



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y
CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA
CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III
ESSALUD AYACUCHO, 2017.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Presentada por:

Br. AYALA PÉREZ, Sandra Katherine

Asesora:

Mg. OCHATOMA PALOMINO, Julia María

AYACUCHO-PERÚ

2018

Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.

Ingmar Bergman

A Dios, por ser mi guía en una de las profesiones más humanas, donde la responsabilidad, dedicación y perseverancia son valores fundamentales para lograr el objetivo deseado.

A mis padres Elvira y Sandro Edgard, por haberme apoyado durante todo este tiempo, brindándome sus valiosos consejos, con su paciencia, entusiasmo y amor, aspectos que me han permitido llegar hasta este punto y ser estímulo para seguir cumpliendo mis metas.

A mi hermana Sanela Iliana, por haberme dado fortaleza para seguir adelante: ese carisma peculiar que solo ella me lo puede demostrar e inspirarme en el futuro que tendremos juntas y todo lo que obtendremos para el futuro.

Sandra

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, *alma máter*, por abrirme sus puertas y haberme permitido lograr una de mis grandes metas: estudiar una carrera profesional y ser parte de esta prestigiosa casa de estudios.

A la Escuela Profesional de Enfermería, por impartir sus conocimientos desde el inicio de mis estudios superiores y que me han dado la oportunidad de enriquecerme de conocimientos, prácticas y destrezas en la administración científica y humanística de cuidados de enfermería.

A los licenciados, maestros y docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, porque hoy celebro el fin de una etapa especial en mi vida, me despido de grandes licenciados, maestros y doctores a quienes agradezco su acompañamiento durante todos estos años. Ahora que estoy a puertas de salir de un gran hogar del saber, me siento fortalecida como persona y profesionista: gracias a ustedes señores docentes por ser la luz en mi camino.

A la asesora Mg. Julia María Ochatoma Palomino, por sus sabios conocimientos, amabilidad, consejos, orientación, paciencia y tiempo dedicado para que este trabajo culminara exitosamente.

A los señores expertos: Sr. Lic. Ntr. Romeo Córdova Arango, Sra. Lic. Mg. Milagros Pariona Gonzales, Sra. Lic. Mg. Judith Avilés Osnayo, Sra. Lic. Elvira Bravo Rodríguez y Lic. Mario André Ochatoma Palomino, por su imprescindible apoyo en la validación de los instrumentos.

Al Méd. Julio Flores Genta, Director del CAP III Metropolitano Asistencial Ayacucho, por la facilidad en el acceso a la muestra y a los adultos mayores, por su disposición para participar en la investigación.

Sandra

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

AYALA-PÉREZ, Sandra Katherine.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Cartera del Adulto Mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, 2017. **Material y método.** Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal, sobre una muestra aleatoria de 84 adultos mayores hipertensos del CAP III EsSalud Ayacucho de una población de 125 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta y evaluación psicométrica; en tanto los instrumentos, el cuestionario y el test de adherencia farmacológica. El análisis estadístico fue descriptivo con el software IBM- SPSS versión 24,0. **Resultados.** El 35.7% de adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo reportaron descuido con el horario de la medicación, seguido de dejar de tomar la medicina si se sentían mal (32.1%) o cuando no experimentaban mejoría (15.5%); en tanto, el 14,3% se olvidó de tomar la medicación en alguna oportunidad. Por otro lado, el 100% de adultos mayores consumía diariamente frutas, no consumía bebidas alcohólicas, medía periódicamente su presión arterial, acudía a sus citas programadas y se informaban sobre la hipertensión arterial, respectivamente. Solo el 1.2% preferían caminar antes que subir a vehículos motorizados y reconocían los signos de alarma de la hipertensión arterial, respectivamente. **Conclusión.** La totalidad de adultos mayores con tratamiento antihipertensivo no está adherido al tratamiento farmacológico y ni al tratamiento no farmacológico.

PALABRAS CLAVE. Adherencia farmacológica, adherencia no farmacológica, hipertensión arterial.

ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN PATIENTS OF THE MAJOR ADULT PORTFOLIO OF CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

AYALA-PÉREZ, Sandra Katherine.

ABSTRACT

Objective. To determine the adherence to antihypertensive treatment in patients of the Portfolio of the Elderly of CAP III EsSalud Ayacucho, 2017.

