentos (42).

La falta de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y los tratamientos prescritos, así como de la importancia de cumplir con ellos, aparece como uno de los principales condicionantes de la falta de adherencia y de la implicación de los pacientes con la gestión de su enfermedad (42).

2.3.3.1. Tipos de adherencia

- Adherencia intencionada, hay una clara voluntad de no tomar la medicación por parte del paciente.
- Adherencia no intencionada o falta de adherencia, es el resultado de un olvido involuntario relacionado con la pérdida de memoria o autonomía del paciente, la complejidad del tratamiento, la falta de creación de rutinas y hábitos diarios, etc (43).

2.3.3.2. Componentes de la adherencia

La adherencia viene definida por tres componentes: iniciación, ejecución y discontinuación. El proceso comienza con la iniciación del tratamiento, cuando el paciente toma la primera dosis de la medicación prescrita, y continúa con la ejecución, entendida como el grado en el que la pauta real de un paciente se corresponde con la prescrita por el médico, desde la primera hasta la última dosis. La discontinuación marca el final de la terapia; esto ocurre cuando, antes de finalizar el tratamiento prescrito, se omite la siguiente dosis y no más dosis a partir de entonces. Es importante tener en cuenta que la falta de adherencia puede ocurrir en cualquiera de estas fases o en varias a la vez. la iniciación tardía o la iniciación del tratamiento y la interrupción temprana del tratamiento son algunos ejemplos.

La adherencia es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos (42).

2.3.3.4. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo

Los copagos más altos, los eventos adversos y las relaciones proveedor-paciente negativas se encuentran fuertemente relacionadas con la falta de adherencia a la medicación antihipertensiva, además, la incomodidad por los efectos secundarios de los medicamentos recetados se asocia con una mala adherencia. Algunos de estos efectos incluyen labios secos, picazón, fatiga, mareos, aturdimiento y problemas con el deseo sexual (41).

Además, se ha demostrado que las malas relaciones entre el personal de salud y el paciente son un factor que afecta la adherencia, principalmente porque el médico tratante no explica adecuadamente el tratamiento. El médico indica qué y por qué se necesita el tratamiento, o en otros casos, la explicación que brinda es muy técnica, por lo que no se entiende. Asimismo, esta situación se repite con los profesionales de farmacia, que generalmente se muestran distantes ante las sospechas de un paciente a la hora de adquirir su medicamento (41).

Otros factores asociados con la adherencia al tratamiento, pero con menor influencia son el IMC alto, desinterés por la enfermedad o tratamiento utilizado, problemas de autoestima, discriminación de heces en el centro del estado de salud, sexo, edad, población vulnerable, bajos ingresos monetarios, presencia de comorbilidades crónicas, esquemas de medicación, que, en algunos casos puede ser complicado e insatisfactorio comunicarse a distancia con los profesionales de la salud (44).

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico se puede observar en diferentes situaciones. Algunas son consecuencia de actos involuntarios como una falta de adherencia no intencionada: como olvidos o confusión; pero el paciente también puede presentar una falta de adherencia intencionada: como dejar de tomar la medicación voluntariamente, por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva (41).

2.3.3.5. Métodos para evaluar la adherencia

Puede ser evaluada tanto con métodos directos como indirectos:

Métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre o en cualquier otro tipo de fluido corporal o en la observación directa de la ingesta de la medicación. Se trata de métodos precisos, pero de un elevado costo, por lo que se emplean principalmente para el control de medicamentos con un rango terapéutico estrecho o en algunos ensayos clínicos muy controlados.

Métodos indirectos, los cuestionarios, entre los que destacan los test de Morisky - Green y Haynes- Sackett, y el recuento de la medicación sobrante son los más utilizados, a pesar de que el nivel de fiabilidad y precisión es menor (42).

2.3.3.6. Escalas que evalúan adherencia a tratamiento

- **El test de Morisky-Green-Levine:** es un método indirecto de valoración del cumplimiento terapéutico, empleado con frecuencia en enfermedades crónicas. Consta de cuatro preguntas con respuestas dicotómicas si/no, que pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento (se considera adherente si responde de forma correcta las 4 preguntas, y no adherente si tiene una respuesta incorrecta. Presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo, escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión y es económico (45).
- **Cuestionario de no adhesión de medicamentos del equipo Qualiaids (CAM-Q):** abarca tres diferentes dimensiones del constructo referente a la adhesión (toma de dosis, comportamiento en lo que se refiere a la medicación y resultado clínico) (45).

2.4. Bases Legales

- Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA, tiene como finalidad contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad hipertensiva (46).
- Ministerio de Salud. Documento Técnico. Consulta Nutricional para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva de la persona joven, adulta y adulta mayor. Resolución Ministerial N° 763-2022/MINSA; cuya finalidad es contribuir a la protección del estado de salud de las personas jóvenes, adultas y adultas mayores afectadas y en riesgo de padecer enfermedad hipertensiva en el Perú (47).

2.5. Definición de términos.

Hipertensión arterial: Es una condición en la que la presión sanguínea en las paredes de las arterias es muy elevada (48).

Paciente hipertenso: Un individuo es hipertenso cuando luego de reiterados controles de su presión arterial, ésta es igual o mayor de 140/90 (49).

Conocimiento: Es el grado de información y comprensión que posee una persona sobre un tema específico; en salud, se refiere a la capacidad de reconocer y aplicar información acerca de una enfermedad, su prevención y tratamiento (38).

Tratamiento: Proceso involucrado en la prevención, control o cura de una enfermedad sin que ocurra deterioro o riesgo de deterioro de la salud humana (50).

Adherencia al tratamiento: Es el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; a lo largo de un periodo establecido (51).

Adherencia: Es el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos e vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (42).

2.6. Hipótesis

Hi: La relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico es significativa en pacientes hipertensos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2023.

Ho: La relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico no es significativa en pacientes hipertensos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2023.

2.7. Variables

Variable 1.

Nivel de conocimiento de hipertensión Arterial.

Variable 2.

Adherencia al tratamiento farmacológico.

Variable 3.

Perfil sociodemográfico

2.8. Operacionalización de las variables

Variable 1	Definición conceptual	Definición operacional				Escala de medición
		Definición operacional	Indicadores	Items	Valor final	
Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial	Es el grado de información que poseen los pacientes acerca de la hipertensión arterial, sus factores de riesgo, complicaciones, prevención y tratamiento (38).	Determinado por el cuestionario CSH, que mide el nivel de conocimiento sobre la Hipertensión arterial consta de 28 preguntas cerradas dando opciones (si, no) para determinar la alternativa correcta (45)	Generalidades	<ul style="list-style-type: none"> - Valor de PA elevada: Medido. 140/90 160/95 - La HA es para toda la vida: Medido como: SI, NO - Medida PA es importante: diastólica o sistólica: Medido como: sistólica/máxima Diastólica/mínima - Conoce valor de su PA: Medido como SI NO - Es hipertenso: Medido como: SI, NO 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado Cuando el paciente responde de 43 a 56 puntos - Inadecuado Cuando el paciente responde de 29 a 42 puntos 	Nominal
			Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de otros factores para enfermedades del corazón - La obesidad es el factor causal más importante de la hipertensión arterial - El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular - La diabetes y el colesterol son factores de riesgo - El ejercicio va bien para la presión arterial - Tienen más predisposición a la hipertensión las personas con antecedentes familiares 		
			Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Informaron sobre los riesgos que tiene la elevación de la presión arterial - La presión arterial puede provocar 		

				<p>problemas en el corazón</p> <ul style="list-style-type: none"> - La presión arterial puede provocar daños en el cerebro - La presión arterial puede provocar problemas con e riñón 		
			Dieta	<ul style="list-style-type: none"> - Una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial - Es aconsejable reducir el consumo de sal - Se puede controlar con dieta la hipertensión 		
			Medicación	<ul style="list-style-type: none"> - Se puede controlar con medicación a hipertensión - Toma medicación para la hipertensión - Hay que tomar la medicación para toda la vida - Se puede aumentar la dosis de la medicación si le sube más la presión, sin consultar a su médico - Se puede disminuir la dosis de la medicación si le baja la presión sin consultar a su médico - Se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza 		

