



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TITULO DEL TEMA

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL
GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-
2026.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR (A):

CLAUDIA DENISSE RAMIREZ MERO

TUTOR (A):

LIC. GABRIELA ELIZABETH PERALTA GALARZA, MSc.

PERIODO ACADÉMICO

2025-2

TRIBUNAL DE GRADO

Lic. Milton González Santos, Mgt.

**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

Lic. Carmen Lascano Espinoza, PhD.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**

Lic. Shirley Mora Solorzano, Mgrt

DOCENTE DE ÁREA

Lic. Gabriela Peralta Galarza, MSc.

DOCENTE TUTOR (A)

Abg. María Rivera González, Mgt.

SECRETARIA GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

Colonche, Marzo del 2026

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación: **ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026**, elaborado por la Srita. CLAUDIA DENISSE RAMIREZ MERO, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,



Lic. Gabriela Peralta Galarza, MSc.

DOCENTE TUTORA

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico a Dios, quien me dio la vida, me brindó conocimiento y el impulso necesario para cada día llevar esta hermosa etapa académica compartida con mis familiares, docentes y amigos.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, por abrirme las puertas a una formación dirigida a la excelencia y estimular mi desarrollo académico en sus aulas que se convirtieron en un hogar para mí por los valiosos momentos y recuerdos. A los docentes, por su entrega, cuyo compromiso dejó huella en mi aprendizaje.

Claudia Denisse Ramírez Mero

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, expreso mi más profundo agradecimiento por brindarme un espacio donde me compartieron conocimiento y pude crecer académicamente. A cada docente que me acompañó con compromiso y entrega, gracias por ser parte fundamental de mi proceso formativo.

A mi tutora, Lic. Gabriela Peralta, MSc. por brindarme su tiempo, sabiduría y paciencia que han sido en este proceso; fue muy importante el tiempo, dedicación y apoyo firme para mi crecimiento académico y profesional en esta última etapa. Gracias por creer en mi potencial e impulsarme a alcanzar lo mejor de mí.

Claudia Denisse Ramírez Mero

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Ramírez Mero Claudia Denisse

CI: 2450365065

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	II
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DECLARACIÓN.....	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE DE ANEXOS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	15
1. El Problema.....	15
1.1. Planteamiento del Problema	15
1.2. Formulación del Problema	16
2. Objetivos	17
2.1. Objetivo General.....	17
2.2. Objetivos Específicos.....	17
3. Justificación	17
CAPÍTULO II	19
2. Marco Teórico.....	19
2.1. Fundamentación Referencial.....	19
2.2. Fundamentación Teórica.....	21
2.3. Fundamentación de Enfermería	36
2.3.1. Teoría del déficit de autocuidado por Dorothea Orem.....	36
2.3.2. Modelo de promoción de salud de Nola Pender	36
2.4. Fundamentación Legal.....	37
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)	37
2.4.2. Ley orgánica de salud (2006).....	38
2.4.3. Objetivos de desarrollo sostenible (2015).....	39
2.5. Formulación de Hipótesis	39

2.6. Identificación y Clasificación de Variables	39
2.7. Operacionalización de Variables	40
CAPÍTULO III.....	42
3. Diseño Metodológico.....	42
3.1. Tipo de Investigación.....	42
3.2. Métodos de Investigación	42
3.3. Población y Muestra	42
3.4. Tipo de Muestreo	42
3.5. Técnicas para la Recolección de Datos	43
3.6. Instrumentos de Recolección de Datos	43
3.7. Aspectos Éticos.....	44
4. Referencias Bibliográficas	51
5. Anexos	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	40
Tabla 2. Características sociodemográficas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial	45
Tabla 3. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial	46
Tabla 4. Asociación entre adherencia terapéutica y los niveles de presión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial.....	47
Tabla 5. Verificación de hipótesis mediante prueba Chi-cuadrado de Pearson	48
Tabla 6. Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores socioeconómicos).....	67
Tabla 7. Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del sistema de salud).....	68
Tabla 8. Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del tratamiento)	69
Tabla 9. Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del paciente)	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores socioeconómicos).....	67
Gráfico 2. Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del sistema de salud).....	68
Gráfico 3. Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del tratamiento).....	69
Gráfico 4. Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del paciente).....	70

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Autorización del Hospital Básico Dr. Liborio Panchana Sotomayor	59
Anexo 2. Consentimiento informado	63
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos	64
Anexo 4. Tablas y gráficos estadísticos	67
Anexo 5. Evidencias fotográficas	71
Anexo 6. Certificado de antiplagio	72

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) representa un problema de salud pública en que la evolución clínica depende de la adherencia al tratamiento o manejo indicado. **Objetivo:** Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y los niveles de hipertensión arterial en usuarios hospitalizados del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, período 2025-2026. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, método analítico-sintético, diseño observacional, tipo descriptivo y transversal con una muestra de 60 pacientes hipertensos hospitalizados. Se utilizó dos instrumentos para recolección de datos (cuestionario de perfil sociodemográfico y test de Morisky), y el procesamiento estadístico fue ejecutado en el programa SPSS. **Resultados:** Las características sociodemográficas de predominio correspondieron a grupo etario de 60-70 años (55,0%), sexo masculino (73,3%), bajo nivel socioeconómico (63,3%), desempleado (58,3%), consumo de tabaco (58,3%), ingesta de alcohol (53,3%), sedentarismo (70,0%) y alimentación poco saludable (73,3%); acerca del nivel de adherencia terapéutica, se reportó baja adherencia (40,0%), seguido de adherencia media (38,3%); y en la relación de adherencia terapéutica y niveles de presión arterial se encontró asociación estadística significativa ($p= 0,000$). **Conclusión:** La adherencia terapéutica se relaciona con los niveles de hipertensión arterial en los usuarios ingresados en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

Palabras clave: Adherencia terapéutica; Hipertensión arterial; Pacientes hospitalizados.

ABSTRACT

Hypertension (HTN) represents a public health problem in which clinical evolution depends on adherence to the prescribed treatment or management. Objective: To determine the relationship between therapeutic adherence and blood pressure levels in hospitalized patients at the Dr. Liborio Panchana Sotomayor General Hospital, Santa Elena, during the period 2025-2026. Methodology: A quantitative approach, analytical-synthetic method, observational design, descriptive and cross-sectional, with a sample of 60 hospitalized hypertensive patients. Two instruments were used for data collection (a sociodemographic profile questionnaire and the Morisky test), and statistical processing was performed using SPSS software. Results: The predominant sociodemographic characteristics were age group 60-70 years (55.0%), male sex (73.3%), low socioeconomic status (63.3%), unemployment (58.3%), tobacco use (58.3%), alcohol consumption (53.3%), sedentary lifestyle (70.0%), and unhealthy diet (73.3%). Regarding therapeutic adherence, low adherence was reported (40.0%), followed by medium adherence (38.3%). A statistically significant association was found between therapeutic adherence and blood pressure levels ($p = 0.000$). Conclusion: Therapeutic adherence is related to blood pressure levels in patients admitted to Dr. Liborio Panchana Sotomayor General Hospital.

Key words: Therapeutic adherence; High blood pressure; Hospitalized patients.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo debido a su elevada prevalencia y estrecha asociación con enfermedades renales, cardiovasculares y cerebrovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2024 se reportó 1400 millones de personas de 30 a 79 años con diagnóstico de HTA, la mayoría de ellas habitan en países de bajo y mediano ingreso, y se estima que 600 millones de hipertensos (44,0%) desconocían de su padecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2025).

En América Latina, Camafort et al. (2021) en su estudio sobre la monitorización de la presión arterial describieron el contexto de esta patología en la región, se reportó que la HTA ocasiona 1,6 millones de fallecimientos anuales por enfermedades cardiovasculares y que la prevalencia en comunidades urbanas y rurales de seis países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay) bordea el 44,0%, de ellos el 58,9% conocía su diagnóstico, solo el 53,3% recibía tratamiento y únicamente 37,6% tenía control de su presión (< 140/90 mmHg).

Asimismo, en Ecuador la prevalencia de HTA es significativa, afectando entre 19,8-20% de la población adulta, en 2021 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió en su boletín sobre la lucha contra la HTA que 1 de cada 5 ecuatorianos de 18 a 69 años padece hipertensión y el 20% de las personas mayores de 19 años tiene esta enfermedad según datos de la encuesta STEPS (enfermedades no transmisibles y factores de riesgo) (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

A pesar de existir diversos tratamientos farmacológicos efectivos y medidas no farmacológicas recomendadas, algunos pacientes no logran un control adecuado de su hipertensión, siendo un aspecto determinante la “adherencia terapéutica” que se define como el grado en que el paciente sigue la prescripción médica sobre la medicina, la dieta y los cambios en el estilo de vida. La falta de adherencia conlleva al desarrollo de descompensaciones clínicas, incremento de los costos en los servicios de salud y prolongación de estancia hospitalaria (Martínez, et al., 2020).

En el contexto hospitalario, varios usuarios ingresan con descompensaciones debido al incumplimiento terapéutico y del autocuidado, dentro del proceso de atención el profesional de enfermería ocupa un rol esencial por su contacto continuo con el paciente, seguimiento del tratamiento y diseño de intervenciones enfocadas en el cuidado integral.

CAPÍTULO I

1. El Problema

1.1. Planteamiento del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la HTA es un trastorno generado por el aumento anormal de la presión arterial, esta condición se produce cuando el corazón bombea con mayor fuerza contra las paredes de las arterias, perdiendo elasticidad lo que provoca mayor resistencia al flujo sanguíneo, representa un importante desafío para la salud pública porque afecta principalmente a paciente adultos y adultos mayores, siendo la tercera causa de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2025).

De acuerdo con investigaciones realizadas en España por la Universidad de las Islas Baleares, la adherencia farmacológica en hipertensos ocurre en un rango de 28 a 65% debido a que los pacientes suelen ingerir menos los diuréticos y betabloqueantes, mientras que aquellos en tratamiento con antagonistas del receptor de angiotensina II presentan mejores resultados, sin embargo ninguno de estos medicamentos alcanza el nivel óptimo del 80% de adherencia porque los pacientes no lo ingieren a la hora adecuada y no cumplen por completo la prescripción (Valdés, 2022).

Por otra parte, en Estados Unidos existe el 20 a 30% de los adultos menores de 64 años que son diagnosticados con esta patología, pero no siguen el tratamiento correctamente, solo el 32% de esta población puede controlar la condición, mientras que el restante tiene como resultado accidentes cardiovasculares que ocasiona discapacidad y fallecimiento (Fernandez, et al., 2020).

En América Latina, la Sociedad Latinoamericana de hipertensión arterial (LASH) en 2024 reportó que la HTA ocasiona más de dos millones de fallecimientos anuales por enfermedad cardiovascular, afectando de 20 a 40% de los adultos y se enfatizó que existe un control insuficiente de la presión por parte de los pacientes (Sánchez, et al., 2024). A nivel de Ecuador, se registra una prevalencia de 19,8% en adultos debido a diversos factores de riesgo como el sedentarismo, las desigualdades en el acceso a servicios de salud y la alimentación inadecuada (Oliveros & Lojan, 2025).

En el año 2020, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC) reportó que la HTA fue la sexta causa de muerte en el país, se registraron alrededor de 5.233 (4,5%) de fallecidos, la mayoría de adultos entre 19 a 69 años desconocen su patología o no quieren seguir el tratamiento (Hernández, et al., 2020). Estudios en Cuenca

reportaron que la prevalencia de HTA incrementa cada año a pesar de los seguimientos médicos que lleva cada paciente y las diversas actividades que desempeña el sistema de salud y sus programas de prevención para modificar los estilos de vida (Idrobo, et al., 2024).

En la ciudad de Quito, se demostró que cada 5 ecuatorianos de 18 a 69 años sufren HTA, de ellos un aproximado de 45% desconocen su padecimiento, lo que puede desencadenar complicaciones cardiovasculares, asimismo en Guayaquil con una muestra de 120 adultos, se comprobó que el 20% tenían la enfermedad pero no seguían el tratamiento y solo ingerían la medicación cuando presentaba picos hipertensivos descontrolados (Garces, et al., 2020).

Orozco en 2022 realizó una investigación en Santa Elena acerca de la adherencia al tratamiento hipertensivo, evidenciándose que el 47% de los pacientes renunciaban a su terapéutica porque sentían que su patología estaba mejorando, por ende, se llegó a la conclusión que cada 2 personas con diagnóstico de HTA, deja de lado su tratamiento antes de los 6 meses, lo que genera mejoría a corto plazo (Orozco, 2022).

Durante las prácticas preprofesionales realizadas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, se constató el ingreso frecuente de pacientes con crisis hipertensivas por el área de emergencia, incluso con repercusiones cardiovasculares, requiriendo el ingreso hospitalario para la atención especializada. En este contexto, la baja adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es un aspecto que influye en el control de la HTA y en el desarrollo de complicaciones, pero existe una escasa evidencia científica a nivel local sobre la relación entre estas variables, resaltando la necesidad de investigar cómo la adherencia al tratamiento influye en el control de la HTA en los pacientes hospitalizados en la casa de salud de Santa Elena.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre la adherencia terapéutica y los niveles de hipertensión arterial en usuarios hospitalizados del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, período 2025-2026?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y los niveles de hipertensión arterial en usuarios hospitalizados del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, período 2025-2026.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Identificar el nivel de adherencia terapéutica en los usuarios con diagnóstico de hipertensión en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
- Analizar la asociación estadística entre la adherencia terapéutica y los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

3. Justificación

La HTA constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional, debido a su alta prevalencia y estrecha relación con enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, el control inadecuado de la presión arterial continúa siendo frecuente, asociándose con baja adherencia terapéutica. En los hospitales, esta situación resulta de interés porque los pacientes presentan manifestaciones clínicas graves, comorbilidades y mayor riesgo de complicaciones, necesitando una intervención terapéutica continua.

Desde la perspectiva científica, el presente estudio es pertinente porque permitirá obtener evidencia empírica sobre la relación entre los niveles de presión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hospitalizados, siendo un grupo menos investigado que los usuarios ambulatorios. Los principales hallazgos aportarán en ampliar el conocimiento sobre los factores que influyen en el control de esta enfermedad crónica no transmisible (ECNT), orientando el desarrollo de estrategias enfocadas a mejorar la adherencia terapéutica y la elaboración de investigaciones sobre la temática a mediano y largo plazo.