Material and method. Quantitative approach, descriptive level and cross-sectional design, on a random sample of 84 hypertensive older adults of CAP III EsSalud Ayacucho out of a population of 125 (100%). The data collection techniques were the survey and psychometric evaluation; as well as the instruments, the questionnaire and the pharmacological adherence test. The statistical analysis was descriptive with the software IBM-SPSS version 24.0. **Results.** 35.7% of older adults with pharmacological antihypertensive treatment reported negligence with the medication schedule, followed by stopping taking the medication if they felt bad (32.1%) or when they did not experience improvement (15.5%); meanwhile, 14.3% forgot to take the medication at some time. On the other hand, 100% of older adults consumed fruits daily, did not consume alcoholic beverages, periodically measured their blood pressure, attended their scheduled appointments and reported on arterial hypertension, respectively. Only 1.2% preferred walking rather than riding motorized vehicles and recognized the warning signs of high blood pressure, respectively. **Conclusion.** The totality of older adults with antihypertensive treatment is not adhered to the pharmacological treatment or to the non-pharmacological treatment.

KEY WORDS. Pharmacological adherence, non-pharmacological adherence, arterial hypertension.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.4. Justificación del estudio	15
1.5. Limitaciones de la investigación	16
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	18
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos	31
2.4. Hipótesis	31
2.5. Variables	31
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	35
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	35

3.3. Población y muestra	35
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	36
3.5. Tratamiento estadístico	42
3.6. Procedimiento de contraste de hipótesis	42

CAPÍTULO IV

RESULTADOS	43
-------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	49
------------------	----

CONCLUSIONES	54
---------------------	----

RECOMENDACIONES	55
------------------------	----

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	56
---------------------------------	----

ANEXO

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Pág.
01. Indicadores de la adherencia farmacológica	44
02. Indicadores de la adherencia no farmacológica	46
03. Adherencia al tratamiento antihipertensivo	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Pág.
01. Indicadores de la adherencia farmacológica	45
02. Indicadores de la adherencia no farmacológica	47
03. Adherencia al tratamiento antihipertensivo	48

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada: “Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la cartera del adulto mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, 2017”; tuvo como objetivo determinar la adherencia farmacológica y no farmacológica al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Cartera del Adulto Mayor.

Los resultados describen que el 100% de adultos mayores con tratamiento antihipertensivo no están adheridos al tratamiento farmacológico y ni al tratamiento no farmacológico, situación que compromete su estado de salud por el mayor riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares y metabólicas, derivadas del inadecuado control de la hipertensión arterial.

La investigación se ha estructurado en cinco capítulos: El capítulo I, El planteamiento de investigación, expone el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación de estudio y limitaciones. El capítulo II, Marco teórico, incluye los antecedentes de estudio, bases teóricas, definición de términos, las razones para prescindir de la hipótesis y variables. El Capítulo III, Metodología, referencia el tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos y tratamiento estadístico. El capítulo IV, Resultados, consta de la presentación tabular y gráfica de los resultados. El capítulo V, Discusión, presenta la comparación, análisis e interpretación de resultados a la luz del marco referencial y teórico disponible. Finalmente, se consignan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Sandra

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce que la hipertensión arterial es la enfermedad no transmisible más prevalente (entre un 20 y 30% en la población adulta), además de ser un factor de riesgo relevante para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares. Por esta razón, el control de la hipertensión arterial debe procurarse desde las fases tempranas para evitar los cambios estructurales que a largo plazo contribuyen al desarrollo de complicaciones agudas y crónica (infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad cerebro-vascular, daño renal, etc.).⁽¹⁾

A escala mundial, al menos uno de cada seis adultos padece alguno de los trastornos crónicos más frecuentes: lumbalgia, hipertensión arterial, artrosis, artritis o reumatismo, hipercolesterolemia y dolor cervical crónico. La mayoría de los problemas observados son más frecuentes en mujeres.⁽²⁾

En Perú, en el año 2014, la prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 14 años equivalía al 14,8%: los varones fueron los más afectados (18,5%) en comparación a las mujeres (11,6%). Las mayores cifras de prevalencia se identificaron en Piura (18,6%), Lima (18,1%) y la Provincia Constitucional del Callao (17,6%); en tanto, los menores porcentajes en Madre de Dios (7,0%), Ucayali (8,5%) y Pasco (9,6%). En Ayacucho, el 10,9% de personas de 15 años a más presentaron hipertensión arterial.⁽³⁾

Existe amplia evidencia de que la mortalidad y morbilidad cardiovascular por hipertensión arterial pueden reducirse con una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo; es decir, es necesario garantizar su cumplimiento y compromiso para lograr el éxito esperado.