Variable 2	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Items	Valor final	Escala de medición
Adherencia al tratamiento farmacológico	Es la medida del comportamiento de una persona con hipertensión arterial, en relación con la toma de su medicación, según prescripción del médico tratante (53).	Test De Morinski-Green-Levine, el cual está desarrollado y validado para evaluar el nivel de adherencia en pacientes con hipertensión arterial (54).	<ul style="list-style-type: none"> - Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos - Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas - Cuando se encuentra bien, deja alguna vez de tomarlos - Si alguna vez le sientan mal, deja de tomar la medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adherente - No adherente 	<ul style="list-style-type: none"> - Es aquel paciente que respondió no/si/no/no al test de Morisky-Green. - Aquel paciente que conteste de forma errónea algunos de los ítems. - 	Nominal

Variable 3	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala de medición
Perfil sociodemográfico	Es el conjunto de características sociales y demográficas que describen a una población determinada, tales como edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, tiempo de enfermedad	Demográfica	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - 40 - 49 - 50 a 59 años - 60 a 69 años De 70 a más 	De intervalo
			Sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer 	Ordinal
		Social	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero/a - Casado - Conviviente - Divorciado/a Viudo/a 	Nominal
			Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - No ha cursado ningún tipo de estudio - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria completa - Estudios niversitarios incompletos - Estudios universitarios completos 	Ordinal
Tiempo de enfermedad	Duración HA en años	<ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 5 años - De 6 a 10 años 	Ordinal		

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ubicación geográfica

La investigación se realizó en la ciudad y distrito Chota en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, situado en el Jirón Ezequiel Montoya N ° 718, a 15 minutos de la plaza principal. Chota como distrito se ubica en la parte centro – norte del Perú y centro del departamento de Cajamarca. Ciudad capital se sitúa en la meseta de Acunta a 2,388 msnm y limita con Ferreñafe al norte y al oeste, con Cutervo al Norte, con Hualgayoc, Celendín y Santa Cruz al sur, con el río Marañón al este y con Chiclayo al oeste (57).

El hospital, es una institución prestadora de servicios de salud, de nivel II – 1, establecimiento perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA), creado el 19 de mayo de 1968, brinda atención integral de salud preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación.

Entre los servicios que presta, cuenta con hospitalización (cirugía, medicina, gineco-obstetrica, neonatología, medicina. Unidad de Vigilancia Intensiva), consultorios externos, emergencia, sala de operaciones (58).

3.2. Diseño y tipo de investigación

El estudio tiene un diseño no experimental, porque no se manipuló ninguna variable de forma deliberada, de corte transversal, ya que la recolección de datos fue realizada en un solo momento en el tiempo. Es de tipo descriptivo - correlacional por que describe el desenvovimiento de las variables y correlacional, porque se busca establecer el grado de relación existente entre éstas (59).

3.3. Métodos de investigación

El método de investigación fue hipotético deductivo, porque se plantea una hipótesis para llegar a realizar una generalización a partir de ella. En este sentido la investigación con orientación deductiva se inicia con la generación de hipótesis a partir de dos premisas, una universal (leyes y teorías científicas) y otra empírica (hecho observable que genera el problema a estudiar), para llevarla a la contrastación empírica (60).

3.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación

3.4.1. Población

Según la Oficina de Estadística del Hospital José Soto Cadenillas, en el año 2023 se atendieron en consultorios externos a 1,960 pacientes adultos hipertensos (61).

3.4.2. Muestra

Para el cálculo de la muestra se usó la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{N * Z * p * q}{e^2 (N-1) + z^2 p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 (1960) (0.24) (0.76)}{1.96^2 (0.24) (0.76) + (1960 - 1) (0.05)^2} = 246$$

Donde:

N= 1960

n= ¿?

P: Proporción de la población que tiene la característica de estudio: 0,24

Q: Complemento de P: 0,76

Z: Confiabilidad al 95%= 1.96

E: Error muestral: 0,05

Se consideraron los valores de p y q tomando como referencia el estudio de Agüero y Chugden (62), realizado en Lima, en el cual se reporta que el 24% de los pacientes hipertensos que adquieren sus medicamentos presentaron un nivel alto de al tratamiento.

3.4.3. Muestreo

Para la selección de los participantes se usó un muestreo sistemático.

Para ello se ha dividido la población de atendidos entre la muestra, obteniéndose un intervalo aproximado de 8 usuarios, es decir, se entrevistó a uno cada 8 adultos que acudieron a ser atendidos (1960/246= 7,96)

La investigadora entrevistó a los adultos mayores luego de recibir la atención médica.

Los usuarios cumplieron con los criterios de inclusión.

Cuando algún usuario se negó a participar se entrevistó al siguiente.

Criterios de inclusión

- Cada adulto (40 a 59 años) o adulto mayor (60 años a más), con diagnóstico de hipertensión arterial que reciben tratamiento farmacológico como mínimo de un año
- Adulto y adulto mayor sin limitaciones de comunicación verbal o auditiva
- Adultos y adulto mayor que desearon participar voluntariamente en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

3.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas.

3.6. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

La técnica utilizada para recoger los datos fue la encuesta, que según Hernández es aquella donde las preguntas tienen respuestas predefinidas, limitando la libertad del entrevistado para expresarse con sus propias palabras. El objetivo principal es recopilar información específica de manera uniforme y facilitar la comparación de respuestas (59).

Instrumento:

Se utilizó un cuestionario, el mismo que estuvo dividido en tres secciones o partes: en la primera sección se plantean preguntas para determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes hipertensos, incluye edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, tiempo de la enfermedad, total 5 preguntas.

En la segunda sección se presenta el cuestionario para medir el NIVEL conocimiento SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL y se tomó a los autores García S y Llanco L (52), consta de 28 preguntas con respuestas dicotómicas en los siguientes aspectos o dimensiones: generalidades, factores de riesgo, complicaciones, dieta y medicación. Estas dimensiones son medidas en forma

general como: Conocimiento adecuado, cuando el adulto obtuvo de 43 a 56 puntos, en inadecuado cuando alcanzó una puntuación de 29 a 42 puntos (Anexo 1).

En la tercera sección se incluyó el cuestionario para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico. Se usó la Escala de adherencia de medicación de Morisky y Green Levine (MGLS) cuyo desarrollo fue realizado en el año 1986, en los Estados Unidos, posteriormente, fue adaptada al idioma español por Val J y colaboradores en 1992 (54). Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Ver anexo N 1

3.7. Procedimiento de recopilación de información

Para la ejecución de la investigación se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento:

Primero: se solicitó autorización al director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas para acceder a la información de los pacientes hipertensos atendidos en los consultorios externos durante el año 2023. Ver anexo 4

Segundo: se coordinó con el responsable del servicio de consultorio externo para la recolección de datos.

Tercero: fueron seleccionados los participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos en la investigación. Los pacientes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado (Apéndice 1). La recolección de información se realizó posteriormente a la atención médica, con una duración aproximada de 20 minutos, lo que permitió recopilar la información de manera pausada y detallada

3.8. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, luego estos datos fueron ingresados al programa SPSS versión 26, para su posterior procesamiento y análisis cuantitativo. Los datos son presentados en tablas simples y de doble entrada. Para analizar los datos se usó la estadística descriptiva, que permitió describir los resultados obtenidos en el estudio, contrastarlo con los antecedentes, base teórica y el marco teórico; todo ello para alcanzar los objetivos formulados en base a los resultados

obtenidos en el procesamiento de datos. se aplicó la prueba estadística de la Chi-Cuadrado (χ^2) para conocer el grado de relación de ambas variables.

3.9. Consideraciones éticas,

- **Beneficencia:** los participantes obtienen beneficios académicos y de conocimiento sobre la investigación, así como información sobre posibles complicaciones a futuro (65).

Durante el proceso de recopilación de información los pacientes no estuvieron expuestos a algún riesgo físico o mental.

- **Autonomía:** Considerar a los individuos como agentes con la capacidad de tomar sus propias decisiones cuando tengan la información necesaria sobre los procedimientos, propósitos, posibles riesgos y beneficios (65).