Con respecto a la justificación social y del ámbito de salud, la relevancia de la investigación radica en que el control de los niveles de presión arterial disminuye la aparición de complicaciones, los costos asociados a la atención en salud y la estancia

prolongada en el hospital. El hecho de reconocer el grado de adherencia terapéutica y su asociación con el estado de presión arterial, gestionará el diseño de acciones dirigidas a fomentar prácticas de autocuidado y educación del paciente, además de fortalecer el rol del enfermero/a en la vigilancia y acompañamiento del tratamiento.

A nivel institucional, el estudio presenta beneficios para el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor porque brinda datos específicos sobre la condición de los pacientes hipertensos hospitalizados durante el período 2025-2026, esta información puede servir como base para la mejora de protocolos de atención, el fortalecimiento de programas de educación terapéutica y la aplicación de procedimientos para fomentar la adherencia, contribuyendo en la atención de calidad, efectiva y segura.

En el plano profesional y académico, el estudio representa una valiosa contribución para la formación del estudiante de enfermería, al permitir la aplicación de conocimientos metodológicos y teóricos en un escenario real de atención hospitalaria, reforzando la importancia del rol del profesional en el seguimiento de la adherencia terapéutica y el manejo de la HTA, fomentando la práctica fundamentada en evidencia y enfocada a obtener resultados favorables en la salud de pacientes con ECNT.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Fundamentación Referencial

Pareja et al. (2022) llevaron a cabo una investigación para describir la adherencia de los pacientes hipertensos a su tratamiento y su relación con el control de presión arterial, se contó con una muestra de 95 pacientes. La metodología fue descriptiva y transversal mediante una encuesta como instrumento recolector de datos. En los resultados, se encontró que 51,6% no tenían controlada su presión y 30,5% mostraron adherencia subóptima, acerca de la asociación de las variables no existió ($p=0,008$), solo se constató que el control de presión arterial se relacionó con el sexo ($p=0,005$), haber padecido arritmia cardiaca ($p=0,000$) y ansiedad ($p=0,001$).

En Brasil, Silva et al. (2024) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de HTA en 342 adultos mayores mediante una metodología cuantitativa y transversal. En los resultados principales, se evidenció que el 57,6% de los participantes no se adhirió al tratamiento, se identificó que existe vínculo de la adherencia al tratamiento con la edad ($p= 0,01$), jubilación ($p = 0,05$) y antecedente de ictus ($p = 0,004$). Se concluyó que la adherencia al tratamiento depende de factores de salud y sociodemográficos para el control de la enfermedad y un estilo de vida saludable.

Díaz et al. (2025) llevaron a cabo una investigación en México para determinar la adherencia terapéutica de los pacientes con HTA. La metodología fue descriptiva y transversal con 364 pacientes, se aplicó la evaluación de variables demográficas, características de tratamiento farmacológico y adherencia a medicación con escala de Morisky (MMAS-8). Entre los resultados, se encontró que 54,4% eran mujeres y 45,6% hombres, 80,0% con escolaridad básica y 77,7% con adecuado control de presión arterial. La adherencia fue alta en 36,5%, media 28,6% y baja 34,9%. Se encontró asociación entre grado de adherencia y control de la presión arterial ($p= <0.001$).

Castillo et al. (2023) ejecutaron una investigación en México con el propósito de analizar la asociación entre la adherencia terapéutica y el control de tensión arterial de pacientes con HTA. El diseño fue observacional, transversal y prospectivo con 236 pacientes, empleando la Escala MMAS-8 para la recolección de datos. Como principal resultado, se evidenció relación entre control de tensión arterial y adherencia al tratamiento con valor $p= 0.027$. Se concluyó que en los pacientes hipertensos existía una

asociación fuerte del control de la presión y la adherencia farmacológica, encontrándose que el grupo de mayor apego eran los jubilados y con edad mayor de 65 años.

Los antecedentes referenciales anteriormente expuestos resaltan que la adherencia terapéutica es un aspecto determinante para el control de la HTA y que su incumplimiento o abandono aumenta el riesgo de complicaciones graves. En los estudios realizados en México por Díaz et al. (2025) y Castillo et al. (2023) se encontró asociaciones estadísticamente significativas entre mayor adherencia y mejores cifras tensionales, empleando la escala de Morisky.

En Cuba, Hernández et al. (2021) llevaron a cabo una investigación para establecer el grado de adherencia terapéutica en pacientes con HTA del Policlínico Comunitario Turcios Lima mediante una metodología transversal y descriptiva con 160 pacientes. Entre los principales hallazgos se encontró que el 47,5% de la muestra presentaba adherencia, principalmente en mayores de 65 años y de sexo femenino en 31,3%, y se constató como motivos predominantes de no adherencia el olvido con 41,0% y sentirse mejor con 27,0%. Se concluyó que la adherencia terapéutica era baja en este grupo, ocasionada principalmente por el olvido.

A nivel de Ecuador, Arévalo et al. (2021) realizaron un estudio para establecer la prevalencia de adherencia farmacológica en pacientes hipertensos y describir los factores asociados en 151 pacientes del Subcentro El Valle. La metodología fue descriptiva y transversal, encontrándose que el 58,9% eran mujeres, 49,0% tenían menos de 73 años, 84,1% de nivel educativo primario y la adherencia fue de 63,6%. Se concluyó que la adherencia al tratamiento fue mayor a la esperada y en los factores con mayor riesgo de no adherencia se destacó la escolaridad primaria, polifarmacia, presencia de efecto adverso y apoyo familiar insuficiente.

Acerca de estos dos últimos antecedentes, Hernández et al. (2021) en Cuba identificaron al olvido y la percepción de mejoría como causas de baja adherencia; mientras que, en Ecuador, Arévalo et al. (2021) destacaron como factores de riesgo al escaso apoyo familiar, la polifarmacia y el bajo nivel educativo. En definitiva, estas investigaciones aportan con determinantes contextuales, instrumentos y fundamentos metodológicos útiles para el análisis de la adherencia como elemento esencial en el control de la presión arterial en los pacientes de la unidad hospitalaria contexto de estudio.

2.2. Fundamentación Teórica

2.2.1. Hipertensión arterial (HTA)

Se conceptualiza como una patología crónica, en donde existe elevación continua de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica, superando los valores considerados normales por las organizaciones internacionales. Se establece como HTA cuando la presión arterial sistólica supera o es igual a 140 mmHg y la presión arterial diastólica supera o es igual a 90 mmHg, la cual debe ser registrada en condiciones adecuadas y al menos con dos horas de diferencia. Esta enfermedad representa un factor de riesgo importante, sin embargo, es considerado un aspecto modificable para enfermedades de origen cerebrovascular, renal y cardiovascular (Montero, et al., 2023).

En las personas hipertensas se presenta un desequilibrio mediado por mecanismos complejos en donde se incluye activación del SNS, disfunción endotelial, cambios estructurales en las paredes de los vasos sanguíneos, alteraciones en el sistema renina-angiotensina-aldosterona, entre otros. La HTA es una patología silenciosa que no suele generar sintomatología evidente, en la mayoría de casos los pacientes conocen su estado por un control de rutina o cuando se manifiesta complicación en los órganos diana, como el cerebro, retina, riñones y corazón (Castro, et al., 2024).

Desde la perspectiva clínica, la HTA debe entenderse como algo que va más allá de una elevación de la presión arterial, sino que más bien es un síndrome complejo de origen cardiovascular que incrementa el riesgo de mortalidad mundial. La HTA puede presentarse de manera aislada o acompañada de otras patologías, en donde comúnmente destacan las dislipidemias, diabetes mellitus, síndrome metabólico y la obesidad. Al asociarse con otras patologías, el riesgo cardiovascular resulta potenciado, empeorando el pronóstico clínico del paciente, así pues la HTA es reconocida como una patología de riesgo cardiovascular elevado (Pineda, et al., 2024).

Por último, la HTA representa una problemática de salud en el sector público y privado, puesto que su prevalencia es elevada, genera gran impacto de morbilidad y costo sanitario alto que deriva de las complicaciones asociadas. A través de la prevención y el diagnóstico oportuno, al igual que el tratamiento idóneo, resultan pilares fundamentales para mitigar y disminuir de forma agigantada las consecuencias en el paciente, la familia y la comunidad (Montero, et al., 2023).

2.2.1.1. Epidemiología de HTA

La HTA es una patología crónica de gran prevalencia, estimándose que más de mil millones de personas conviven con esta enfermedad, esta cifra permanece en aumento debido al envejecimiento de la población, hábitos, estilos de vida y urbanización. La prevalencia difiere de acuerdo a la ubicación geográfica, el acceso a los servicios sanitarios y el nivel socioeconómico, en países de ingresos bajos y medios la HTA se diagnostica de forma tardía y presenta menores tasas de autocontrol que favorece a la aparición de complicaciones renales y cardiovasculares (Parra, et al., 2023).

La edad es considerada un determinante clave de la HTA puesto que a mayor edad aumenta la prevalencia, siendo más frecuente en la población adulta mayor. Sin embargo, en las últimas décadas ha existido un aumento en los casos de HTA en adultos jóvenes, sobre todo si se acompañan de obesidad, estrés, tabaquismo, consumo excesivo de sodio y sedentarismo. De acuerdo al sexo, también se evidencian diferencias, en las edades tempranas, la hipertensión es típica de los varones, mientras que en las mujeres aumenta de forma considerable posterior a los 40 años o la menopausia debido a que existe una disminución del factor protector de los estrógenos (Oliveros & Lojan, 2025).

La HTA se relaciona de forma directa con factores de riesgo modificables como dieta alta en sodio y grasas, ingesta excesiva de alcohol, falta de actividad física y tabaquismo, esos factores explican la prevalencia y justifican la importancia de intervenir a nivel comunitario bajo prácticas de prevención. Esta afección crónica es responsable de muertes debido a enfermedades con daño en cerebro y cardiovascular como el infarto agudo de miocardio y tromboembolismo pulmonar. A pesar que existe disponibilidad de tratamientos eficientes, es posible que una gran población de hipertensos desconozca su condición actual o no logre un control adecuado (Estrada, et al., 2025).

2.2.1.2. Clasificación de HTA

La HTA se clasifica de acuerdo a criterios diversos, usualmente se utiliza los niveles de presión arterial. De acuerdo a estos parámetros, se distinguen las categorías:

- Hipertensión arterial grado 1: 140-149/ 90-99 mmHg.
- Hipertensión arterial grado 2: 160-179/ 100-109 mmHg.
- Hipertensión arterial grado 3: >180/ >110 mmHg.
- Normotensión: 120-129/ 80-84 mmHg.
- Presión normal alta: 130-139 / 85-89 mmHg.

Esta categorización surge de origen clínico, en donde permite la identificación del

grado de hipertensión, la severidad del cuadro clínico y la necesidad de un tratamiento farmacológico con evaluación del potencial riesgo cardiovascular. Desde el punto de vista etiológico, la HTA se clasifica en hipertensión arterial primaria o esencial y la hipertensión arterial secundaria. La hipertensión arterial primaria afecta al 95% de la población y no tiene una causa identificable, sino que aparece secundaria a factores de riesgo vinculados a genética, estilos de vida y medioambiental que potencian lesión endovascular (Villacres, et al., 2024).

La hipertensión arterial secundaria se presenta en el 5 a 10% de los casos, surge por causa previamente identificada como patologías endócrinas (hiperaldosteronismo, feocromocitoma y S. de Cushing), enfermedades renales, coartación aórtica o exposición a medicamentos. Su identificación es fundamental, puesto que el tratamiento depende de la causa de origen, pudiendo mejorar o revertir de forma significativa la aparición de la hipertensión. Otra clasificación de la HTA depende del daño al órgano afectado, se evalúa la presencia de hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía hipertensiva, enfermedad crónica o antecedentes de patologías cardiovasculares (Intriago, 2025).

Por otra parte, la HTA también puede clasificarse de acuerdo al curso clínico, definiéndose a la hipertensión arterial controlada, no controlada, resistente y maligna, siendo la resistente aquella en donde no se alcanzan las cifras objetivo de tensión pese al uso de más de tres fármacos, mientras que la hipertensión maligna existe una elevación disparada de la presión arterial generando daño agudo del órgano y requiriendo la atención médica de urgencia (Montero, et al. 2023).

2.2.1.3. Fisiopatología de HTA

La HTA presenta una fisiopatología multifactorial compleja que resulta como interacción de múltiples factores, se incluyen de tipo ambiental, genético y neuroregional. La presión arterial se mantiene a través de equilibrio dinámico entre la RVP y el GC, mientras que en la HTA existe una alteración de este mecanismo, generando incremento sostenido de uno o ambos componentes, entonces la presión arterial se mantiene elevada por largo tiempo. Uno de los mecanismos principales es la activación excesiva en el SNS que produce vasoconstricción periférica e incremento en la frecuencia cardíaca con mayor actividad contráctil del músculo cardíaco (Huerta, et al., 2024).

La hiperactividad simpática eleva la presión arterial, además favorece un remodelado vascular y cardíaco, generando que el evento hipertensivo permanezca durante un largo plazo de tiempo. Por otra parte, el sistema renina-angiotensina-aldosterona juega un papel importante en la fisiología de HTA porque la angiotensina 2

produce vasoconstricción intensa y estimula la liberación de aldosterona, favoreciendo la retención de sodio y agua en el riñón, estos efectos conllevan al incremento del volumen intravascular, generando resistencia vascular estricta y manteniendo las cifras elevadas de la presión (Castro, et al., 2024).

Otro factor clave en la aparición de HTA corresponde a la disfunción endotelial debido a que el endotelio vascular disminuye o pierde su capacidad para generar sustancias que la mantienen dilatadas, como el óxido nítrico, e incrementa la liberación de factores que la mantienen contraída. Secundario a esa alteración se produce un aumento de la resistencia vascular periférica, promoviendo procesos inflamatorios y la aterosclerosis, comúnmente relacionadas a la hipertensión. A nivel renal, la HTA produce daños en la capa interna asociados a la excreción de sodio y favorece un fenómeno conocido como la natriuresis por presión elevada (Montero, et al., 2023).