La hipertensión arterial en la población adulta mayor, puede permanecer asintomática por espacios prolongados de tiempo y si no es tratada oportunamente provoca complicaciones severas como: infarto cardiaco o accidente cerebro vascular.

En el Centro de Atención Primaria III EsSalud Ayacucho, se halló una tasa de adhesión al tratamiento farmacológico del 8,3%; es decir casi la totalidad de pacientes incumplían, en alguna ocasión, con el tratamiento médico prescrito. ⁽⁴⁾

En la revisión del marco empírico se ha identificado diferentes investigaciones sobre la adhesión al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, desconociéndose la adhesión no farmacológica en dimensiones de alimentación, actividad física y autocuidado.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PREGUNTA GENERAL

¿Cuál es la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Cartera del Adulto Mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, 2017?

1.2.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- a) ¿Cuál es la adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo?
- b) ¿Cuál es la adherencia no farmacológica al tratamiento antihipertensivo?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Cartera del Adulto Mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar la adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo.
- b) Identificar la adherencia no farmacológica al tratamiento antihipertensivo.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El inadecuado control de la hipertensión arterial provoca complicaciones severas como el infarto cardiaco o accidente cerebro vascular. Por esta razón, garantizar la adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo farmacológico y no farmacológico se considera una estrategia relevante para prevenir futuras complicaciones agudas y crónicas.

En la esfera legal, la Ley General de la Salud (Nº 26842) establece que la Salud en condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por tanto, la protección de la salud es de interés público y responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla. Siendo así, toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley. De ahí, que el derecho a la protección de la salud es irrenunciable.

Teóricamente, los resultados obtenidos amplían el marco empírico y teórico sobre la adherencia farmacológica y no farmacológica al tratamiento antihipertensivo para posibilitar la discusión en investigaciones futuras.

Es de aspecto práctico, la investigación proporciona información confiable y actualizada a la dirección del Hospital III de EsSalud Huamanga, para la toma de decisiones informada a fin de que formule estrategias orientadas a promover la adhesión al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial con participación activa e informada de la familia.

Metodológicamente, la investigación ameritó la adaptación del Test de Morinsky-Green-Levine, sometida a pruebas de confiabilidad y validez para ser utilizada en futuras investigaciones.

Éticamente, la investigación tuvo en consideración los principios de confidencialidad y consentimiento informado en la administración de los instrumentos y en el tratamiento de la información.

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Entre las principales restricciones de este estudio es posible nombrar las siguientes:

- a) Escasas referencias de investigaciones relacionadas con el problema abordado, por la falta de sistematización de estos documentos en las bibliotecas de las diferentes universidades, que fueron superadas con la visita personal a estas instituciones.
- b) Falta de instrumentos estandarizados para evaluar la variable de interés, por lo que fueron necesarias las pruebas de fiabilidad y validez.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Vega O. ⁽⁵⁾ en la investigación “*Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia)*”. **Objetivo.** Describir la capacidad de agencia de autocuidado de hipertensos usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz, en Cúcuta. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal, sobre una muestra por conveniencia de 65 hipertensos. La técnica de recolección de datos fue la psicometría y el instrumento, la escala de apreciación de la agencia de autocuidado. **Resultados.** El 83,5% presentaron una capacidad de autocuidado media en la dimensión de promoción y funcionamiento del desarrollo personal, 81,5% en interacción personal, 78,5% en actividad, 6,2% en reposo y 13,8% en consumo de alimentos. **Conclusión.** El 83,1% presentó una capacidad de autocuidado baja; el 6,2% mediana y solo el 10,7 % alta.