En el estudio se respetó la autonomía de los pacientes, quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio al firmar el consentimiento informado.

- **Principio de la totalidad o principio terapéutico:** la corporeidad humana es un todo terapéutico; existe una totalidad física, espiritual y psicológica de la persona (65).

La investigadora asumió a todos y cada uno de los participantes como seres bio – psico- sociales, con capacidad de decidir si aceptaban participar en el estudio o retirarse en cualquier momento.

- **Justicia:** se trató a todos los pacientes con hipertensión arterial con igualdad y respeto, aclarando sus dudas y expectativas sobre la investigación (65).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023

Nivel de conocimiento de hipertensión arterial	n	%
Inadecuado	4	1,7
Adecuado	242	98,3
Total	246	100.0

En la presente tabla 1, se observa que el 98,3% de los participantes tienen un nivel de conocimiento adecuado y el 1,7% inadecuado.

Resultados similares fueron reportados por Albán, Calderón (66) en un estudio realizado en el Hospital de Chimbote en el año 2023, donde el 88,9% de las personas hipertensas presentaron nivel de conocimiento adecuado. También con el estudio de Carreño (67), en una investigación desarrollada en usuarios hipertensos en Sullana, encontró que el 90% de los participantes evidenció un nivel de conocimiento adecuado.

De otro lado, estos resultados difieren de los hallados por Marrufo, Saavaedra et al (68) en un hospital de Bagua Grande, Amazonas, el año 2023, donde el 45,8% mostró nivel de conocimiento adecuado sobre su enfermedad y 54,2% inadecuado. De igual manera con el estudio De la Cruz (69), realizado en un Hospital público de Trujillo, donde se evidenció que el 81,1% tenía nivel de conocimiento adecuado y 18,9% inadecuado, asimismo con la investigación de Ojeda (70), en pacientes hipertensos tratados en la Microred de Salud de Tacna, encontró que el 79,4% de participantes tenían nivel de conocimiento adecuado.

El nivel de conocimiento adecuado que poseen los participantes es un elemento crucial para su autocuidado, lo que les permite aceptar su condición de salud, comprender mejor su enfermedad, sus consecuencias y adquirir los conocimientos necesarios para convivir con una patología crónica, que, para su estado de salud, es necesario se someta a diferentes cuidados, principalmente el estilo de alimentación, actividad física, entre otros. Al respecto Alvarado, señala que el nivel de conocimiento referente a la hipertensión arterial es importante para los adultos que la padecen y suele influir en el desarrollo y cuidados relacionados a esta, ya que al asimilar de forma adecuada su condición ayudará a que comprenda que debe realizar cambios en sus actividades diarias como la alimentación, hábitos de vida entre otros eventos (71).

Cabe señalar que los participantes con diagnóstico de hipertensión arterial se atienden en consultorio externo del Hospital José Soto Cadenillas, donde se ejecutan actividades de control, información, educación y seguimiento una vez por mes, lo que permite que el paciente participe activamente en su autocuidado. Al respecto García, señala que la educación para la salud es una estrategia que mejora los conocimientos que cada paciente debe adquirir para el control de la patología y lograr una calidad de vida (72).

Según Marriner, el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto (73). Situación que se evidencia en los participantes, quienes, al tener varios años de diagnóstico de hipertensión arterial, han podido acceder a información respecto a medidas sobre alimentación, actividad física, medicación, permitiéndoles una buena calidad de vida y adhesión al tratamiento.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace mención que la educación son acciones de información que llevan a una situación en donde los individuos anhelan estar sanos, conozcan como alcanzar la salud, realicen lo que sea para mantenerla y encuentren ayuda en el momento necesario ya sea de una forma individual o colectiva. Si el paciente posee conocimientos sobre su estado de salud, estará encaminado a qué objetivos trabajar para mejorar su salud (74).

Tabla 2. Adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023.

Adherencia al tratamiento farmacológico	n	%
No adherente	85	34,6
Adherente	161	65,4
Total	246	100.0

En la tabla 2, se observa que el 65,4% tiene adherencia al tratamiento y 34,6% no tiene adherencia.

Según los resultados la mayor parte de participantes es adherente al tratamiento es decir sigue las recomendaciones del médico tratante en cuanto al consumo puntual de los fármacos según su estado de salud y progresión de la enfermedad hipertensiva. La adherencia al tratamiento se refiere al proceso mediante el cual un paciente sigue los regímenes de tratamiento contra la hipertensión arterial establecidos por el médico tratante, existe la necesidad de medir el nivel de adherencia en pacientes hipertensos para aclarar las barreras y diseñar métodos efectivos para lograr o mejorar dicha adherencia (54).

Los resultados de este estudio difieren de los de Gonzales (75), que reportó que en pacientes hipertensos atendidos en un centro de salud del primer nivel en Lima el 70,3% no cumplía con la terapia farmacológica. Pero son similares a los de Quiroz et al (23), quienes analizaron un programa de determinantes sociales e inequidades en el control de la hipertensión en Colombia y encontraron el 47,2% de los pacientes no se adhería al tratamiento antihipertensivo. Y también coinciden con los datos del estudio de Tapia (76), que al utilizar los datos de la ENDES 2022, señaló que la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos peruanos era del 60,3%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como la medida en que los comportamientos de una persona, como tomar un medicamento, seguir una dieta o realizar cambios de estilo de vida, corresponden

con las recomendaciones del médico tratante. La falta de cumplimiento del tratamiento en pacientes crónicos trae consecuencias negativas clínicas y económicas, la escasa adherencia al tratamiento antihipertensivo y los estilos de vida no saludables contribuyen a la carga de la hipertensión no controlada y al aumento de desenlaces cardiovasculares adversos (16).

Los resultados indican que la mayor parte de los participantes tienen adherencia al tratamiento farmacológico indicado por el médico, este resultado es importante tomando en cuenta el elevado número de adultos y adultos mayores con hipertensión arterial que existe en la zona, posiblemente el acceso a información mayormente virtual ocasionado que los hipertensos conozcan las consecuencias de una presión arterial elevada, por tanto prefieren consumir los medicamentos mayormente IECAS y antihipertensivos en la dosis y frecuencia indicadas y recomendadas por el personal médico del hospital José Soto Cadenillas que actualmente cuenta con la presencia de un cardiólogo clínico. Cuestión aparte, son los cambios en los estilos de vida necesarios para el adecuado control de la hipertensión, como se mencionaba anteriormente el consumo de carne de cerdo es común entre los pobladores de la ciudad de Chota.

De otro lado, existe un porcentaje importante de participantes (34,6%) con una mala adherencia al tratamiento, esta situación puede asociarse al bajo nivel educativo de los pacientes, o cuestiones culturales que provocan resistencia frente al consumo de medicamentos o cambios en los estilos de vida, otra cuestión es el elevado número de pastillas que debe consumir el hipertenso que puede sentir confusión y cansancio de tal forma que no cumple con la dosis o frecuencia de toma; se debe considerar también que muchos viven solos y quizás por su edad avanzada pueden olvidar tomar el antihipertensivo y no cuentan con el apoyo de un familiar para hacerles recordar consumir su medicamento.

Al respecto Sahuri, refiere que, a pesar de la disponibilidad de un tratamiento eficaz, más de la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandonan la atención por completo dentro del año del diagnóstico y de los que permanecen bajo supervisión médica, sólo alrededor de la mitad toman al menos 80% de los medicamentos recetados. En consecuencia, debido a la mala adherencia al tratamiento, aproximadamente 75% de los pacientes con diagnóstico de

hipertensión no logran un control óptimo de la presión arterial. El bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo importantes para la mala adherencia (77).

El hecho que una persona cumpla o no un tratamiento, no depende solamente del conocimiento sobre la enfermedad, sino que, en muchos casos, los pacientes adultos hipertensos al experimentar mejoría interrumpen la toma de medicamentos, además, los efectos adversos de los antihipertensivos pueden ocasionar abandono del tratamiento. A ello se suma la accesibilidad y el costo de la medicación, dosis diarias, de sus creencias acerca de la enfermedad y efectividad del tratamiento, de la cultura, temores, apoyo familiar, nivel educacional, confianza en el personal de salud y de otras relacionadas con el sistema sanitario como: dificultad en el acceso a los centros sanitarios, largo tiempo de espera, horarios limitados, coste de la asistencia, continuidad asistencial y a la supervisión del tratamiento sugerido, entre otras (78).