Con el paso del tiempo, el daño renal se torna progresivo, generando un círculo vicioso entre la enfermedad renal y la hipertensión. La hipertensión sostenida genera cambios en las estructuras tanto de moldeamiento vascular y cardíaco, así pues las arterias se tornan más rígidas y el ventrículo izquierdo sufre hipertrofia como mecanismo de protección y compensación ante el incremento de una poscarga, todos esos cambios favorecen a insuficiencias cardíacas y arritmias (Bautista, et al., 2024).

2.2.1.4. Factores de riesgo de HTA

En esta sección se describen los factores que aumentan la probabilidad o el desarrollo de hipertensión arterial:

Edad: Es un factor no modificable de gran impacto para el debut de HTA, se reporta que mayor edad se asocia con aumento de cambios fisiológicos en el sistema cardiovascular, caracterizándose por la pérdida de elasticidad de las arterias y arteriolas e incremento de la rigidez arterial que favorece el aumento de la presión arterial, sobre todo sistólica. El envejecimiento cumple función renal propia y aparecen alteraciones en los mecanismos de autorregulación de la presión interna, estos cambios fundamentan por qué la HTA aumenta su prevalencia significativa en la población adulta mayor (Bautista & Franco, 2024).

Sexo: En las edades tempranas y la adultez media, los hombres tienen una mayor prevalencia para la patología comparado con las mujeres, esto se debe a los factores hormonales y conductuales propios de cada sexo. En las mujeres, el riesgo resulta incrementado de manera notable después de los 40, o en el periodo posterior a la menopausia, puesto que los estrógenos disminuyen y estas son hormonas que tienen

efecto protector a nivel del endotelio vascular. Todo este cambio hormonal favorece a que aparezca con mayor notoriedad la rigidez arterial e incremento progresivo de la presión arterial (Zavala, et al., 2024).

Raza y etnia: Son factores de riesgo de gran impacto en la HTA debido a que estudios epidemiológicos han mostrado que existe mayor severidad y prevalencia en poblaciones afrodescendientes comparado con otros grupos étnicos. Estas diferencias explican por qué los factores genéticos y la sensibilidad del sodio son determinantes, además de un acceso limitado a los servicios de salud (Intriago, 2025).

Antecedentes familiares y genética: La predisposición genética resulta influenciada debido a mecanismos como la regulación de los niveles de sodio, el funcionamiento renal y la actividad del sistema nervioso simpático. Si bien es cierto, no existe un gen único conocido como responsable de HTA, se reconocen diversas variantes genéticas que favorecen su aparición, esta herencia poligenética explica por qué la HTA tiende a agruparse en familia, sobre todo cuando se ven combinados factores de riesgo poco favorables (Hidalgo, 2020).

Obesidad y sobrepeso: La acumulación excesiva de tejido adiposo está asociada con elevación del sistema nervioso simpático y del sistema renina-angiotensina aldosterona que favorece al incremento de la presión arterial. La obesidad también se relaciona con la resistencia insulínica, disfunción endotelial e inflamación crónica que favorecen al mantenimiento de normotensión, por ello la reducción de peso ha demostrado ser una intervención no farmacológica efectiva para disminuir las cifras de tensión arterial hasta lograr un nivel normal (Moncayo, et al., 2024).

Consumo excesivo de sodio: Se ha reportado que el sodio favorece la retención de agua, incrementando el volumen intravascular y, por consiguiente, aumentando los niveles de presión arterial. Algunas personas tienen una sensibilidad mayor al sodio, lo que explica por qué el consumo elevado de sal aumenta la aparición de HTA en personas sanas. La disminución del sodio en la dieta es una estrategia de prevención y tratamiento para este grupo de pacientes (Torres, 2024).

Sedentarismo: La inactividad física regular está asociada a un riesgo elevado de presión arterial, lo que favorece el incremento del peso, ganancia excesiva de grasa, disminución de la capacidad cardiovascular y sensibilidad a la insulina reducida. La actividad física moderada de mínimo 30 minutos diarios mejora la función endotelial, reduce la resistencia vascular periférica y favorece el control del peso (Llor & González, 2024).

Consumo de alcohol y tabaquismo: El consumo excesivo de alcohol se asocia con incremento progresivo de los niveles de presión arterial porque se produce activación del sistema nervioso simpático y genera daño vascular, este ciclo dosis-dependencia resulta intensificado cuando el consumo supera los 10 años. El tabaquismo no siempre está asociado con la hipertensión sostenida, sin embargo, la nicotina y los compuestos del tabaco generan vasoconstricción aguda, producen daño del endotelio, potencian el riesgo cardiovascular y en personas con hipertensión aumenta el riesgo de defectos cardiovasculares secundarios (Hidalgo, 2020).

2.2.1.5. Diagnóstico de HTA

El diagnóstico de HTA está basado de manera directa en la identificación de los niveles de la tensión arterial que se mantienen elevados y se acompaña de una evaluación clínica e integral del estado del paciente, este proceso permite una medición directa y requiere de un enfoque sistémico, haciendo que el paciente se encuentre en una posición cómoda, un ambiente tranquilo y registrando los niveles de presión arterial en dos tomas separadas de dos horas (Regino, et al., 2022).

En la actualidad, el diagnóstico de HTA es un proceso multidimensional, en que se debe incluir el registro correcto de la presión arterial, una detallada historia clínica, examen físico y pruebas complementarias. Este enfoque integrado permite identificar el grado de hipertensión arterial y estratificar el riesgo potencial del paciente a nivel cardiovascular, para lo cual resulta necesario emplear medidas terapéuticas adecuadas y adaptadas de manera específica a cada paciente (Pérez, et al., 2025). A continuación, se describe los elementos considerados para el diagnóstico:

Registro de la presión arterial: La medición de la presión arterial es un pilar fundamental y central en el diagnóstico, se debe realizar una evaluación estándar empleando equipos calibrados y manguitos adecuados al tamaño de la circunferencia braquial del paciente. Se recomienda realizar registros múltiples en diversos momentos y complementarlos con una automedición por el paciente en su domicilio o de forma ambulatoria, lo que permitirá mejorar la predicción diagnóstica y disminuir errores por eventos de bata blanca y consumo de medicamentos (Hernández, et al., 2024).

Confirmación diagnóstica y variabilidad tensional: El diagnóstico se confirma cuando las cifras de la presión arterial se mantienen elevadas por más de una ocasión, debido a que la presión arterial puede verse modificada de acuerdo a factores como el estrés, actividad física, alimentos, entre otros. El monitoreo ambulatorio de la presión arterial permite identificar patrones claves de tensiones anormales, diferenciando entre

hipertensión arterial sostenida, de bata blanca o enmascarada (Bautista, et al., 2024).

Historia clínica y evaluación cardiovascular: La historia clínica es un documento médico legal de gran ayuda en el diagnóstico, puesto que mediante una anamnesis detallada se puede identificar los factores de riesgo, los antecedentes familiares y personales, la exposición a medicinas o los síntomas sugestivos de complicaciones. El examen físico y otros estudios complementarios como el electrocardiograma permiten la detección de signos de alerta o afectación cardíaca directa como hipertrofia ventricular izquierda, entre otros (Huerta, et al., 2024).

Valoración del daño en órgano diana: El diagnóstico de HTA debe incluir la evaluación de otros órganos, principalmente el corazón, riñones, cerebro y retina porque usualmente resultan afectados por la hipertensión crónica no controlada. La identificación temprana de alteraciones en estos órganos permite determinar la gravedad de la enfermedad, definiendo estrategias terapéuticas para evitar la progresión o daño del órgano. De esta manera, el diagnóstico no solo se confirma como hipertensión, sino que también permite evaluar el impacto clínico y el riesgo del paciente (Morán, et al., 2023).

2.2.1.6. Tratamiento de HTA

El tratamiento no farmacológico es una base para el manejo de la HTA, es indispensable aun cuando se requiera del manejo de fármacos. Todas estas intervenciones buscan generar modificaciones en el estilo de vida del paciente, disminuyendo los factores de riesgo relacionados con hábitos o prácticas diarias, su implementación temprana permite retrasar o evitar que la enfermedad necesite la aplicación de medicamentos. Las medidas no farmacológicas han demostrado ser eficientes para el control de la presión arterial y prevenir el riesgo de complicaciones a largo plazo (Arias, et al., 2025).

El beneficio de las medidas no farmacológicas no solo implica disminuir las cifras tensionales, sino que también mejora la salud cardiovascular, metabólica y en general del individuo. Entre las actividades principales, se encuentran:

Actividad física: Se puede incluir el ejercicio aeróbico moderado como nadar, andar en bicicleta y caminatas. Todas estas acciones disminuyen la resistencia vascular periférica, mejoran la función endotelial y permiten controlar el peso del paciente. Se recomienda realizar un promedio de 150 minutos a la semana de actividad física moderada, siendo distribuido el tiempo en varios días de la semana. En hipertensos, la actividad física mejora la capacidad funcional y la calidad de vida, representando una acción costo-efectiva que se adapta a las necesidades del paciente y su edad (Moreno, et al., 2023).

Alimentación saludable: Adoptar una alimentación saludable es un papel clave para el manejo no farmacológico de HTA, se debe incluir el consumo de verduras, frutas, cereales integrales, productos lácteos bajos en grasas, legumbres, consumo mínimo de sodio, entre otras, los cuales han demostrado disminuir de manera significativa los niveles de presión arterial. Una alimentación equilibrada y sana favorece el control del peso, mejora el perfil lipídico y disminuye la asociación a enfermedades de origen cardiovascular (Torres, 2024).

Evitar el consumo de alcohol y tabaco: La disminución o supresión completa del tabaco y el alcohol es una medida de gran utilidad debido a que el consumo excesivo del alcohol está asociado con aumento de presión arterial sostenida debido a la activación del sistema simpático y el daño vascular prolongado. El abandono del tabaco resulta otro método fundamental para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, sus componentes favorecen la vasoconstricción, el daño endotelial y aceleran los cuadros de aterosclerosis (Reyes, 2023).

Manejo del estrés: Las situaciones de alto impacto de estrés activan el sistema nervioso simpático, generando una respuesta a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aumentando la liberación de cortisol y catecolamina, esta respuesta fisiológica produce vasoconstricción, incremento de la frecuencia cardíaca, mayor gasto urinario y eleva la presión arterial. El manejo adecuado del estrés mediante técnicas de relajación o meditación como la respiración profunda y terapia psicológica han mostrado beneficios aplicables para la disminución de la presión arterial (Hidalgo, 2020).

Control de peso corporal: Es una estrategia eficiente para el manejo no farmacológico de la presión arterial, se evidencia que existe una relación entre el incremento de masa corporal y la presión arterial debido a mecanismos como activación del SNS, inflamación crónica y resistencia insulínica asociada al exceso de tejido adiposo. La disminución del peso hasta lograr el índice ideal ha mostrado descenso de gran impacto en las cifras de tensión arterial, mejorando el perfil cardiovascular del paciente y su estado general (Acosta, et al., 2023).

El manejo farmacológico se enfoca en disminuir o mantener las cifras de la tensión arterial dentro de los rangos establecidos como normales con la finalidad de evitar la progresión de complicaciones cerebrovasculares, renales y cardiovasculares. La elección o combinación de fármacos es variable de acuerdo a factores múltiples como la edad del paciente, afectación de órgano blanco, presencia de comorbilidades, tolerancia individual y respuesta al tratamiento. En pacientes con tensión elevada o aumento del RCV, el

tratamiento farmacológico debe iniciarse de forma rápida, por lo general requiere combinación de medicamentos (Wyss, et al., 2023).

A continuación, se mencionan los grupos farmacológicos empleados en el manejo de HTA:

- **Diuréticos:** Son fundamentales para el tratamiento antihipertensivo, sobre todo en pacientes con HTA leve a moderada y adultos mayores. El mecanismo de acción busca aumentar la excreción renal de agua y sodio, disminuyendo el volumen plasmático y generando una disminución en la resistencia vascular periférica. Los tiazidas más empleados son la hidroclorotiazida, clortalidona e indapamida, también se incluyen los diuréticos de asa como la furosemida que se emplean en pacientes con enfermedad renal o insuficiencia cardíaca, y los diuréticos ahorradores de potasio como espironolactona y amilorida (Arias, et al., 2025).
- **Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA):** Este grupo de fármacos bloquea la conversión de la angiotensina I en angiotensina II, generando una disminución de la vasoconstricción, produciendo dilatación y disminución de la presión arterial. Dentro de este grupo se encuentra el captopril, lisinopril, enalapril y ramipril, estos son utilizados en pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y enfermedad renal crónica, pero cabe destacar que la tos seca y persistente es un efecto secundario propio de este grupo de fármacos (Zea, 2022).
- **Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II):** Son bloqueantes del receptor de angiotensina II cuya acción radica en evitar que el efecto vasoconstrictor se active, de esta forma disminuye la concentración de sodio. Tiene un mecanismo de acción similar a los IECA, sin embargo, presenta mejor tolerancia porque no produce tos como efecto adverso. Se destaca el losartán, valsartán, candesartán e irbesartán como alternativa en pacientes que no toleran IECAS, ejerciendo protección renal y cardiovascular (Bautista & Franco, 2024).
- **Bloqueadores de los canales de calcio:** Este grupo farmacológico impide el ingreso de calcio al interior de las células del músculo liso vascular y miocárdico, generando vasodilatación arterial y disminución de la presión. Se destacan las dihidropiridinas como la nifedipina y el amlodipino que actúan de forma directa sobre los vasos sanguíneos, y las no dihidropiridinas como el verapamilo y el diltiazem que tienen un efecto vascular y cardíaco, entre sus efectos secundarios

se encuentra el edema periférico y el rubor facial (Kantor, et al., 2025).

- Beta bloqueadores: Son fármacos que disminuyen la presión arterial al generar una reducción de la frecuencia cardíaca, liberación de la renina y contractibilidad del corazón. El atenolol, carvedilol y propanolol son los más utilizados, aunque no suelen ser los medicamentos de primera línea para HTA complicada porque pueden generar efectos secundarios como fatiga, alteraciones metabólicas y bradicardia (Abad, et al., 2023).