Es importante la labor del personal de salud en el proceso de orientación e información dirigida al paciente hipertenso y a su familia, considerando el impacto que tiene la adherencia al tratamiento farmacológico, especialmente en el consumo de IECAS y diuréticos prescritos de acuerdo a la dosis y frecuencia exacta recomendada; es crucial también promover el entendimiento y la comprensión de la importancia de los cambios en los estilos de vida, como parte complementaria del tratamiento, encaminado a evitar complicaciones graves e irreversibles que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de los pacientes hipertensos del Hospital José Soto Cadenillas, 2023.

Perfil sociodemográfico	n	%
Edad		
De 40 – 49 años	65	26,4
De 50 – 59 años	120	48,8
De 60 – 69 años	55	22,4
De 70 a más	6	2,4
Sexo		
Mujer	117	48,0
Hombre		
Estado civil		
Soltero	5	2,0
Casado	87	35,0
Conviviente	124	50,0
Divorciado	11	4,0
Viudo	19	8,0
Grado de instrucción		
No ha cursado ningún tipo de estudio	47	19,0
Primaria incompleta	74	30,0
Primaria completa	64	26,0
Secundaria completa	45	18,0
Estudios universitarios incompletos	6	2,0
Estudios universitarios completos	10	4,0
Tiempo de enfermedad		
De 1 a 5 años	116	47,2
De 6 a 10 años	130	52,8
Total	246	100,0

La tabla 3, presenta que 48,8% de los entrevistados tienen de 50 a 59 años, 52% son mujeres, 50% convivientes y 35% casada/o, con grado de instrucción 30% primaria incompleta, 26% primaria completa, 19,0% analfabeto y 18,0% secundaria, 52,8% tiene de 6 a 10 años la enfermedad.

Estos resultados guardan similitud con el estudio de Tapia (76), quien al utilizar los datos de la ENDES 2022, encontró que el 43,9% de los pacientes tenían entre 60 y 79 años, 53% son casados, 64,5% tenía grado de instrucción primaria, 31% se dedicaba a la agricultura. Asimismo, con lo hallado por Ojeda (70) en pacientes hipertensos tratados en la Microred de Salud de Tacna, que concluyó que el sexo predominante fue el femenino con 60,8%, respecto a la edad, 41,9% se encontró en

el rango de 55 y 60 años, en el 47,4% de los participantes el tiempo de enfermedad era de 6 a 10 años (70).

Así mismo, guardan similitud con las cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), que indica que en el departamento de Cajamarca son conviviente/casado el 58,1%, 20,4%, viudo/a 4,9%, divorciado/a, en cuanto al grado de instrucción se reporta que 13,4% son analfabetos, el 37,2% cuenta con primaria, 30,4% con secundaria y el 18,7% superior. El grado de instrucción alcanzado en la provincia de Chota fue sin nivel 18,6%, primaria 40,2%, secundaria 27,8%, superior 12,4% (79).

Resultados que no coinciden con el estudio de Ojeda (70), en pacientes hipertensos tratados en la Microred de Salud de Tacna, donde el 56,7%, tenía grado de instrucción secundaria, 27,5% superior y 15,8% solo primaria, además respecto al estado civil el 58,8% era casado (a), 19,6% es viudo (a) y el 19,2% conviviente. También difieren de los hallazgos De la Cruz (69), en un Hospital público de Trujillo, donde se observó que 53,3% de los pacientes hipertensos fueron de sexo masculino. De igual manera con el estudio de Rodríguez, Rogic et al. (80), realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati de Lima, donde la media de la edad de los participantes fue de 69,8%, 50,7% fueron mujeres.

En cuanto a sexo, como se observa predomina la presencia de mujeres, en este sentido el INEI en el año 2023, informa que; las mujeres fueron más afectadas con HTA que los hombres con un porcentaje del 20,8% a diferencia de los hombres con 20,7%. La proporción de mujeres hipertensas con tratamiento tiende a ser mayor que en los hombres con un porcentaje del 69% (11).

En referencia al estado civil, prevalece el grupo de convivientes y casados, al respecto, el INEI en el año 2020, informa que 63,6% de los adultos mayores son casados o convivientes, el 19,3% viudo y 17,1% otro estado civil (81). En este sentido, los participantes casados están en mayores posibilidades de enfrentar cualquier situación por el apoyo mutuo de que gozan. Los adultos mayores viudos o solteros tienen mayor riesgo a la soledad o adquieren otro rol: apoyar a la familia o cuidar nietos.

La presencia de adultos con algún grado de primaria y analfabetos coincide con los porcentajes del INEI del 2021, en donde el 13,4% de esta población no cuenta con un

grado de instrucción o solo tiene nivel inicial, el 36,8% alcanzó a estudiar primaria (82). Los adultos analfabetos o con grado de instrucción primaria pueden tener un limitado nivel de comprensión e información para desarrollar ciertas habilidades que facilita el cuidado de su salud.

Respecto al tiempo de enfermedad la mitad de los entrevistados presentan hipertensión arterial de a 6 a 10 años, este tiempo prolongado puede favorecer una mejor familiarización con su condición, dado que el paciente ha tenido más oportunidades para recibir educación sanitaria, establecer rutinas de control y comprender la importancia del tratamiento continuo para evitar complicaciones.

En conclusión, la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y tiempo de enfermedad son factores que pueden incrementar el riesgo de complicaciones en los pacientes hipertensos. A mayor edad, los cambios físicos y fisiológicos propios del envejecimiento como la disminución de la función cardíaca y la pérdida de elasticidad arterial favorecen el aumento de la tensión arterial. En las mujeres, los cambios hormonales asociados a la menopausia también pueden contribuir a la desregulación tensional. Así mismo, el tiempo de enfermedad puede condicionar otros signos y síntomas como vértigos, que incrementan el riesgo de caídas o cefaleas intensas con el consiguiente riesgo de accidentes cerebrovasculares.

Tabla 4. Relación entre nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas, 2023

Nivel de conocimiento	Adherencia al tratamiento				Total		p= 0,0642
	No		Si				
	n	%	N	%	n	%	
Inadecuado	0	0,0	4	2,0	4	2,0	
Adecuado	85	35,0	157	64,0	242	98,0	
Total	85	35,0	161	65,0	246	100,0	

Chi-Cuadrado (χ^2) = 0.642

En la tabla 4, se observa que el 64% de los hipertensos que tienen adherencia al tratamiento tienen conocimiento adecuado, y el 35,0% de los hipertensos que no tienen adherencia, igual tienen conocimiento adecuado.

Se ha encontrado que no existe relación significativa entre las variables en estudio, con un χ^2 se observa un valor de $p = 0,0642$. Es decir, que los pacientes hipertensos no necesariamente deben tener un conocimiento adecuado o inadecuado para mostrar adherencia al tratamiento farmacológico.

Los resultados son similares al estudio de Franco (20), realizado en la Unidad de Medicina Familiar de Querétaro de México, donde no se encontró relación entre el conocimiento y el apego al tratamiento antihipertensivo ($X^2 = 2,16$; $p = 0,87$). Asimismo, coinciden con lo reportado por Ortiz et al. (24) en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital de la ciudad de la Habana, quienes evidenciaron que la adherencia al tratamiento no guardaba relación estadísticamente con el nivel de conocimiento. De igual manera, Marrufo (25) en un hospital de Bagua Grande, Amazonas, evidenció que no existía relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento. También son semejantes a los obtenidos por Salas (26), en el Hospital Belén de Trujillo, donde tampoco se encontró evidencia estadística sobre una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento. Yalle, Yalle (28) en el Hospital

III Suarez de Angamos de Lima, concluyeron que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial no se relaciona con la adherencia al tratamiento.

De otro lado, los resultados difieren de lo reportado por Soplopuco, Tejada (27), quienes realizaron su estudio en dos centros de salud del primer nivel de atención de Lambayeque y hallaron una relación significativa entre un nivel de conocimiento inadecuado sobre hipertensión y adherencia al tratamiento (χ^2 6.451; p 0.011).