2.2.2. Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica se refiere al grado en que el paciente realiza la toma diaria de medicamentos de forma consciente según las recomendaciones previamente dadas por un profesional de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la adherencia farmacológica no solo implica el cumplimiento del fármaco, sino también comprende una participación activa, consciente y sostenida del paciente para cuidar su salud, cabe destacar que esta adherencia se encuentra influenciada por factores de tipo económico, individual, social y del sistema de salud (Barrios, 2021).

Por otra parte, la adherencia supera la consistencia en la administración de los fármacos, referente a dosis, horarios y duración, también se refiere a la asistencia a los controles médicos periódicos, el conocimiento de su enfermedad y la capacidad que presenta el paciente para incorporar aquellas recomendaciones terapéuticas en su vida cotidiana. Al existir una falta de adherencia, es posible que genere desconocimiento, olvido, efectos adversos o se convierta en un desafío para el sistema de salud en el manejo de pacientes con patología crónica (Estrada, et al., 2025).

La adherencia terapéutica posee relevancia de gran impacto en la HTA porque al ser conocida como una enfermedad crónica y prolongada, en la mayoría se presenta de forma asintomática, por ello los pacientes minimizan la gravedad de la patología, abandonando e incumpliendo su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Una adherencia inadecuada afecta el control de las cifras de presión arterial, aumentando el riesgo de patologías cardiovasculares como infarto de miocardio, ACV, insuficiencia cardíaca y daño renal, influyendo de forma negativa en la expectativa y calidad de vida del paciente y su familia (Kanbay, et al., 2023).

Una adecuada adherencia terapéutica permite que el tratamiento antihipertensivo sea óptimo, evitando incrementar la dosis o añadir fármacos nuevos de forma innecesaria. Por el contrario, la falta de adherencia genera hipertensión resistente, necesitando intervenciones terapéuticas dinámicas y aumento de costos para el sistema de salud

porque el riesgo de hospitalización y complicaciones prevenibles se agrava. Por esta razón, la adherencia debe promoverse en pacientes con HTA, tanto para el paciente como para su familia, teniendo en cuenta los beneficios que ofrece para el autocuidado de la salud (Moncayo, et al., 2024).

2.2.2.1. Factores que influyen en adherencia terapéutica

Factores individuales del paciente

Creencias sobre la enfermedad: Las creencias del paciente pueden influir de manera significativa en el cumplimiento del manejo o tratamiento, algunos pacientes consideran que la HTA solo requiere tratamiento cuando presenta síntomas o cree que los medicamentos generan dependencia a largo plazo, por lo tanto, evitan el consumo generando un abandono temprano de la medicación (Antón, et al., 2022).

Percepción de gravedad de la enfermedad: Es un factor determinante en la adherencia, sobre todo en aquellos pacientes con enfermedad crónica, puesto que los pacientes asintomáticos muchas veces no consideran que es necesario medicarse. Por esta razón, la efectividad farmacológica resulta disminuida y es poco probable que adopten medidas farmacológicas y no farmacológicas, aunque presenten sintomatología (Estrada, et al., 2025).

Olvidos: Los olvidos de forma involuntaria son una causa frecuente de poca adherencia farmacológica, sobre todo en pacientes con rutinas complejas o adultos mayores. La toma irregular de la medicación puede deberse a horarios poco flexibles, falta de métodos para recordar o confusión de esquemas terapéuticos, esto ocurre comúnmente en pacientes que además de HTA sufren alguna otra patología que requiere medicación (Lasmariás, et al., 2023).

Estado emocional: El estado emocional influye de manera directa en la adherencia terapéutica porque si el paciente se encuentra expuesto al estrés, ansiedad o depresión, es posible que curse con olvidos, desmotivación o falta de organización por su cuidado. Las alteraciones emocionales graves suelen presentarse en los adultos mayores, puede que no tengan indicaciones médicas claras para mantener su estilo de vida saludable (Del Valle, et al., 2023).

Factores relacionados al tratamiento

Efectos adversos: Los fármacos antihipertensivos producen efectos adversos secundarios que podrían ser una causa importante de abandono del tratamiento, sobre todo cuando no han sido previamente explicados al paciente, es posible que presenten tos

seca, fatiga, mareo o edema periférico, estos signos pueden generar desconfianza en el tratamiento o incomodidad por parte del paciente (Oliveros, et al., 2024).

Complejidad del esquema terapéutico: Se entiende como el número de dosis que deben ser administradas al día en un horario específico y tiempo de tratamiento. Los regímenes terapéuticos difíciles o poco claros generan confusión en el paciente, sobre todo en adultos mayores o con limitaciones cognitivas. Las polifarmacias conocidas como la ingesta de más de tres fármacos al día generan cansancio en los pacientes o puede que omitan tomas (Caicedo & Jiménez, 2024).

Duración del tratamiento: La duración indefinida o prolongada del fármaco antihipertensivo es otro factor para el abandono terapéutico porque al ser una enfermedad crónica, muchos de los pacientes se muestran desmotivados o cansados con el paso del tiempo, sobre todo cuando no observan beneficios de forma inmediata, el manejo de un paciente hipertenso es complejo y requiere un tiempo prolongado de evaluación farmacológica para valorar si el antihipertensivo prescrito cumple con los objetivos de tratamiento (Lasmariás, et al., 2023).

Factores relacionados con el sistema de salud

Relación profesional de salud-paciente: La relación entre el profesional y el paciente es un elemento a considerar para favorecer la adherencia, cuando existe comunicación deficiente, con escasa empatía o nula participación del médico, es probable que el paciente decida no tomar una medicina por desconfianza o poca motivación, mientras que una relación basada en la confianza, la participación activa y la educación conlleva a que el paciente se muestre más preocupado en su autocuidado (Acosta, et al., 2023).

Continuidad de la atención y educación sanitaria insuficiente: La falta de continuidad de la atención acompañada de educación sanitaria poco eficiente son barreras importantes porque la ausencia de controles periódicos o seguimientos provoca que el paciente incumpla con la medicación prescrita. A su vez, también se debe considerar si la información ha sido brindada de forma clara para evitar complicaciones y disminuir el riesgo de abandono terapéutico (Méndez, et al., 2023).

2.2.2.2. Consecuencias o complicaciones de baja adherencia terapéutica en HTA

Una adherencia terapéutica ineficiente se asocia con el riesgo de control inadecuado de las cifras de presión arterial, lo que favorece que los valores se mantengan inestables por largo tiempo. El riesgo de progresión de enfermedad con lesión de órgano blanco es alto, esta falta de control suele pasar desapercibida, sobre todo cuando el

paciente no muestra sintomatología, retrasando el problema y agravando sus consecuencias a corto y largo plazo. La baja adherencia produce un impacto negativo para el sistema de salud, aumentando el número de consultas médicas, hospitalizaciones y costos asociados al manejo de las complicaciones (Herrera, et al., 2023).

Otra consecuencia es el incremento de complicaciones como IAM, enfermedad renal, insuficiencia cardíaca, entre otras, el hecho de exponerse de manera prolongada a cifras elevadas, produce daño directo en la presión arterial, afectando al corazón, cerebro, retina, vasos sanguíneos y los riñones, esta situación altera la calidad de vida del paciente, incrementando la morbilidad y conllevando a un cuadro de HTA crónica. La falta de adherencia también produce la aparición de otras comorbilidades, pueda que el profesional sanitario interprete de forma errónea que el tratamiento sea ineficiente, lo que conduce al aumento de la dosis o adición de otro medicamento (Castillo, et al., 2023).

Enfermedad cardiovascular: La HTA es una causa principal para el debut de la enfermedad cardiovascular que surge por el incremento de la presión arterial generando una sobrecarga cardíaca, y el corazón trabaja de forma forzada para bombear la sangre hacia todo el cuerpo, y con el pasar del tiempo provoca que el ventrículo izquierdo sufra hipertrofia, alterando su función diastólica y da lugar a la aparición de insuficiencia cardíaca. Existen otros procesos que combinados a la HTA exacerban la progresión de la patología, como la aterosclerosis que ocurre por daño endotelial muscular debido a la formación de placas de ateroma en las arterias coronarias (Del Valle, et al., 2023).

Accidente cerebrovascular (ACV): Es una complicación bastante grave de HTA no controlada debido a que la presión arterial genera daño a las arterias cerebrales, tornándolas rígidas y susceptibles a la obstrucción o ruptura, esto produce ACV de origen isquémico. Sin embargo, puede también producir un ACV hemorrágico que aparece debido a ruptura de una arteria previamente expuesta a presiones elevadas. En ambos eventos cardiovasculares se producen secuelas neurológicas que son permanentes e incluyen parálisis, deterioro cognitivo, trastornos de lenguaje, discapacidad funcional y compromiso de calidad de vida (Castro, et al., 2024).

Insuficiencia renal crónica: La HTA ocasiona daño renal progresivo como la insuficiencia renal debido a que la presión arterial elevada de forma continua afecta de forma directa a las células renales o glomérulos que son estructuras microscópicas encargadas del filtrado sanguíneo. Se produce secundaria a esto una esclerosis glomerular con disminución de la capacidad renal que tiende a presentarse de forma inicial con microalbuminuria, pudiendo evolucionar a proteinuria con filtrado glomerular

disminuido (Díaz, et al., 2025).

Retinopatía hipertensiva: Es una complicación de daño ocular secundaria a la lesión de vasos pequeños a nivel de la retina generado por presiones arteriales elevadas. La HTA genera un estrechamiento de estas arteriolas, alterando su efecto permeable y formando hemorragias retinianas microvasculares, en situaciones graves puede que genere edema papilar. Todas estas modificaciones alteran la agudeza visual, incluso pueden producir pérdida irreversible de la vista, afectando el estado funcional y autonómico del paciente (Chuchuca, et al., 2025).

Enfermedad arterial periférica: Esta patología también denominada aterosclerosis afecta a las arterias de extremidades inferiores debido a cuadros de hipertensión previa, provocando un estrechamiento progresivo de los vasos sanguíneos, afectando el flujo sanguíneo hacia esos tejidos y se manifiesta con molestias al caminar, frialdad en las extremidades, claudicación intermitente y modificaciones de la coloración de la piel del miembro inferior. En estadios avanzados, es posible que aparezcan ulceraciones, infecciones frecuentes y gangrena, aumentando el riesgo de amputaciones (Zavala, et al., 2024).

Insuficiencia cardíaca: La HTA no controlada y sostenida es una de las causas de aparición de insuficiencia cardíaca debido a que el incremento de la presión conduce a que el corazón tenga que adaptarse, engrosando su musculatura cardíaca, a largo plazo genera compromiso en su funcionamiento. Se manifiesta con episodios disneicos, fatiga, limitación para la actividad física, edema periférico, entre otros (Kantor, et al., 2025).

Aneurisma y disección de aorta: La elevación de la presión interna aumenta y debilita la fragilidad de las arterias, sobre todo de la aorta, permitiendo la formación de aneurismas con riesgo alto de disección aórtica. El aneurisma dilata el interior de la arterial de forma anormal, conllevando a la ruptura acompañada de hemorragia masiva. En cambio, la disección aórtica ocurre cuando la capa interna de la arteria se desgarra, haciendo que la sangre tenga filtraciones por la pared vascular (Menéndez, et al., 2020).

Deterioro cognitivo y demencia vascular: La HTA aumenta el riesgo de daño cognitivo con demencia en que se produce afectación de los vasos internos cerebrales, disminuyendo el flujo sanguíneo, provocando micro infartos cerebrales y afectando la sustancia blanca cerebral. La demencia aumenta el riesgo en pacientes adultos mayores, provocando una carga social y emocional importante para el paciente, la familia y los cuidadores (Chuchuca, et al., 2025).

2.2.2.3. Ventajas de adecuada adherencia terapéutica en HTA

La adherencia farmacológica en hipertensos permite un manejo sostenido y efectivo de los niveles de la presión arterial que favorece significativamente la prevención de complicaciones cardiovasculares severas, tales como el accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca e IAM. Cumplir con el tratamiento de forma adecuada favorece la estabilidad hemodinámica, evita lesiones progresivas de órganos como riñón, corazón, cerebro y retina, y disminuye el riesgo de enfermedad crónica y daño cognitivo, permitiendo mantener de forma adecuada las cifras tensionales sin la necesidad de intervenciones de emergencia (Caicedo & Jiménez, 2024).

La adherencia farmacológica permite un buen control de la enfermedad, fomentando una relación responsable con el autocuidado. El uso correcto de la medicación permite que el paciente mantenga y preserve su funcionalidad, permitiéndole alcanzar una calidad adecuada de vida y participar de forma plena en las actividades que realice de forma cotidiana sin que existan limitaciones derivadas a descompensaciones por hipo o hipertensión. Una adherencia correcta facilita una evaluación objetiva de la respuesta al tratamiento por parte del equipo de salud, permitiendo ajuste de tratamiento, reforzando el vínculo terapéutico y la atención centrada a la persona (Abad, et al., 2023).

2.2.2.4. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en HTA

La principal estrategia consiste en la educación sanitaria que debe estar orientada a fortalecer los conocimientos del paciente y la familia sobre su enfermedad, los beneficios del tratamiento y las posibles complicaciones asociadas al incumplimiento. Esta información debe brindarse de forma continua, comprensible, adaptada al nivel educativo y contexto sociocultural del paciente, y que promueva su autocuidado. La educación sanitaria permite la corrección de posibles creencias erróneas, mejora la percepción de gravedad de la enfermedad y aumenta la motivación (Sosa, et al., 2023).

Otra estrategia es la simplificación de los esquemas terapéuticos por disminución del número de dosis diarias o el uso de múltiples fármacos porque los tratamientos más sencillos permiten mayor acogida del paciente, disminuyen el olvido y la confusión, generan menores efectos secundarios, tolerancia y continuidad del tratamiento. La comunicación debe ser empática, con confianza, escucha activa e identificando posibles barreras que limiten su persistencia, y la familia participa como un mecanismo de recordatorio, acompañando al paciente durante su proceso y mejorando sus niveles de presión arterial (Pari & Mamani, 2025).

2.3. Fundamentación de Enfermería

2.3.1. Teoría del déficit de autocuidado por Dorothea Orem

Dorothea Orem nació en 1914 y falleció en el 2007, ella fue una reconocida enfermera, teórica y educadora estadounidense. En 1950 desarrolló la teoría del déficit de autocuidado que se consolida como un modelo de gran influencia para la enfermería moderna. Su teoría se centra principalmente en la capacidad que posee el individuo para abastecerse a el mismo de los cuidados y cómo la enfermería la apoya cuando existen situaciones de insuficiencia (Naranjo, 2020).

Desde la fundamentación de esta teoría, la adherencia farmacológica no se concibe como un acto de obediencia, sino más bien como una expresión que presenta el paciente para su autoactividad de forma fortalecida, en donde la persona comprende el significado dentro de su bienestar y proyecto de vida. Orem postula que la enfermería interviene en disminuir las brechas existentes entre la demanda terapéutica y la capacidad que presenta el individuo para cumplirlas, lo cual implica la identificación de barreras invisibles como experiencias previas, creencias personales, fatiga al tratamiento, conflictos emocionales, entre otros (Pari & Mamani, 2025).

La teoría del déficit de autocuidado de Orem está relacionada con la adherencia farmacológica porque muestra a las personas como un ser con capacidad y responsabilidad para realizar acciones que le permitan mantener un adecuado estado de salud, pero pueden existir situaciones que le generen déficit de autocuidado, haciendo que no logren completar las funciones de forma correcta. En esta teoría, la enfermería permite la identificación de estos déficits para proveer educación al paciente y brindarle el apoyo necesario para satisfacer las habilidades que le permitan cumplir con su tratamiento, controlar la presión arterial y prevenir complicaciones evitables (Maruca, 2024).

Además, esta teoría aporta con un marco sólido para la comprensión de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, considerándose la enfermedad crónica como una dependencia del individuo para realizar acciones orientadas a su propio cuidado. La correcta administración de los medicamentos, el respeto de las dosis y los horarios favorece las actividades esenciales, cuando el paciente no logra cumplir con esas indicaciones, existe déficit de autocuidado que puede deberse a desconocimiento, falta de motivación y limitaciones propias (Bautista, et al., 2024).

2.3.2. Modelo de promoción de salud de Nola Pender

Nola Pender nació en 1941, es una enfermera, investigadora y académica estadounidense reconocida por desarrollar la teoría del modelo de promoción de salud en

el año 1982. Su teoría busca integrar el conocimiento de la enfermería, ciencias afines y psicología para inmiscuirse ampliamente en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de estilos de vida saludables. Dentro de sus obras, se destaca la *Health Promotion in Nursing Practice* que aborda la enfermería como ciencia integrada (Navarro, et al., 2023).

La teoría de promoción de salud de Pender se basa en la conducta del individuo destinada a mantener su bienestar, considerando factores cognitivos, personales y afectivos que resultan influenciados en la toma de decisiones propias para su salud. Este modelo es pertinente en la adherencia farmacológica porque en los pacientes hipertensos existen experiencias, creencias, barreras o beneficios que resultan influenciados en la decisión de seguir o no con un tratamiento. Enfermería actúa promoviendo conductas saludables, favoreciendo la percepción en el tratamiento antihipertensivo y disminuyendo las barreras que dificulten la adherencia (Salgado, et al., 2025).

Desde el punto de vista de la teoría, la adherencia del tratamiento en pacientes hipertensos comprende un proceso dinámico en donde las conductas de salud están influenciadas por las decisiones individuales, interpersonales y situacionales. Pender sostiene que mantener un tratamiento antihipertensivo no depende solo del conocimiento de un diagnóstico, sino que también incluye la valoración del paciente ante los beneficios del tratamiento recibido y las barreras (Salgado, et al., 2025).

Esta teoría plantea que la decisión para continuar con un tratamiento está determinada por aquellas expectativas previas que ha tenido el individuo, como las creencias, los beneficios por el tratamiento, la eficiencia, entre otros. En el caso particular de la HTA, cuando el paciente percibe los beneficios del tratamiento hipertensivo, se produce un impacto positivo en su vida y es probable que se mantenga adherido a la terapéutica, es allí donde el rol de enfermería se centra en el reforzamiento de la motivación, disminuir barreras y conductas saludables, acompañando y fortaleciendo al paciente para el compromiso de su propio cuidado.

2.4. Fundamentación Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actoras y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

2.4.2. Ley orgánica de salud (2006)

Capítulo I. Del derecho a la salud y su protección

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde

Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

2.4.3. Objetivos de desarrollo sostenible (2015)

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, enfocándose en la reducción de mortalidad materna e infantil, el acceso universal a servicios de salud de calidad, la lucha contra enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud mental, y la seguridad sanitaria frente a riesgos ambientales y sustancias peligrosas, integrando la atención primaria y la prevención en todos los niveles.

2.5. Formulación de Hipótesis

H.A: La adherencia terapéutica se relaciona significativamente con los niveles de hipertensión arterial en usuarios del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, período 2025-2026.

H.N: La adherencia terapéutica no se relaciona significativamente con los niveles de hipertensión arterial en usuarios del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, período 2025-2026.

2.6. Identificación y Clasificación de Variables

Variable Independiente: Adherencia terapéutica.

Variable Dependiente: Hipertensión arterial.

Variables Intervinientes:

- Características sociodemográficas (Edad, sexo, nivel socioeconómico, ocupación y estilos de vida).
- Factores que influyen en adherencia terapéutica (Factores socioeconómicos, del tratamiento, de sistemas de salud y del paciente).

2.7. Operacionalización de Variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional		
			Dimensión	Indicador	Escala de medición/ Técnicas
HI: La adherencia terapéutica se relaciona significativamente con los niveles de hipertensión arterial en usuarios del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, período 2025-2026.	VI: Adherencia terapéutica.	Grado en que el comportamiento de una persona se alinea a recomendaciones emitidas por el profesional de salud (Garces, et al., 2020).	Olvido de medicamentos.	• Olvido de toma de medicación para hipertensión arterial.	Encuesta. Test MMAS-8 (Moriski Medication Adherence Scale).
			Desatención de tratamiento.	• Olvido de llevar medicina en viaje o salida de casa. • Abandono de tratamiento por mejora de síntomas. • Inseguridad por el tratamiento.	
			Reducción de dosis.	• Disminución o abandono de toma de medicación para hipertensión arterial.	

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional		
			Dimensión	Indicador	Escala de medición/ Técnicas
H0: La adherencia terapéutica no se relaciona significativamente con los niveles de hipertensión arterial en usuarios del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, período 2025-2026.	VD: Hipertensión arterial.	Enfermedad crónica caracterizada por aumento de cifras de presión arterial (PA sistólica $\geq$ a 140 mmHg y/o PA diastólica $\geq$ a 90 mmHg) (Pincay, 2020).	Niveles de hipertensión arterial.	• Normal. • Elevada. • Hipertensión nivel 1. • Hipertensión nivel 2. • Crisis hipertensiva.	Observación. Registro de presión arterial.

Elaborado por: Ramírez Mero Claudia Denisse.

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de Investigación

En el presente estudio se aplicó un enfoque cuantitativo con el propósito de determinar la relación entre la adherencia terapéutica y los niveles de HTA en pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, período 2025-2026. Se considera este enfoque debido a que la información recolectada fue de tipo numérica o medible, entonces su representación se realizó en tablas y gráficos.

3.2. Métodos de Investigación

En la investigación se empleó el método analítico-sintético, primero se llevó a cabo el análisis de datos sobre las variables (adherencia terapéutica e hipertensión arterial), después se realizó una síntesis de la información mediante la tabulación. Al final, los resultados fueron mostrados en gráficos y se emitieron las conclusiones.

Acerca del diseño, el estudio fue observacional debido a que no se realizó modificaciones en las variables, abordando al fenómeno como se presenta en la naturaleza. También, de tipo descriptivo porque se detallaron los elementos relevantes sobre las variables; y transversal porque se ejecutó en un periodo específico (diciembre 2025- enero 2026), entonces la información fue recopilada en una sola ocasión.

3.3. Población y Muestra

La población estuvo constituida por 60 pacientes adultos diagnosticados con hipertensión arterial ingresados en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, durante el periodo de estudio. La muestra se conformó de la población total, es decir los 60 pacientes.

3.4. Tipo de Muestreo

Para la selección de la muestra, se empleó el muestreo censal que comprende un tipo de muestreo no probabilístico en que se incluye toda la población, entonces se decidió evaluar a los 60 pacientes hipertensos hospitalizados, revisando los siguientes parámetros:

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial ingresados en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
- Pacientes hipertensos con capacidad cognitiva y comunicativa para responder los instrumentos de recolección de datos.

- Pacientes hipertensos que aceptaron su participación voluntaria con la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes hipertensos en estado crítico, con alteración de conciencia o soporte vital avanzado.
- Pacientes con hipertensión arterial secundaria a patologías específicas (renales, endócrinas u otras causas identificadas).
- Pacientes hipertensos que rechacen su participación en el estudio.

3.5. Técnicas para la Recolección de Datos

Se planteó como técnica para recolección de datos a la encuesta que consistió en obtener información directa de una población o muestra mediante un conjunto estructurado de preguntas previamente diseñadas.

3.6. Instrumentos de Recolección de Datos

Se aplicaron 2 instrumentos para el levantamiento de datos, estos fueron descritos a continuación:

1. Cuestionario de perfil sociodemográfico y factores de riesgo: Este instrumento recopiló información relacionada con las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos, junto a la identificación de factores de riesgo. Se incluyó las siguientes variables: edad, sexo, nivel socioeconómico, ocupación, y estilos de vida (consumo de tabaco, alcoholismo, actividad física y dieta). También, en los factores que intervienen en la adherencia, se consideraron los aspectos socioeconómicos, del paciente, relacionados al manejo o tratamiento, y de sistemas de salud.

2. Test de Morisky (MMAS-8): Corresponde a un instrumento comúnmente empleado para evaluar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con patologías crónicas, como HTA. Este cuestionario posee ocho ítems que abordan los comportamientos relacionados con la administración del tratamiento farmacológico, como la interrupción, el olvido de dosis y la constancia en la toma. Los primeros siete ítems se responden de manera dicotómica (sí/no), mientras que el último aplica una escala tipo Likert para valorar la frecuencia del incumplimiento.

Para la interpretación de la escala, se tiene que colocar las siguientes puntuaciones: en la pregunta 1,2,3,4,6 y 7 se debe asignar 1 punto en la respuesta “no” y 0 punto cuando sea “sí”, la pregunta 5 suma 1 punto “sí” y 0 punto “no”, y en la pregunta 8 se otorga 0 punto cuando la respuesta sea “siempre”, 0.25 en “normalmente”, 0.50 “a

veces”, 0.75 “de vez en cuando” y 1 punto “nunca/raramente”. La puntuación total clasifica la adherencia según niveles: alta (8 puntos), moderada (6-7 puntos) y baja (<6 puntos).

3.7. Aspectos Éticos

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos establecidos para estudios en seres humanos. El estudio fue autorizado por la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena y contó con el permiso institucional del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

Además, se aplicaron los principios éticos emitidos en la Declaración de Helsinki que se refiere al respeto por las personas, la no maleficencia, la justicia y la beneficencia. Los integrantes de la muestra fueron informados sobre la finalidad del estudio y su participación fue voluntaria mediante la firma del consentimiento. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada, asegurando que los datos solo se utilicen con fines académicos.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de Resultados

4.1. Análisis e Interpretación de Resultados

En este apartado se muestran los hallazgos obtenidos de acuerdo a los objetivos de la investigación, luego de la recolección de datos mediante el instrumento aplicado en los 60 pacientes hospitalizados con diagnóstico de HTA. Los resultados fueron representados después de la tabulación mediante el procesamiento estadístico en el programa SPSS versión 25.

Análisis: En la Tabla #2 se identificó las características sociodemográficas de los 60 usuarios hipertensos hospitalizados. Con respecto al grupo etario, se encontró predominio en el rango de 60-70 años con 55,0%, lo que destacó mayor prevalencia de HTA en adultos mayores; acerca del sexo, el 73,3% pertenecía al sexo masculino, mientras que las mujeres solo 26,7%. En cuanto a la condición socioeconómica, destacó el bajo nivel socioeconómico con 63,3%, seguido del nivel medio con 36,7%.

Respecto a la ocupación, el 58,3% de los pacientes se encontró desempleado, lo que podría comprometer su situación económica y el acceso al seguimiento regular de su condición de salud. En correspondencia al estilo de vida, se destacó la ingesta de alcohol en el 53,3% y consumo de tabaco en 41,7%, estos factores aumentan el riesgo de agravamiento de HTA. Además, el 70,0% de los pacientes eran sedentarios y el 73,3% tenían una alimentación inadecuada.

Tabla 2

Características sociodemográficas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18-29 años	3	5,0 %
	30-49 años	6	10,0 %
	45-59 años	9	15,0 %
	60-70 años	33	55,0 %
	> 70 años	9	15,0 %
Sexo	Masculino	44	73,3 %
	Femenino	16	26,7 %
Nivel socioeconómico	Bajo	38	63,3 %
	Medio	22	36,7 %
	Alto	0	0,0 %

Ocupación	Empleado	9	15,0 %
	Desempleado	35	58,3 %
	Dependiente	3	5,0 %
	Independiente	13	21,7 %
	Otro	0	0,0 %
Consumo de alcohol		32	53,3 %
	No	28	46,7 %
Consumo de tabaco		25	41,7 %
	No	35	58,3 %
Actividad física		18	30,0 %
	No	42	70,0 %
Alimentación saludable		16	26,7 %
	No	44	73,3 %

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

Análisis: Mediante la aplicación del Test de Morisky (MMAS-8) se realizó la categorización según el nivel de adherencia terapéutica en los pacientes del estudio. Los resultados evidenciaron que el 40,0% presentó baja adherencia al tratamiento antihipertensivo, seguido del 38,3% con adherencia media y el 21,7% con alta adherencia terapéutica. Estos hallazgos mostraron que la mayoría de pacientes no mantenían una adecuada adherencia al tratamiento, lo que podría favorecer al descontrol de la presión arterial y el aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Tabla 3

Nivel de adherencia terapéutica en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial

Adherencia terapéutica	Frecuencia	Porcentaje
Alta (8 puntos)	13	21,7 %
Media (6-7 puntos)	23	38,3 %
Baja (<6 puntos)	24	40,0 %
Total	60	100,0 %

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

Análisis: Para analizar la asociación entre la adherencia terapéutica y los niveles de presión arterial se aplicó una tabla de contingencia. Los resultados mostraron que los pacientes con baja adherencia terapéutica presentaron hipertensión nivel 2 en un 30% y crisis hipertensiva en el 10% de los casos, lo que evidenció una relación entre el incumplimiento del tratamiento y el descontrol de la presión arterial.