Los resultados indican que no existe relación estadística entre las variables, es decir, los pacientes hipertensos no necesariamente deben poseer conocimiento adecuado o inadecuado para mostrar adherencia al tratamiento farmacológico. Al respecto Hernández, refiere que el conocimiento sobre las enfermedades es un elemento clave para su control y es un factor determinante para lograr una terapia exitosa. Para adquirir conocimientos sobre HTA, se requiere de educación para la salud, ésta resulta un componente importante que modifica el autocuidado del paciente. Asimismo, la transmisión y adquisición de información permite un manejo integral de las enfermedades y fortalece la prevención y la promoción de la salud (83).

Aunque el conocimiento es adecuado en más del 95% de los participantes del estudio, la adherencia al tratamiento farmacológico de la HTA, depende de otros factores además del conocimiento; en la zona mayormente la población vive en la zona rural y periurbana de la Ciudad de Chota, y como se había mencionado antes es frecuente el consumo de carne de cerdo de tal manera que el número de adultos y adultos mayores con presión arterial elevada es alto, si reconocemos que los hábitos alimentarios poco saludables son un factor de riesgo importante para las ocurrencia de enfermedades cerebrovasculares.

En este sentido Benitez, afirma que la adherencia terapéutica se ve afectada por la organización sanitaria, tratamiento, recursos económicos, redes de apoyo familiar del enfermo. La adherencia terapéutica evalúa el cumplimiento y seguimiento del tratamiento médico y permite la identificación de factores asociados al adecuado control hipertensivo; por otra parte, una adherencia inadecuada se relaciona con un control hipertensivo deficiente, propiciando el aumento de complicaciones cardiovasculares, hospitalizaciones y alto costo en la atención médica. En este contexto, un adecuado seguimiento médico y el conocimiento del padecimiento y complicaciones, permite a los pacientes actuar de manera apropiada a pesar de los riesgos, limitaciones y problemas que ocasiona una enfermedad crónica (84).

Contrastación de hipótesis

Se ha obtenido como resultado de la prueba estadística de Chi cuadrado un valor de $\chi^2 = 0,642$, con un nivel de significancia de $p = 0,0642$, y dado que el valor de p fue mayor a $0,005$, se rechaza la hipótesis alterna, es decir no existe relación estadística entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

1. Se identificó que la mayoría de los pacientes hipertensos presentó un nivel de conocimiento adecuado.
2. Se determinó que la mayor parte de los pacientes hipertensos son adherentes al tratamiento farmacológico.
3. El perfil sociodemográfico de los pacientes hipertensos evidencia que cerca de la mitad tiene entre 50 a 59 años, más de la mitad son mujeres, la mitad son convivientes, un tercio tiene grado de instrucción primaria y una proporción similar presenta primaria incompleta, más de la mitad tienen de 6 a 10 años la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Al director del Programa de Enfermedades no Trasmisibles del Hospital José Soto Cadenillas

1. Fortalecer el Programa de hipertensión arterial que desarrolla el personal de salud de la institución, orientándolo tanto a consolidar el conocimiento sobre esta enfermedad no transmisible como a promover la adherencia al tratamiento farmacológico para evitar complicaciones y, a largo plazo, reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.
2. Fomentar en el personal de salud el desarrollo de investigaciones orientadas a identificar si la no adherencia al tratamiento es intencionada o no, con el propósito de diseñar e implementar intervenciones específicas y efectivas que respondan a las necesidades de los pacientes.

A los pacientes hipertensos y familia

1. Acudir a su cita y controles médicos programados, consumir de manera adecuada los medicamentos prescritos, practicar estilos de vida saludables y ante cualquier duda preguntar a su médico tratante.
2. A la familia, participar activamente en el proceso de cambio de los estilos de vida del paciente hipertenso, constituyéndose en una red de apoyo fundamental que favorezca el autocuidado y contribuya a la prevención de complicaciones cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apaza D. Nivel de conocimiento de hipertensión arterial en docentes de una institución educativa pública, Lima provincias, 2021. Universidad Particular san martín de Porres. Lima. (citado enero 2025). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558200009
2. Jiménez M. La hipertensión arterial: un reto global de salud pública y la necesidad de estrategias integrales. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias. 2023; 2:775. (citado enero 2025). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
3. Recalde L. Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. 2023;10(1):11-9 (citado febrero 2025). Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/391>
4. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión.2023. [citado diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hypertension.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión. Tema 2023 [citado julio 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension.pdf>
6. Otero J. et al. Medición, control y conocimiento de la presión arterial: Iniciativa Mayo Mes de la Medición Colombia 2017. Hipertens y Riesgo Vasc 2020;37(1):4-10. (citado diciembre 2024) Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2019.03.004.pdf>
7. Bakhsh L, Adas A, Murad M, Mohammed R. Conciencia y conocimiento sobre la hipertensión y sus prácticas de autocuidado entre pacientes hipertensos en Arabia Saudita. Anales de investigación Médica y Dental Internacional Res. 2017;3(5):58-62. (Citado diciembre 2023). Disponible en: <https://doi.org/10.21276/aimdr.2017.3.5.ME13>
8. Lugo Á. Factors associated with the level of knowledge about hypertension in primary care patients. Med Univ. 2017;19(77):184-8. (citado enero 2024) Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmu.2017.10.008>
9. Esqueros D. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en adultos mayores atendidos en el centro de salud de Pampa Inalámbrica, Ilo 2018. Tesis Para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad José Carlos Mariátegui. (citado diciembre 2023) Disponible en:

https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/870/Danna_tesis_titulo_2020.pdf

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2022 (citado setiembre 2023) disponible en https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales_en/Endes06/pdf/Cajamarca.pdf#:~:text=En%20Cajamarca%2C%20en%20el%202020%2C%20el%20porcentaje%20de,haber%20sido%20diagnosticada%20como%20hipertensa%20por%20un%20m%C3%A9dico
11. Instituto Nacional de Estadística E Informática: enfermedades no transmisibles y transmisibles 2023 (citado setiembre 2023) disponible en https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales_en/Endes06/pdf/Cajamarca.pdf#:~:text=En%20Cajamarca%2C%20en%20el%202020%2C%20el%20porcentaje%20de,haber%20sido%20diagnosticada%20como%20hipertensa%20por%20un%20m%C3%A9dico
12. Blanco M, Idrogo R. Factores modificables y no modificables de la hipertensión arterial en adultos mayores de EsSalud Chota 2013 [Tesis de licenciatura de la Universidad Nacional de Cajamarca [citado octubre 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/169/T%20616.132%20B6013>
13. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Cumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas: situación actual y perspectivas futuras. Rev Clin Esp. 2014; 214:336-44. 2014. [citado octubre 2023]. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24816042/>
14. Hamrahian S. Maarouf O, Fulop T. Una revisión de la adherencia a la medicación en la hipertensión: barreras y facilitadores que los médicos deben considerar. Patient Prefer Adherence. 2022; 16:2749–57. [citado octubre 2023]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9552797/>
15. Garcés J. et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Rev Latinoam Hipertens. 2020;15(5):322-9. (citado enero 2024). Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>
16. Rodríguez L. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes hipertensos ambulatorios en una institución prestadora de salud. Acta Med Colomb 2024; 49 DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.2746> Acta