En contraste, los pacientes con alta adherencia terapéutica presentaron niveles normales o presión arterial elevada sin complicaciones graves, lo que sugiere un mejor control clínico de la enfermedad.

Tabla 4

Asociación entre adherencia terapéutica y los niveles de presión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial

		Adherencia terapéutica			Total
		Alta	Media	Baja	
		(8 puntos)	(6-7 puntos)	(< 6 puntos)	
Niveles de presión arterial	Normal	3	0	0	3
		5,0%	0,0%	0,0%	5,0%
	Elevada	6	0	0	6
		10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Hipertensión nivel 1	3	9	0	12
		5,0%	15,0%	0,0%	20,0%
	Hipertensión nivel 2	1	14	18	33
		1,7%	23,3%	30,0%	55,0%
	Crisis hipertensiva	0	0	6	6
		0,0%	0,0%	10,0%	10,0%
Total		13	23	24	60
		21,7%	38,3%	40,0%	100,0%

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

4.2. Comprobación de Hipótesis

Análisis: En la tabla #5 se optó por estadística inferencial para la comprobación de la hipótesis planteada, de acuerdo con los resultados de la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson con un valor de 57,788 y significación asintótica bilateral de $p=0,000$, esta cifra como es menor a 0,05 conllevó a la aceptación de hipótesis alternativa, es decir existía asociación estadísticamente significativa entre el grado de adherencia terapéutica y el control del nivel tensional en los pacientes del Hospital Básico Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

Tabla 5

Verificación de hipótesis mediante prueba Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,788 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	61,535	8	,000
Asociación lineal por lineal	36,237	1	,000

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

5. Conclusiones

Se logró determinar la relación entre la adherencia terapéutica y los niveles de hipertensión arterial en los 60 usuarios del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, durante el periodo 2025-2026. En primer lugar, se realizó la caracterización sociodemográfica, destacándose que la mayoría de hipertensos hospitalizados tenían entre 60 a 70 años, con predominio del sexo masculino, nivel socioeconómico bajo, desempleados y con estilos de vida poco saludables como alimentación inadecuada, sedentarismo e ingesta de alcohol o tabaco, estos factores actúan como condicionantes para el control de las cifras tensionales. De forma general, el perfil sociodemográfico de los pacientes hipertensos hospitalizados constituye un grupo vulnerable con diversos determinantes conductuales y sociales que influyen en la evolución de la patología y la adherencia al tratamiento.

Acerca del nivel de adherencia terapéutica, se evidenció que la mayoría de los pacientes presentaron una baja o mediana adherencia al tratamiento farmacológico, solo un porcentaje muy pequeño presentó alta adherencia, lo que expone deficiencias en el seguimiento continuo del régimen terapéutico y la comprensión de la importancia del manejo de la enfermedad. La adherencia baja representa un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, entonces resulta preciso el fortalecimiento de estrategias de acompañamiento y educativas dirigidas a esta población prioritaria.

Se analizó la asociación entre las variables adherencia terapéutica y los niveles de presión arterial mediante la estadística inferencial (Prueba de Chi-Cuadrado), obteniéndose una significancia bilateral asintótica menor a 0,05, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables, entonces a menor adherencia existe mayor severidad del cuadro hipertensivo. En definitiva, se constató que los pacientes con baja adherencia cursaron con crisis hipertensiva e hipertensión nivel 2, mientras que aquellos con alta adherencia tuvieron mejores valores tensionales.

6. Recomendaciones

Implementar un programa enfocado en el fortalecimiento de adherencia terapéutica dirigido a los pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión, que incluya monitoreo constante de presión arterial, seguimiento clínico y educación personalizada con la finalidad que el usuario comprenda el tratamiento farmacológico y no farmacológico empleado durante la hospitalización y después del alta.

Diseñar estrategias educativas adaptadas al nivel cultural de la población, tomando en cuenta que la mayoría eran adultos mayores, estas estrategias deben enfatizar en la promoción de actividad física, la disminución del consumo de tabaco y alcohol, y la importancia de la alimentación saludable, además se sugiere fomentar el apoyo familiar en el manejo terapéutico, especialmente en aquellos paciente de edad avanzada.

Aplicar el Test de Morisky (MMAS-8) de forma periódica como herramienta de tamizaje para el diagnóstico del nivel de adherencia en los pacientes hipertensos con el propósito de implementar medidas o acciones oportunas, y promover recordatorios o simplificar esquemas farmacológicos para mejorar los resultados clínicos.

7. Referencias Bibliográficas

- Abad, M., Angamarca, G., & Pardo, D. (2023). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en la Parroquia Palanda. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 7999-8016. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7547
- Acosta, Y., Velázquez, Z., & Dos Santos, M. (2023). Adherencia al tratamiento para control de la hipertensión arterial en el Hospital General Cabinda. *Acta Médica*, 24(4). <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/405>
- Álvarez, R., Torres, L., & Garcés, J. (2022). Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 17(2), 129-137. doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.6662070>
- Andrade, B., Troche, I., & Torres, L. (2024). Factores asociados a la adherencia terapéutica de personas con hipertensión arterial en atención primaria. *Entramado*, 20(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9750158>
- Antón, M., Azpilicueta, M., & López, E. (2022). Cribado, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en niños y adolescentes. *FMC*, 29(10), 536-544. <https://www.fmc.es/es-cribado-diagnostico-y-tratamiento-de-la-articulo-S1134207222001669>
- Arévalo, M., López, M., & López, D. (2021). Adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica HJCA*, 8(1), 8-13. doi:<http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.01>
- Arias, L., Ruiz, M., Rea, J., & Díaz, M. (2025). Implicaciones en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial a propósito de la nueva clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología. *Polo del Conocimiento*, 10(1), 3-13. doi:10.23857/pc.v10i1.8652
- Barrios, V. (2021). Terapia combinada para el tratamiento de la hipertensión arterial. *Sociedad Española de Cardiología*, 16(5). <https://secardiologia.es/clinica/publicaciones/actualidad-cardiologia-clinica/octubre-2017/9086-terapia-combinada-para-el-tratamiento-de-la-hipertension-arterial>
- Bautista, R., & Franco, M. (2024). Controversias en la fisiopatología de la hipertensión arterial. Una revisión narrativa. *Revista De La Sociedad Ecuatoriana De*

- Nefrología, Diálisis Y Trasplante*, 12(2), 110-120.
doi:<https://doi.org/10.56867/77>
- Bautista, R., Pérez, Ó., & Franco, M. (2024). Nuevos conceptos en la fisiopatología de la hipertensión arterial. Receptores purinérgicos. *Archivos de cardiología de México*, 94(4). doi:<https://doi.org/10.24875/acm.23000245>
- Caicedo, I., & Jiménez, L. (2024). Seguridad del paciente y adherencia al tratamiento farmacológico: Un estudio diagnóstico en el Hospital León Becerra de Guayaquil. *Revista Repique*, 6(2). doi:<https://doi.org/10.31876/repique.v6i2.278>
- Camafort, M., Alcocer, L., Coca, A., Lopez, J., & López, P. (2021). Registro Latinoamericano de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA-LATAM): Una necesidad urgente. *Revista Clínica Española*, 221(9), 547-552. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.02.002>
- Campos, I., Oviedo, C., Vargas, J., & Ramírez, D. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: Resultados de la Ensanut. *Salud Pública de México*, 65, 169-180. doi:<https://doi.org/10.21149/14779>
- Caporali, M., & Fuentes, E. (2024). Valoración para la mejora de la adherencia terapéutica y autocuidado. *Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica*, 4(3), 783-795. doi:<https://doi.org/10.61384/r.c.a.v4i3.450>
- Castillo, J., López, I., & Moreno, M. (2023). Adherencia a terapéutica y control de la tensión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 7012-7021. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9223
- Castro, G., Naranjo, G., & Aillon, A. (2024). Factores de riesgo de la hipertensión arterial. Centro de Salud San Simón Distrito 02D01, Zona 5, Bolívar, 2023. *Conciencia Digital*, 7(1), 151-165. doi:<https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v7i1.1.2947>
- Chuchuca, K., Morocho, J., & Falconí, S. (2025). Factores influyentes en la adherencia al régimen terapéutico de pacientes con hipertensión arterial. *Revista Científica de Enfermería*, 5(4). doi:<https://doi.org/10.33326/27905543.2025.4.2428>
- Del Valle, E., Martín, L., & Turcios, S. (2023). Adherencia terapéutica y factores psicosociales y clínicos de personas con hipotiroidismo primario. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 22(4). <https://doaj.org/article/b56bb8cd108a41e7b480ffe276ee343e>

- Díaz, K., Morales, J., & Muñoz, G. (2025). Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: un estudio transversal en una institución pública de Michoacán, México. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 11(4). doi:<https://doi.org/10.24875/rmf.24000082>
- Estrada, D., García, B., Ortiz, N., & Cisneros, A. (2025). Hipertensión arterial en el primer nivel de atención: Estrategias actuales y su impacto en la prevención de eventos cardiovasculares mayores. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(6), 821-838. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6.20904
- Fernandez, C., Adams, D., Fernandez, D., & Garcia, J. (2020). Medication adherence and barriers among low-income, uninsured patients with multiple chronic conditions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(6), 744-753. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.09.006>
- Garces, J., Quillupangui, S., Delgado, E., & Sarmiento, S. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(5), 322-329. doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.4484355>
- García, L., & Centurión, O. (2020). Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. *Revista de Salud Pública*, 10(2), 59-67. https://web.archive.org/web/20201121092332id_/http://scielo.iics.una.py/pdf/rsp/v10n2/2307-3349-rspp-10-02-59.pdf
- González, T., Savon, L., & Travieso, S. (2020). Disfunción endotelial en una etapa precoz del diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina*, 59(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232020000200004&script=sci_arttext&tlng=en
- Hernández, A., Cancino, Y., & Pérez, L. (2024). Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes jóvenes de una unidad de medicina familiar. *South Florida Journal of Health*, 5(1), 100-110. doi:<https://doi.org/10.46981/sfjhv5n1-009>
- Hernández, I., Sarmiento, N., Gonzalez, I., & Galarza. (2020). Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. *MetroCiencia*, 26(1), 07-11. <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/35>
- Hernández, L., Crespo, D., & Trujillo, L. (2021). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay*, 11(3).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000300279

- Herrera, E., Berrocal, N., & Tejada, B. (2023). Adherencia al tratamiento y creencias sobre los medicamentos en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 41(2). <https://ciberindex.com/index.php/rae/article/view/412004av>
- Hidalgo, E. (2020). Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*, 2(4), 27-36. Obtenido de <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/7>
- Huerta, N., Iruela, C., Loreto, M., & Tarraga, P. (2024). Impacto de la hipertensión arterial en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. *Journal of Negative and No Positive Results*, 8(2). doi:<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4806>
- Idrobo, T., Ayala, B., & Sanchas, J. (2024). Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en personas de la tercera edad de los cantones de Riobamba y Sigchos-Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 8173-8186. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11250
- Intriago, J. (2025). Análisis de las guías clínicas para clasificación de hipertensión arterial: un estudio crítico sobre criterios clínicos. *Remulci*, 3(1), 38-52. doi:<https://doi.org/10.59282/remulci.3.1.832>
- Kanbay, M., Copur, S., Tanriover, C., & Ucku, D. (2023). Future treatments in hypertension: Can we meet the unmet needs of patients? *European Journal of Internal Medicine*, 115, 18-28. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.06.008>
- Kantor, B., Vay, J., Saadi, M., Cinaud, A., & Lelong, H. (2025). Tratamiento inicial de la hipertensión arterial esencial del adulto. *EMC - Tratado de Medicina*, 29(1), 1-8. doi:[https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(24\)49920-0](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(24)49920-0)
- Lasmariás, M., Rubio, P., Jiménez, M., Bazo, L., & Martorell, M. (2023). Percepción de las fuentes de apoyo que facilitan la adherencia a los tratamientos. *Enfermería Global*, 22(72). doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.567751>
- Loor, G., & González, J. (2024). Efectos del sedentarismo en el desarrollo de hipertensión arterial en trabajadores de la Corporación Nacional de Electricidad; Portoviejo, Manabí. *MQR Investigar*, 8(2), 76-90. doi:<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.2.2024.76-90>
- Martínez, M., Sujo, S., & Estévez, P. (2020). Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94696>

- Maruca, A. (2024). Un camino hacia la salud empoderante: la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem en el empoderamiento del paciente. *Investigación y revisiones: Revista de enfermería y ciencias de la salud.*, 36(2), 7. <https://www.rroij.com/open-access/empowering-health-journey-dorothea-orems-selfcare-deficit-theory-in-patient-empowerment.php?aid=93402>
- Méndez, O., Hernández, I., Juárez, C., & Lumbreras, I. (2023). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad renal crónica. *Horizonte sanitario*, 22(3), 497-505. doi:<https://doi.org/10.19136/hs.a22n3.5588>
- Menéndez, E., Delgado, E., Fernández, F., & Prieto, M. (2020). Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 572-578. <https://www.revespcardiol.org/es-prevalencia-diagnostico-tratamiento-y-co-articulo-S030089321600035X>
- Moncayo, I., Narvaez, J., & Lino, W. (2024). Epidemiología, factores de riesgo y prevención de hipertensión arterial en paciente de Latinoamérica y Europa. *Polo del Conocimiento*, 9(9), 4320-4340. doi:<https://doi.org/10.23857/pc.v9i9.8603>
- Montero, O., Guzmán, G., Acosta, R., & Peñafiel, M. (2023). Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial. *RECIMUNDO*, 7(2), 89-97. doi:[https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(2\).jun.2023.89-97](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(2).jun.2023.89-97)
- Morán, M., Guamán, D., Romero, L., & Maxi, E. (2023). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea REVMIC*, 1(2). doi:10.58995/redlic.ic.v1.n2.a52
- Moreno, J., Acevedo, J., Barrero, L., & Morón, L. (2023). Consenso intersocietario para el diagnóstico y tratamiento de personas con hipertensión arterial (PresiónCo). *Revista Colombiana de Cardiología*, 30(3). doi:<https://doi.org/10.24875/rccar.22000078>
- Naranjo, Y. (2020). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 814-825. <https://www.redalyc.org/journal/2111/211166534013/html/>
- Navarro, D., Guevara, M., & Paz, M. (2023). Análisis y evaluación del Modelo de Promoción de la Salud. *Temperamentvm*, 19. doi:<https://dx.doi.org/10.58807/tmptvm20235777>
- Oliveros, A., López, D., Mendivil, J., & Henao, M. (2024). Adherencia terapéutica y factores asociados en pacientes de un programa de riesgo cardiovascular de

- Medellín (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 40(3). doi:<https://doi.org/10.14482/sun.40.03.741.258>
- Oliveros, O., & Lojan, J. (2025). Participación comunitaria en la prevención de hipertensión arterial crónica en el Ecuador. *Revista Veritas de Difusão Científica*, 6(2), 538-557. doi:<https://doi.org/10.61616/rvdc.v6i2.647>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Hipertensión*. Who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Ecuador implementa el programa HEARTS para luchar contra la hipertensión*. Paho.org: <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2021-ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contrahipertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Hipertensión*. Paho.org: <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>
- Orozco, G. (2022). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en adultos de 40 a 60 años, Centro de Salud tipo A San José de Ancón-Santa Elena, 2022*. Universidad Estatal Península de Santa Elena: <https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/55729628-f4e5-4eb3-9bde-5df80964a789/content>
- Pari, B., & Mamani, R. (2025). Adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un hospital de la ciudad de Juliaca. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 18(1), 10-17. doi:<https://doi.org/10.17162/rccs.v18i1.2106>
- Parra, L., Galeano, L., Chacón, M., & Camacho, P. (2023). Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en América Latina: Una revisión de alcance. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47(3). doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.26>
- Peña, A., Ruiz, W., & Barrios, C. (2023). Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(1), 55-60. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/4632
- Pérez, R., Pérez, M., Aguilera, A., & Pérez, J. (2025). Factores de riesgo de hipertensión arterial en pediatría. *GADE Revista Científica*, 4(7), 291-310. doi:<https://doi.org/10.63549/rg.v4i7.576>
- Pincay, M. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Higia de Salud*, 2(1). doi:<https://doi.org/10.37117/higia.v1i2.531>

- Pineda, R., Zurita, J., & Morales, J. (2024). Epidemiología, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en Ecuador: Un análisis integral desde una revisión de la literatura. *UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*, 8(2), 162-178. doi:<https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v8.n2.2024.162-178>
- Regino, Y., Quintero, M., & Saldarriaga, J. (2022). La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(6). doi:<https://doi.org/10.24875/rccar.m21000108>
- Revueltas, M., Molina, E., Pons, O., & Hinojosa, M. (2022). Caracterización de la prevalencia de la hipertensión arterial en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252021000400010&script=sci_arttext
- Reyes, A. (2023). Hipertensión arterial refractaria al tratamiento. Definiciones y manejo actualizado. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 5784-5802. doi:<https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1017>
- Rodríguez, J., Fonseca, K., & Salazar, F. (2020). Adherencia terapéutica en hipertensos con incremento matutino de la presión arterial. *Revista Cubana de Medicina*, 59(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232020000300005&script=sci_arttext&tlng=en
- Rojas, A., & Guarate, Y. (2025). Teoría de Dorothea Orem en un paciente con enfermedad renal crónica: Relatos de vida. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, 5(1), 495-504. <https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/754/625>
- Salgado, A., López, J., Salazar, J., & Hernandez, M. (2025). Intervención educativa en el estilo de vida promotor de la salud en adolescentes. Una revisión sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(5), 699-711. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.19723
- Sánchez, R., Coca, A., Molina, D., & Alcocer, L. (2024). 2024 Latin American Society of Hypertension guidelines on the management of arterial hypertension and related comorbidities in Latin America. *Journal of hypertension*, 43(1), 1-34. doi:10.1097/HJH.00000000000003899
- Serrano, W., Albarracín, C., Pulgar, R., & Layedra, C. (2022). Fisiopatología de la hipertensión arterial: ¿Qué hay de nuevo? *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 17(3), 226-229. doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.6981446>

- Shahabi, N., Javdan, G., & Hosseini, Z. (2024). A health promotion model-based intervention to enhance treatment adherence in patients with type 2 diabetes. *BMC Public Health*, 24. doi:10.1186/s12889-024-19452-3
- Silva, J., Gómez, M., Maiara, G., & Cáceda, G. (2024). Factores asociados a la adherencia a los antihipertensivos en el adulto mayor. *Revista Cuidarte*, 15(2). doi:10.15649/cuidarte.3474
- Sosa, Á., Baranchuk, A., López, R., & Wyss, F. (2023). El control de la hipertensión arterial, una asignatura pendiente. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(21). doi:https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.147
- Torres, A. (2024). Hipertensión arterial en adolescentes de Moa. Prevalencia y caracterización clínica. *Finlay Revista de enfermedades no transmisibles*(14). Obtenido de <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1294/2409>
- Valdés, C. (2022). *Adherencia al tratamiento en españa. Causas del incumplimiento, de la subestimación y sobreestimación de los pacientes en su autocomunicado*. Universidad Miguel Hernández de Elche: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=319301>
- Villacres, F., Cruz, J., Ayala, V., & Hurtado, J. (2024). Nueva guía para el manejo de la hipertensión arterial, incluyendo la importancia de la medición y tratamiento personalizado. *RECIAMUC*, 8(3), 224-233. doi:https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(3).sep.2024.224-233
- Wyss, F., Valdez, O., Camafort, M., & Coca, A. (2023). Abordaje terapéutico integral de la hipertensión arterial. Recomendaciones para Centroamérica y el Caribe. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 40(1), 40-47. doi:https://doi.org/10.1016/j.hipert.2022.05.004
- Zavala, A., Zambrano, T., & Vivar, L. (2024). Epidemiología y factores de riesgo de la hipertensión arterial en los países de Latinoamérica y Europa. *MQRInvestigar*, 8(1), 1371-1389. doi:https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.1371-1389
- Zea, A. (2022). Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías. *Boletín Terapéutico Andaluz*, 15(4), 4-5. <https://www.cadime.es/bta/bta/786-tratamiento-de-la-hipertensi%C3%B3n-arterial-nuevas-gu%C3%ADas.html>

8. Anexos

Anexo 1

Autorización del Hospital Básico Dr. Liborio Panchana Sotomayor



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio No. 010- CE-UPSE-2026

Colonche, 7 de enero 2026.

Dr.
Fabian Esteban Reina Narváez MSc
**DIRECTOR MÉDICO ASISTENCIAL DEL HOSPITAL
GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR**

En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo en nombre de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, institución comprometida con la formación de profesionales altamente capacitados para contribuir al bienestar de nuestra comunidad.

En virtud de lo resuelto por el Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, nos complace informarle que se ha aprobado el siguiente tema de investigación, requisito indispensable para la obtención del título de Licenciada en Enfermería:

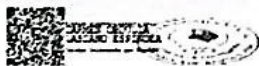
No	TEMA	ESTUDIANTE	TUTOR
1	ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026	Claudia Denisse Ramírez Mero	Lcda. Peralta Galarza Gabriela, Mgtr.

Por lo expuesto, solicitamos muy respetuosamente su **vallosa autorización para permitir el acceso a las áreas pertinentes** dentro de la institución que usted dirige, a fin de que la Srta. Claudia Denisse Ramírez Mero, pueda realizar el levantamiento de información necesaria para el desarrollo de este trabajo investigativo.

Este estudio no solo representa un requisito académico, sino que también busca generar aportes significativos en las áreas que implica el trabajo de investigación, contribuyendo al fortalecimiento de las prácticas de enfermería en beneficio de la comunidad.

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo, seguros de que su gestión será fundamental para el éxito de esta investigación. Quedamos atentos a cualquier requisito adicional que considere necesario para el cumplimiento de esta solicitud.

Atentamente



Lic. Carmen Lascano Espinoza, Ph.D
DIRECTORA DE CARRERA

C.C ARCHIVO
CLE/POS



UPSE ¡crece sin límites!

SANTA ELENA, 4 DE FEBRERO DE 2026

Dr. Miguel Pazmiño Murillo,

**RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
DEL HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR**

de mis consideraciones

Reciba un cordial saludos por parte de quien le suscribe, esperando que siga desempeñando sus funciones encomendadas.

YO, CLAUDIA DENISSE RAMIREZ MERO con C.I 2450365065, en calidad de interna rotativo de enfermero de la Universidad Estatal Península De Santa Elena cohorte MAYO 2025-ABRIL 2026, solicito de manera muy cordial a usted la autorización pertinente y que se disponga a quien corresponda nos permita recolectar datos estadísticos y el ingreso a las áreas de hospitalización de Medicina interna para poder ejecutar el proyecto de investigación con el tema ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026.

Por la atención que brinde a la presente, anticipo mi agradecimiento y sentimiento de alta estima y consideración.

Atentamente



CLAUDIA DENISSE RAMIREZ MERO

CI: 2450365065

claudia.ramirezmero@upse.edu.ec



SANTA ELENA, 4 DE FEBRERO DE 2026

ACTA DE COMPROMISO

yo, **Claudia Denisse Ramirez Mero** con **CI.2450365065**, en calidad de interna rotativo de enfermería de la Universidad Estatal Península De Santa Elena **COHORTE MAYO 2025 -ABRIL 2026**, me comprometo a cumplir con la privacidad del hospital y de sus pacientes para evitar cualquier daño hacia los mismos, así como también me comprometo a hacer uso debido de la información proporcionando y a entregar un ejemplar en físico y digital al departamento de docencia del hospital.

ATENTAMENTE



CLAUDIA DENISSE RAMIREZ MERO

CI: 2450365065

claudia.ramirezmero@upse.edu.ec



SANTA ELENA, 4 DE FEBRERO DE 2026

Mgtr. Daniela Katherine Cedeño Zambrano

GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR

De mis consideraciones

Reciba un cordial saludo por parte de quien le suscribe, esperando que siga desempeñando sus funciones encomendadas.

YO, **CLAUDIA DENISSE RAMIREZ MERO** con C.I 2450365065, en calidad de interna rotativo de enfermero de la Universidad Estatal Península De Santa Elena cohorte **MAYO 2025-ABRIL 2026**, solicito de manera muy cordial a usted la autorización pertinente y que se disponga a quien corresponda nos permita recolectar datos estadísticos y el ingreso a las áreas de hospitalización de Medicina interna para poder ejecutar el proyecto de investigación con el tema **ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026.**

Por la atención que brinde a la presente, anticipo mi agradecimiento y sentimiento de alta estima y consideración.

Atentamente



CLAUDIA DENISSE RAMIREZ MERO

CI: 2450365065

claudia.ramirezmero@upse.edu.ec



Anexo 2

Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

EN USUARIOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026”



En el presente documento se encuentra detallado el consentimiento informado que va dirigido a pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial ingresados en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, que tiene como fin proporcionar a los participantes una información clara sobre el tema que se va a llevar a cabo en la investigación y como su participación juega un papel clave y fundamental para contribuir en el análisis de esta.

El estudio es creado como requisito previo al proceso de titulación en la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad Estatal Península de Santa Elena, elaborado por la estudiante Claudia Denisse Ramírez Mero. Teniendo como objetivo general: Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y los niveles de hipertensión arterial en usuarios del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, 2025-2026.

De tener su autorización para participar en la presente investigación, se requerirá su ayuda en responder a una serie de interrogantes de forma anónima, mediante una encuesta sobre datos sociodemográficos y adherencia terapéutica.

Resulta fundamental mencionar que la información brindada será totalmente confidencial y no será divulgada a terceros, ni se manejará en propósitos diferentes a esta investigación. La decisión para formar parte es totalmente voluntaria, y sus respuestas serán interpretadas de forma anónima mediante tablas y gráficos. Si tiene alguna pregunta o inquietud antes, durante o después del proceso de recolección de información, no dude en preguntar.

De antemano agradecemos su tiempo y disposición para contribuir a esta investigación.

Fecha:

Participante:

CI:

FIRMA _____

Nota: Elaborado por Claudia Denisse Ramírez Mero.

Anexo 3

Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y FACTORES DE RIESGO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Edad:** _____ años

2. **Sexo**

- a. Masculino ()
- b. Femenino ()

3. **Nivel socioeconómico**

- a. Bajo ()
- b. Medio ()
- c. Alto ()

4. **Ocupación**

- a. Empleado ()
- b. Desempleado ()
- c. Dependiente ()
- d. Independiente ()
- e. Otro ()

5. **Consumo de alcohol**

- a. Si ()
- b. No ()

6. **Consumo de tabaco**

- a. Si ()
- b. No ()

7. **Actividad física**

- a. Si ()
- b. No ()

8. **Alimentación saludable**

- a. Si ()
- b. No ()

9. **Resultado de presión arterial:**

Categoría	Resultado
Normal	
Elevada	
Hipertensión nivel 1	
Hipertensión nivel 2	
Crisis hipertensiva	

FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA

Dimensión I: Factores socioeconómicos	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda educación)?			
2. ¿Puede costearse los medicamentos?			
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			
4. ¿Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados?			
5. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?			
6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?			
Dimensión II: Factores del sistema de salud	Nunca	A veces	Siempre
7. ¿Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
8. ¿Se da cuenta que el médico controla su tratamiento por las preguntas que le hace?			
9. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
10. ¿Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias?			
11. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos?			
12. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden?			
13. ¿El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			
14. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
Dimensión III: Factores del tratamiento	Nunca	A veces	Siempre
15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			

20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			
Dimensión IV: Factores del paciente	Nunca	A veces	Siempre
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
24. ¿Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

TEST DE MORISKY (MMAS-8)

	Si	No
1. ¿Alguna vez olvida tomar su medicación?		
2. A veces las personas dejan de tomar sus medicamentos por razones distintas al olvido. Durante las últimas 2 semanas, ¿Hubo algún día en el que no tomó su medicación?		
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o dejado de tomar su medicación sin informar a su médico porque se sentía peor al tomarla?		
4. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces olvida llevar su medicación?		
5. ¿Tomó toda su medicación ayer?		
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicación?		
7. Tomar medicamentos todos los días resulta una verdadera molestia para algunas personas. ¿Alguna vez se ha sentido agobiado(a) por tener que seguir su plan de tratamiento?		
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar tomar toda su medicación? Nunca / Rara vez..... De vez en cuando..... A veces..... Usualmente..... Todo el tiempo.....		