- Médica Colombiana Vol. 49 N°2 ~ abril-junio 2024 (citado enero 2025).
Disponibile en: <https://www.actamedicacolombiana.com>
17. Arámbulo R. Conocimientos sobre la hipertensión arterial y su asociación con adherencia al tratamiento Hospital Cayetano Heredia Piura 2018. Tesis para optar el título de químico farmacéutico de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. (citado diciembre 2023) Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6052/1/rep_mehu_raul.pdf
 18. Información Farmacéutica de la Comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. España. 2011. Volumen 19 N° 1. 2011. (citado julio 2025) Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
 19. Bashe M. Knowledge on Hypertension and Non-adherence to Medication among the Old Diagnosed Patients with Hypertension in a Selected Hospital in Hargesia City, 2022: A cross-sectional study. Alpha Univ [Internet]. 2022;1(1):1-10. (citado enero 2024). Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/MustafeBashe/publication/361728642>
 20. Franco E. Asociación del grado de conocimiento de su enfermedad en pacientes con hipertensión arterial y su adherencia al tratamiento, en la Unidad de Medicina Familiar número 9 de Querétaro, 2021. Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Querétaro. (citado febrero 2024). Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/3666/1/MEESC-284218-0622-622-EDUARDO FRANCISCO FRANCO RODRIGUEZ -A.pdf>
 21. Paczkowska A, et al. Impact of patient knowledge on hypertension treatment adherence and efficacy: A single-centre study in Poland. Int J Med Sci. 2021;18(3):852-60. (citado febrero 2024) Disponible en: <https://doi.org/10.7150/ijms.48139.pdf>
 22. Sarika M. Relation between knowledge on hypertension management and medication adherence among patients with hypertension in selected hospital in Khurdha. Eur J Mol Clin Med [. 2020;7(11):1140-8. (citado febrero 2024) Disponible en: https://ejmcm.com/article_5581_2843bbe1dc5789489fd846b701b8e948.pdf

- Psicosociales I. Universidad de Cantabria. [citado mayo 2023]. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/424/course/section/214/tema_14.pdf
30. Real Academia Española. Conocimiento. [Internet]. 2022. (citado enero 2025). Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento?m=form>
 31. Bunge M. El planteamiento científico. Revista Cubana de salud pública. La Habana. 2017 marzo 10; 43(3): p. 19 - 23. (citado febrero 2025). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1001>
 32. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Fac Med. 2009;70(3):217-24. [citado junio de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/379/37912410011.pdf>
 33. Alan D, Cortez L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica [Internet]. Machala: UTMACH; 2018 [citado mayo 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3IVmM7T>
 34. Cruz D. Conocimiento sobre su enfermedad y la práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno [Internet]. Tesis de grado. Universidad Nacional de Altiplano; 2016. Puno. Perú. [citado junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3274841>
 35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hipertensión [Internet]. OMS. 2021. Ginebra. OMS. 2023 [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/hypertension>
 36. Jordan J. Arterial hypertension: Diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2018;115(33):557-68. (citado mayo 2024). Disponible en: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0557>
 37. Carey R. Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2018;72(11):1278-93. (citado mayo 2024). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008>
 38. Harrison T, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21.^a ed. México: McGraw-Hill; 2022.
 39. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiología médica*. 14.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
 40. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Guías para el manejo de la hipertensión arterial. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104.
 41. Mancia R. Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico de la Hipertensión

- Arterial Terapia de la hipertensión. Eur Heart J [Internet]. 2013;6(6):27-35. (citado marzo 2024) Disponible en: <https://www.bago.com.ar/vademecum/wpcontent/uploads/2014/06/06-tratamiento-farmacologico-y-no-farmacologico-dela-ha.pdf>
42. Farmaindustria. Plan de Adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. (citado agosto 2025) Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
43. Ibarra O, Morillo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Sociedad española de Farmacia Hospitalaria. España. 2017. (citado agosto 2025) Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
44. Van Der Laan D. Factors associated with antihypertensive medication nonadherence: A systematic review. J Hum Hypertens [Internet]. 2017;31(11):687-94. (citado febrero 2024). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/jhh.2017.48>
45. Reyes E, Trejo R, Arguijo S, Jiménez A, Castillo A, Hernández A, Mazzoni L. Adherencia terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias Revista Médica de Honduras. Vol. 84. Nos. 3 y 4. Honduras. 2016. citado agosto 2025). Disponible en: <https://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
46. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. (citado mayo 2024). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195692-031-2015>
47. Ministerio de Salud. Documento Técnico. Consulta Nutricional para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva de la persona joven, adulta y adulta mayor. (citado diciembre 2024). Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/20.500.14196/1534>
48. Ocharan J, Espinosa M. Hipertensión arterial. Definición, clínica y seguimiento. Revisión Gac Med Bilbao [Internet]. 2016;113(4):162-70. (citado mayo 2023). Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/etamedicabilbao/article/view/131>
49. Pérez M, Ruano A. Pacientes hipertensos. Offarm [Internet]. 2004;23(10):92-9. (citado mayo 2024). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13069606>

50. Hypertens [Internet]. 2017;31(11):687-94. (citado febrero 2024). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/jhh.2017.48>
51. Herrero S. La farmacología del cuidado: Una aproximación deductiva cuidadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donavedian. Ene [Internet]. 2019;13(4):1-22. (citado octubre 2024). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n4/1988-348X-ene-13-4-e1348.pdf>
52. García S, Llanco L. Nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial Cap. 11 - Chupaca – Essalud 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú. (citado mayo 2024). Disponible en: https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/1061/TENF_03.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Bastakoti S, Khanal S, Dahal B Tilija N. Adherencia e incumplimiento de los tratamientos: un enfoque en la práctica farmacéutica en Nepal. Journal of clinical y Diagnostic Research. (citado mayo 2024). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3644468/>
54. Val A, Amorós G, Martínez P, Fernández M, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del paciente en el tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación de la prueba de Morisky y Green. Aten Primaria. 1992; 10 (5): 767-70. España. (citado enero 2024). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Glosario de Términos. [citado agosto de 2025]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/cap05.pdf>
56. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención. Lima: Ministerio de Salud; 2014. [citado agosto 2025]. Disponible en: <https://repositorio.minsa.gob.pe/handle/20.500.12906/77597>
57. Coronel E y Ruiz B. Características Sociodemográficas - Biológicas y su Relación con las Complicaciones Durante la Gestación- Hospital José Soto Cadenillas Chota -2013. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Chota: Universidad Nacional de Cajamarca; 2014 [Consultado 20 de noviembre del 2023]. Disponible en: <http://190.116.36.86/handle/UNC/238>
58. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, Perú. Organigrama Estructural. Chota, 2017 [citado agosto 2023]. Disponible en:

<http://www.hjsc.gob.pe/nosotros/organigrama>

59. Hernández R. Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1era. Ed. Mc. Graw Hill. Interamericana Editores.; 2018.
60. Arbulú C. Definición de método hipotético-deductivo. ResearchGate 21 October 2023. [citado mayo 2024] (citado mayo 2024). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/374898591_Definicion_de_metodo_hipotetico-deductivo
61. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Oficina de Estadística. Chota. 2023
62. Agüero N. Nivel de adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos que adquieren sus medicamentos en la Botica “Somos Salud” de Ate Vitarte, octubre – noviembre del 2021 [Internet]. Edu. pe. [citado febrero 2024] Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1085/TESIS%20AGUERO%20VASQUEZ-CHUGDEN%20NOEMI.pdf?sequence=1>
63. Paz N, Quillatupa N. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes diabéticos no insulino dependientes [tesis titulación]. Huancayo-Perú: Universidad Peruana de los Andes; 2020. [Internet]. [citado agosto 2025] Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1453>
64. Prieto B, Dolores M. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con hipertensión arterial atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Militar Central [tesis titulación]. Lima. Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2019. [Internet]. [citado agosto 2025]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UMAI_fa36b6aa6b7c57a445474c31a6e53f4b
65. Noroña A, Alcaraz N, Malpica P. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cuantitativa. Rev. ciencias médicas (revista en el internet). 2012 Jun 12 (3): 263- 274. [citado mayo del 2024]. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06>.
66. Albán R, Calderón N. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial en un hospital público, Nuevo Chimbote, 2023. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. [citado enero del 2025]. Disponible en:

<https://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14278/4629/Tesis%20Alb%20c3%a1n%20-%20Calder%20c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

67. Carreño G. Conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que asisten a una botica en Bellavista - Sullana, 2022. Tesis para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico. Universidad Norbert Wiener. [citado enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/1f3c15fb-a45d-4ea5-8836-df870fe8f187>
68. Marrufo J, Saavedra J, Santiesteban N, Iglesias S. Nivel de Conocimientos sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital de la selva peruana. Bagua Grande, Amazonas. Universidad Médica Pireña. 2023 [citado enero del 2025]. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/900/pdf>
69. De la Cruz J. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial y grado de adherencia al tratamiento en hipertensos. Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad César Vallejo. Trujillo. 2023.[citado enero del 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131769/DeLaCruz_TJL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
70. Ojeda O. Nivel de Conocimiento de la Hipertensión Arterial y la Adherencia al Tratamiento en Pacientes Hipertensos Tratados en la Microred de Salud Norte de la Ciudad de Tacna 2019. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano, Universidad Privada de Tacna; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1005/OjedaZegarra-Osmar.pdf?sequence=1&isAllowed=y> López L. Adherencia Al Tratamiento: Concepto Y Medición. Hacia la promoción la salud [Internet]. 2016;21(1):117-37. [citado diciembre 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>
71. Alvarado L. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. Rev Med Chile [Internet]. 2016;144(2):269–70. [citado enero del 2025]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-2016000200019
72. García, M. Maco P. Nivel De Conocimiento Sobre Hipertensión Arterial En Pacientes Hipertenso. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 2017.