Anexo 4

Tablas y gráficos estadísticos

Tabla 6

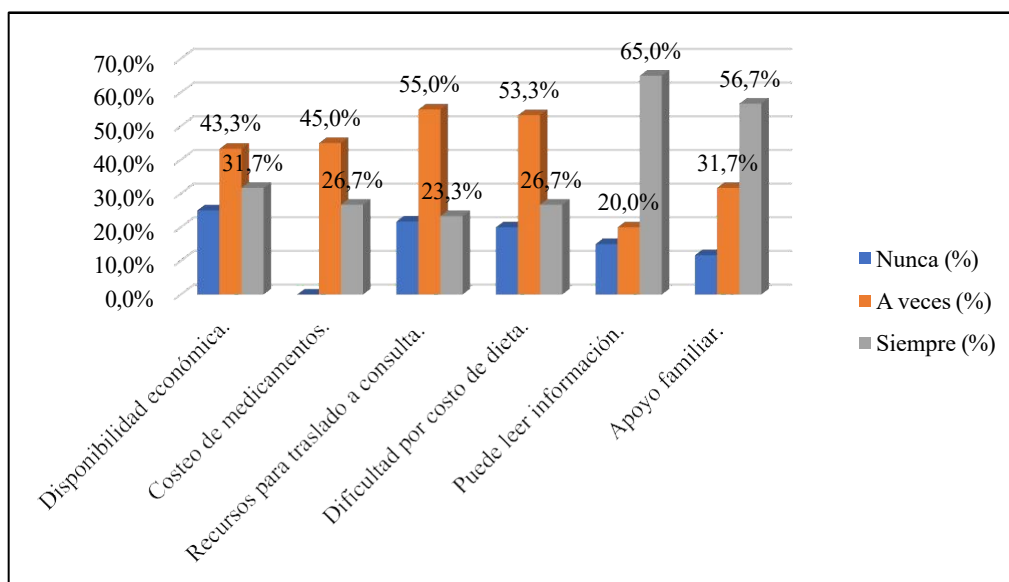
Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores socioeconómicos)

Ítem	Nunca (%)	A veces (%)	Siempre (%)
1. Disponibilidad económica.	15 (25,0%)	26 (43,3%)	19 (31,7%)
2. Costeo de medicamentos.	17 (28,3%)	27 (45,0%)	16 (26,7%)
3. Recursos para traslado a consulta.	13 (21,7%)	33 (55,0%)	14 (23,3%)
4. Dificultad por costo de dieta.	12 (20,0%)	32 (53,3%)	16 (26,7%)
5. Puede leer información.	9 (15,0%)	12 (20,0%)	39 (65,0%)
6. Apoyo familiar.	7 (11,7%)	19 (31,7%)	34 (56,7%)

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

Gráfico 1

Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores socioeconómicos)



Análisis: Se evidenció predominio de la respuesta “a veces” en los factores socioeconómicos analizados, se destacó dificultades en el transporte para la asistencia a las citas programadas (55,0%), el costeo de las medicinas (45,0%) y el cumplimiento de la dieta (53,3%), pero se constató que siempre se cuenta con apoyo familiar (56,7%) y capacidad de lectura sobre el manejo de su enfermedad (65,0%).

Tabla 7

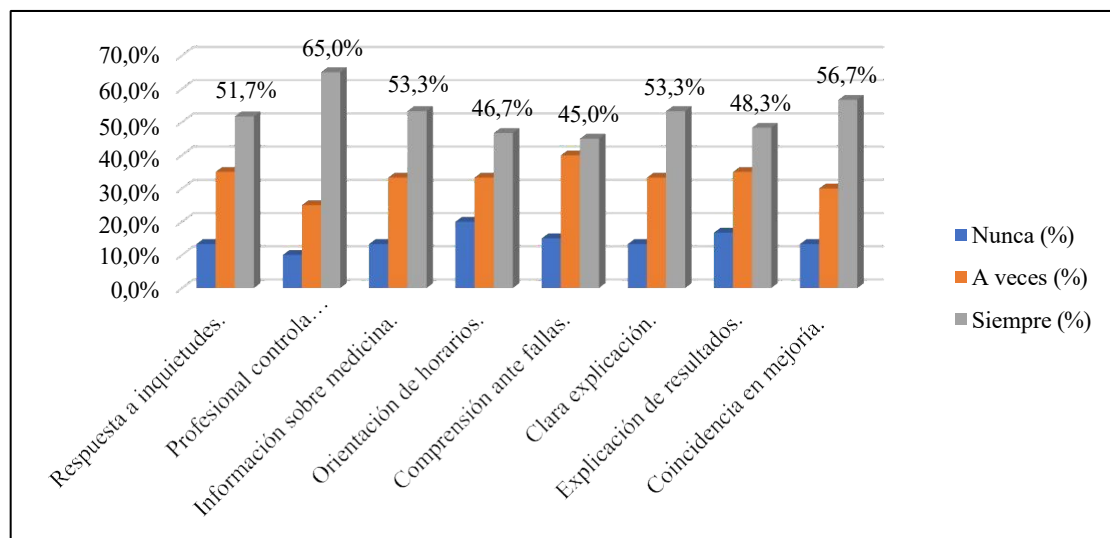
Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del sistema de salud)

Ítem	Nunca (%)	A veces (%)	Siempre (%)
7. Respuesta a inquietudes.	8 (13,3%)	21 (35,0%)	31 (51,7%)
8. Profesional controla tratamiento.	6 (10,0%)	15 (25,0%)	39 (65,0%)
9. Información sobre medicina.	8 (13,3%)	20 (33,3%)	32 (53,3%)
10. Orientación de horarios.	12 (20,0%)	20 (33,3%)	28 (46,7%)
11. Comprensión ante fallas.	9 (15,0%)	24 (40,0%)	27 (45,0%)
12. Clara explicación.	8 (13,3%)	20 (33,3%)	32 (53,3%)
13. Explicación de resultados.	10 (16,7%)	21 (35,0%)	29 (48,3%)
14. Coincidencia en mejoría.	8 (13,3%)	18 (30,0%)	34 (56,7%)

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

Gráfico 2

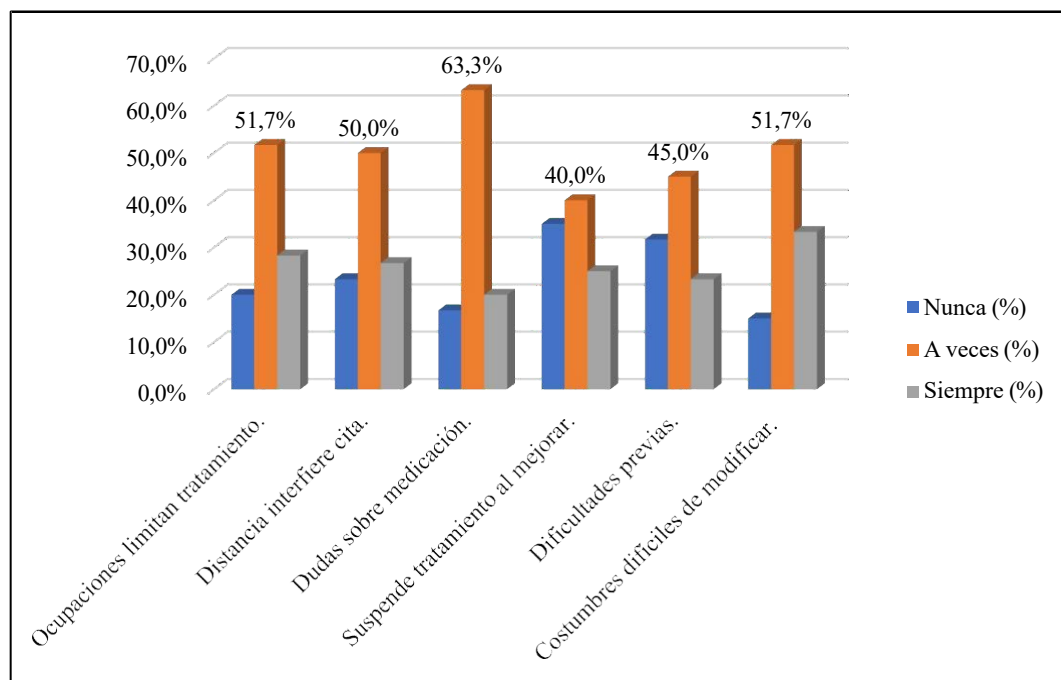
Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del sistema de salud)



Análisis: Se observó mayor respuesta en la opción “siempre”, reflejando una atención adecuada del profesional, se destacó el control brindado (65,0%) y la información que se otorga al paciente (53,3%). Sin embargo, en algunos aspectos se destacó la respuesta “a veces”, lo que resalta oportunidades de mejora dentro del sistema de salud.

Tabla 8*Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del tratamiento)*

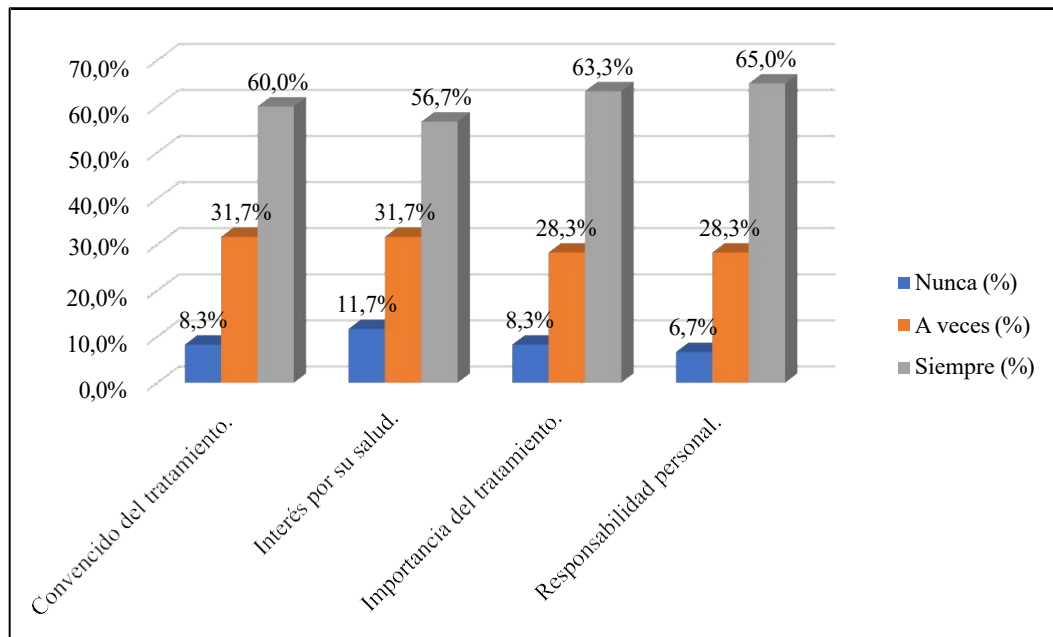
Ítem	Nunca (%)	A veces (%)	Siempre (%)
15. Ocupaciones limitan tratamiento.	12 (20,0%)	31 (51,7%)	17 (28,3%)
16. Distancia interfiere cita.	14 (23,3%)	30 (50,0%)	16 (26,7%)
17. Dudas sobre medicación.	10 (16,7%)	38 (63,3%)	12 (20,0%)
18. Suspende tratamiento al mejorar.	21 (35,0%)	24 (40,0%)	15 (25,0%)
19. Dificultades previas.	19 (31,7%)	27 (45,0%)	14 (23,3%)
20. Costumbres difíciles de modificar.	9 (15,0%)	31 (51,7%)	20 (33,3%)

Nota: Análisis con SPSS versión 25.**Gráfico 3***Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del tratamiento)*

Análisis: Se obtuvo predominio de respuesta “a veces” en las dificultades direccionadas al tratamiento empleado, sobresalieron las dudas sobre la medicación (63,3%), la distancia a consultas (50,0%) y la influencia de la ocupación (51,7%). También, se evidenció que el 40,0% abandona el tratamiento cuando aprecian mejoría.

Tabla 9*Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del paciente)*

Ítem	Nunca (%)	A veces (%)	Siempre (%)
21. Convencido del tratamiento.	5 (8,3%)	19 (31,7%)	36 (60,0%)
22. Interés por su salud.	7 (11,7%)	19 (31,7%)	34 (56,7%)
23. Importancia del tratamiento.	5 (8,3%)	17 (28,3%)	38 (63,3%)
24. Responsabilidad personal.	4 (6,7%)	17 (28,3%)	39 (65,0%)

Nota: Análisis con SPSS versión 25.**Gráfico 4***Factores asociados a la adherencia terapéutica (Dimensión factores del paciente)*

Análisis: Se constató en los ítems una mayor respuesta “siempre”, es decir una actitud positiva ante el tratamiento de HTA, se evidenció que los pacientes resaltaron la importancia del manejo de su enfermedad (63,3%), tienen interés por su salud (56,7%) y asumen responsabilidad en su tratamiento (65,0%), reflejando compromiso y conciencia.

Anexo 5

Evidencias fotográficas



Anexo 6

Certificado de antiplagio



Informe de análisis
Compilatio Magister+ | UPSE-ECU

TESIS- RAMIREZ CLAUDIA ACTUALIZADA 18 de marzo del 2026

ID : 816951a7327159d1124d3bf2fd2ed522c84e14ae



3%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : TESIS- RAMIREZ CLAUDIA
ACTUALIZADA 18 de marzo del 2026.txt
Tamaño del archivo original : 2,44 MB
Número de palabras : 16.713
Número de caracteres : 117793

Depositante : GABRIELA ELIZABETH PERALTA GALARZA
Fecha de depósito : 19 de marzo de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 19 de marzo de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

<1%

Sintáctica <1%

Semántica No medido

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA

3%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA. Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos

4%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua. Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