- [citado enero del 2025]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1007>
73. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. 7th ed. España. Elsevier.2011
74. Organización Mundial de la Salud. La educación y la salud están íntimamente unidas [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado enero del 2025]. Disponible en: https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
75. Gonzales C. Asociación entre nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos atendidos en un centro de salud del primer nivel, 2023. Tesis para optar el título de médico cirujano de la Universidad Privada San Juan Bautista. Lima. 2024. (acceso marzo 2025). Disponible desde: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/18267578-ca6c-49f0-abf8-f950213a4bfc/content>
76. Tapia D. Factores relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en Perú según la encuesta ENDES en el año 2022. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 2024. (accesado marzo 2025). Disponible desde: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16599/Factores_TapiaCubas_Dearly.pdf?sequence=1&isAllowed=y
77. Sahuri S. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en instituciones de segundo nivel de atención. Rev Méd Honduras, Vol. 92 Núm. 2, 2024 pp. 91-174. (citado marzo 2025). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn>
78. Díaz P. Rodríguez S, Fernandez G, Seuc J, Álvarez M. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella de Guanabacoa. Revista Finlay. enero 2022 Volumen 12 Numero 1. La Habana. Cuba. 2022. (citado febrero 2025). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v12n1/2221-2434-rf-12-01-65.pdf>
79. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cajamarca. Resultados Definitivos. Tomo I. Lima. 2018. [citado octubre del 2023]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_558/06TOMO_01.pdf
80. Rodríguez J, Rogic S, Solís R. Evaluación de conocimiento de hipertensión en pacientes hipertensos y su asociación con adherencia al tratamiento. Tesis para

optar por el Título de Médico Cirujano. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima. 2017 [citado octubre del 2023]. Disponible desde: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621102/SOLIS_VR.pdf?sequence=2&isAllowed=y

81. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Perú. estado civil de la persona adulta mayor. Lima. 2020. (citado enero 2025). Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/libro.pdf
82. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Perú. Informe técnico. Situación de la población adulta mayor. 2019-2020. Lima. 2021. (Citado diciembre 2024). Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnicopocacion-adulta-mayor.pdf>
83. Hernández E, Martínez L, Cuevas O, Carrillo G, Guerrero A. Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam.* 2022;29(4):257-262 (citado marzo 2025). Disponible en: https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/83691
84. Benítez C, Dalfó A, Egocheaga M, Lower J, Vara L, Sanchis C et al. Estudio de Conocimiento: grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. Elsevier. Vol 32 N°1 Páginas 12-20 (citado febrero 2025) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-estudio-conocimiento-grado-conocimiento-sobre-S1889183714000634>

APÉNDICES

Apéndice 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL Y ADEHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS-CHOTA, 2023

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023.

Yo,, identificado/a con DNI N°, mediante la información dada por la Q.F. Sonia Vasquez Tarrillo sobre el propósito de la investigación acepto participar con toda libertad, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y que mi identidad no será revelada.

En tal sentido, firmo el presente documento dando mi consentimiento.

Chota,de.....del 2024

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Cuestionario dirigido a los pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas-chota, 2023

Objetivo: Obtener sobre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. hospital José Soto Cadenillas-Chota, 2023

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL Y ADEHERENCIA
AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS. HOSPITAL
JOSÉ SOTO CADENILLAS-CHOTA, 2023**

Estimado paciente:

Solicito su colaboración para estudiar el nivel del Conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico que tiene los pacientes sobre su enfermedad. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio.

I. Datos generales:

Datos Sociodemográficos: Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente ()
Divorciado () Viudo ()

Grado de instrucción:

- 0. No ha cursado ningún tipo de estudio ()
- 1. Estudios primarios incompletos ()
- 2. Estudios primarios completos ()
- 3. Estudios secundarios ()
- 4. Estudios universitarios completo ()
- 5. Estudios universitarios incompleto ()

¿Cuántos años hace que Ud. es hipertenso/a?

- 1 a 5 años
- 6 a 10 años

II. CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A continuación, complete y marque con un aspa (x) según sea su caso.

1. Generalidades		
1.1. ¿A partir de qué valor se considera la presión arterial elevada?	140/90	160/95
1.2. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Sí	No
1.3. ¿Cuál de las dos medidas sistólica (máxima) o diastólica (mínima) es más importante en el control y prevención de la hipertensión?	Sistólica máxima	Diastólica mínima ()
1.4. ¿Conoce las cifras de su presión arterial?	Sí	No
1.5. ¿Es usted hipertenso?	Si	No
1.6. ¿Le han explicado qué es la hipertensión?	Si	No
1.7. ¿Algún médico le controla su presión arterial?	Si	No
1.8. ¿Se toma la presión con regularidad?	Si	No
1.9. ¿Dispone de un aparato de presión arterial en su domicilio?	Si	No
2. Factores de riesgo		
2.1. ¿Conoce otros factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades del corazón además de la hipertensión arterial?	Sí	No
2.2. ¿La obesidad es el factor casual más importante de la hipertensión arterial?	Sí	No
2.3. ¿El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión?	Sí	No
2.4. ¿La diabetes y el colesterol son factores de riesgo asociados a la hipertensión?	Sí	No
2.5. ¿El ejercicio va bien para la presión arterial?	Sí	No
2.6. ¿Tienen más predisposición a la hipertensión las personas con antecedentes familiares?	Si	No
3. Complicaciones		

3.1. ¿Le han informado sobre los riesgos que tiene la elevación de la presión arterial?	Sí	No
3.2. ¿La presión arterial puede provocar problemas en el corazón?	Sí	No
3.3. ¿La presión arterial puede provocar daños en el cerebro?	Sí	No
3.4. ¿La presión arterial puede provocar problemas con el riñón?	Sí	No

4. Dieta		
4.1. ¿Una dieta pobre en grasas y rica en frutas y verduras es fundamental para facilitar la reducción de la presión arterial?	Sí	No
4.2. ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Sí	No
4.3. ¿Se puede controlar con dieta la hipertensión?	Sí	No
5. Medicación		
5.1. ¿Se puede controlar con medicación la hipertensión?	Sí	No
5.2. ¿Toma medicación para la hipertensión?	Sí	No
5.3. ¿Hay que tomar la medicación para toda la vida?	Sí	No
5.4. ¿Se puede aumentar la dosis de la medicación si le sube más la presión, sin consultar a su médico?	Sí	No
5.5. ¿Se puede disminuir la dosis de la medicación si le baja la presión, sin consultar a su médico?	Si	No
5.6. ¿Se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza?	Si	No

Puntos de corte para evaluar el nivel de conocimientos de las personas con hipertensión arterial

- Adecuado: 43 a 52 puntos
- Inadecuado: 29 – 49 puntos

III. INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LA MEDICACION. TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE

(Val Jiménez A, 1992)

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

Marca con una "X" la alternativa la cual cree conveniente para usted.

N°	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para la hipertensión?		
2	¿Toma los medicamentos a la hora indicada?		
3	Cuándo se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4	¿Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomarla?		

ADHERENCIA	SI	NO
RESULTADO	Aquel paciente que respondió No/Si/No/No al test de Morisky- Green.	Aquel paciente que conteste de forma errónea algunos de los ítems

ANEXO 2

Ficha Técnica

Elemento	Descripción
Nombre del instrumento:	Cuestionario sobre el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión arterial
Autores:	García S y Llanco L.
Año y lugar de elaboración:	2018. Huancayo – Perú
Tipo de instrumento:	Cuestionario estructurado de tipo cerrado
Propósito:	Evaluar el nivel de conocimientos que poseen los participantes acerca de la hipertensión arterial, sus factores de riesgo, complicaciones y medidas preventivas.
Dimensiones o aspectos evaluados:	<ol style="list-style-type: none">1. Conceptos generales de hipertensión arterial2. Factores de riesgo3. Signos y síntomas4. Tratamiento y control5. Prevención y estilos de vida saludables
Número de ítems:	20 preguntas cerradas
Escala de medición:	Alternativas dicotómicas: Verdadero (1 punto) y Falso (0 puntos). Los puntajes se interpretan en tres niveles: <ul style="list-style-type: none">- Alto conocimiento (16-20 puntos)- Medio conocimiento (11 -15 puntos)- Bajo conocimiento (0 -10 puntos)
Población objetivo:	Adultos o pacientes con diagnóstico o riesgo de hipertensión arterial
Procedimiento de validación:	Validez de contenido mediante juicio de 5 expertos en enfermería comunitaria y salud pública
Índice de validez:	V de Aiken = 0,91 (validez alta)
Confiabilidad:	Alfa de Crombach = 0,85 (alta consistencia interna)

ANEXO 3

Ficha Técnica

Elemento	Descripción
Nombre del instrumento:	Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky -Green-Levine (MGLS)
Autores:	Morisky D, Green L, Levine D.
Año y y país de desarrollo:	1986. Estados Unidos
Tipo de instrumento:	Cuestionario estructurado de tipo cerrado
Adaptación al español:	Val J y colaboradores, 1992
Tipo de instrumento:	Cuestionario estructurado autoadministrado
Propósito:	Evaluar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas, especialmente hipertensión arterial
Dimensiones o aspectos evaluados:	1. Cumplimiento en la toma de medicamentos 3. Olvido o descuido 4. Suspensión voluntaria del tratamiento 5. Conducta ante síntomas e mejoría
Número de ítems:	4 preguntas cerradas
Escala de medición:	Alternativas de respuesta Si (0 puntos) y No (1 punto).
Puntaje total:	Suma de los valores obtenidos (máximo 4 puntos)
Interpretación de puntajes:	- Adherente: 4 puntos (el paciente respondió “No” a las cuatro preguntas. - No adherente: De 0 a 3 puntos (el paciente respondió “Si” al menos a una pregunta)
Población objetivo:	Pacientes adultos con tratamiento farmacológico crónico
Procedimiento de validación:	Validez de contenido por juicio de expertos y validación concurrente con indicadores clínicos (control de presión arterial)
Confiabilidad:	Alfa de Crombach reportado entre 0,61 y 0,83, según estudios internacionales

ANEXO 4

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA ESTADÍSTICA Y CONSULTORIO EXTERNO

M.C. José Manuel Antón Rojas

Director Hospital "José Soto Cadenillas" Chota.

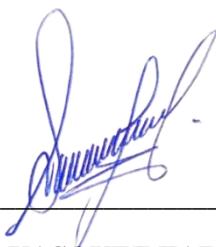
Yo, Sonia Vásquez Tarrillo, identificada con DNI 47611082, domiciliada en el Jr. Celso Carbajal N° 102, estudiante de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, como parte del plan de estudios, me encuentro en la ejecución del proyecto de investigación denominado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS-CHOTA, 2023.** Por tal motivo, solicito a usted tenga a bien disponer la autorización para que se me brinde el acceso a la información de los adultos mayores hipertensos para que de esta manera poder contactarlos y hacerlos partícipes de dicho estudio, mediante la aplicación de una encuesta la cual será el instrumento de estudio.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a Ud., acceder a mi petición por ser de justicia.

Chota, 06 de febrero de 2024



SONIA VASQUEZ TARRILLO

DNI: 47611082

Celular: 976457069

E-mail: soniavasquez_02@hotmail.com



COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Conste por el presente compromiso de confidencialidad que suscribe **SONIA VASQUEZ TARRILLO**, identificado con DNI N° 47611082, Egresada de la Universidad Nacional de Cajamarca, con domicilio el **Jr. Celso Carvajal n°102**, distrito y provincia de Chota, departamento de Cajamarca, en adelante EL CONFIDENTE, bajo los siguientes términos:

PRIMERO: EL CONFIDENTE se obliga a guardar absoluta confidencialidad respecto a toda información, data o documentación que no sea de acceso público, a la que tenga acceso directa o indirectamente como consecuencia de la investigación científica para la Obtención de la maestría Título, "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS. HOSPITAL JOSE SOTO CADENILLAS ,2023".

SEGUNDO: EL CONFIDENTE, se compromete a no reproducir, transformar, distribuir, ni comunicar a terceros, la información, data, ni documentos e instrumentos que utilice y que se generen para efectos de la evaluación. Asimismo, EL CONFIDENTE se compromete a remitir las bases de datos con los resultados de los análisis que se obtengan en Universidad Nacional de Cajamarca, para posibles nuevos estudios y/o investigaciones.

TERCERO: En caso EL CONFIDENTE considere necesario realizar actividades para la difusión de los resultados de evaluación (publicación académica, resumen de política educativa, presentaciones, etc.) deberá contar previamente con la autorización respectiva, remitiendo además una copia del documento a ser difundido al Hospital "José Hernán Soto Cadenillas" — Chota.

CUARTO: EL CONFIDENTE se compromete a impedir que los documentos y data con carácter de confidencialidad que son entregados por el Hospital para efectos de estudio sean observados, reproducidos o manipulados por personas no autorizadas por el Hospital "José Hernán Soto Cadenillas" — Chota.

QUINTO: EL CONFIDENTE declara conocer que cualquier incumplimiento del presente compromiso podrá dar lugar al inicio de las acciones administrativas, civiles o penales a que hubiera lugar.

SEXTO: EL CONFIDENTE se compromete a cumplir con lo detallado y luego de concluir con la investigación devolverá al Hospital "José Hernán Soto Cadenillas" — Chota, la información proporcionada para tal fin.



SONIA VASQUEZ TARRILLO,
DNI: 47611082

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Categorías	Instrumento de recolección de datos	Metodología	Población y muestra
<p><u>Pregunta general</u></p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital José Soto Cadenillas - Chota 2023?</p>	<p><u>Objetivo general</u></p> <p>Determinar y analizar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <p>Definir el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023. Conocer la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023. Establecer las características sociodemográficas de la población en estudio.</p>	<p>HI: La relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico es significativa en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023.</p> <p>H0: La relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento farmacológico no es significativa en pacientes hipertensos. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2023</p>	<p>Nivel de conocimiento de la hipertensión Arterial.</p>	<p>Inadecuado Adecuado</p>	<p>El cuestionario de conocimientos sobre hipertensión (CSH), el cual fue adaptado del estudio García Acevedo. Se Validó a través del juicio de expertos, con una fiabilidad dada por Alfa de Cronbach de 0,799.</p>	<p>Diseño no experimental, de corte transversal. De tipo descriptivo, correlacional.</p> <p>El método de la presente investigación es el hipotético deductivo, porque se partió de una hipótesis para llegar a realizar una generalización a partir de ella.</p>	<p>Población: La población se encuentra constituida por 1960 paciente hipertensos atendidos en el área de consulta externa del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.</p> <p>Muestra: esta constituida por 246 pacientes hipertensos.</p> <p>Se utilizó el muestreo aleatorio sistemático, para ello se ha dividido la población de atendidos entre la eustra, obteniéndose un salto aproximado de 8 usuarios, es decir se entrevistó a uno cada ocho adultos que acudena aser atendidos. (1960/246=7,96).</p>
			<p>Adherencia al tratamiento farmacológico.</p>	<p>No adherente Si adherente</p>	<p>El Test de Morisky-Green, identifica a las personas que cumplen o no al Tratamiento, según Val Jiménez A (54).</p>		