López SA y Chávez R ⁽⁶⁾ desarrollaron la investigación “*Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años*”, Cuba. **Objetivo.** Caracterizar la adherencia al tratamiento antihipertensivo de los pacientes mayores de 60 años del Consultorio 16, Policlínico "26 de Julio", Municipio Playa, La Habana. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal del 1º de junio de 2013 hasta el 1º de junio de 2014, sobre una población de 245 (100%) adultos mayores hipertensos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario. **Resultados.** Los pacientes con nivel universitario de escolaridad tuvieron 74% de adherencia. El esquema terapéutico diario de un único medicamento tuvo la mayor adherencia terapéutica con 73.8%. La mayor adherencia se encontró en los pacientes que tomaban medicamentos de dosis única diaria: Atenolol (92.3%), Amlodipino (88,9%) o Enalapril (88,1%). Entre los motivos más frecuentes de no adherencia al tratamiento se encontraron olvidar las dosis (40%) y sentirse bien (38.2%). **Conclusión.** La adherencia al tratamiento fue de 58.3%.

Aguado E, Arias M, Sarmiento G y Danjoy D. ⁽⁷⁾ desarrollaron la investigación “*Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional*”, Lima-Perú. **Objetivo.** Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y autocuidado en pacientes adultos con hipertensión arterial. **Método.** Enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, sobre una muestra sistemática de 86 pacientes con diagnóstico de HTA de una población de 3949 atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta y psicometría; en tanto los instrumentos, el cuestionario sobre conocimiento de hipertensión arterial y la Escala de Lickert. **Resultados.** El 40% de pacientes tenían un nivel de conocimiento y autocuidado alto; en tanto el 38,1% un nivel de conocimiento y autocuidado bajo. **Conclusión.** Existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial.

Paredes V ⁽⁸⁾, desarrolló la investigación “*Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital I de EsSalud-Nuevo Chimbote, 2015*”. **Objetivo.** Determinar la relación entre autocuidado con el nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal, sobre una población de 76 adultos mayores que pertenecen al programa de prevención y control de hipertensión. Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta y evaluación psicométrica; en tanto los instrumentos, el cuestionario y la escala de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial. **Resultados.** El 68,4% reportan un inadecuado de autocuidado y 57,9% un nivel de conocimiento insuficiente sobre hipertensión arterial. **Conclusión.** Existe una relación estadística altamente significativa entre el nivel de autocuidado y nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial. ($p=0,0001$), asimismo, el tener un nivel de conocimiento insuficiente

sobre HTA se constituye en riesgo elevado para presentar un nivel de autocuidado inadecuado de HTA (OR=8).

Zevallos C ⁽⁹⁾ desarrolló la investigación “*Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes del programa de hipertensión arterial. Hospital San Juan de Dios-Pisco Junio 2016*”. **Objetivo.** Determinar la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital San Juan de Dios. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal, sobre una población de 72 pacientes del programa de hipertensión arterial. La técnica de recolección de datos fue la evaluación psicométrica y el instrumento, la escala de Likert. **Resultados.** La capacidad de agencia de autocuidado fue poco adecuada en las dimensiones de capacidades fundamentales (75%), poder (69%) y operacionalizar (67%). **Conclusión.** La capacidad de agencia de autocuidado fue poco adecuada con un 47%.

Moscoso M ⁽¹⁰⁾ desarrolló la investigación “*Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones cardiovasculares del adulto hipertenso que asiste al consultorio de cardiología del Policlínico Municipal de Jesús María - UBAP - Es Salud - enero 2017*”. **Objetivo.** Determinar si el nivel de autocuidado se relaciona con las complicaciones cardiovasculares del adulto hipertenso. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal, sobre una muestra al azar de 59 adultos hipertensos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario. **Resultados.** El 54,2% presenta complicaciones cardiovasculares. Por otro lado, el 39% exhiben un bajo nivel de autocuidado, 37% alto y 24% medio. Según dimensiones, predominó el regular nivel de autocuidado en las dimensiones de alimentación (49%), bajo en actividad física (39%), hábitos nocivos (41%) y tratamiento (47%); en tanto alto en descanso (41%). **Conclusión.** Entre el nivel de autocuidado y las complicaciones cardiovasculares existe una relación indirecta y significativa al obtener un valor de -0.862; es decir a mejor nivel de autocuidado menor riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Apaza GA ⁽¹⁾, desarrolló la investigación “*Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de EsSalud – Red Tacna, Febrero 2013*”, Perú.

Objetivo. Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y el control de la hipertensión arterial. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal, sobre una muestra de 517 pacientes seleccionados al azar de una población de 1563(100%). La técnica de recolección de datos fue la evaluación psicométrica y el instrumento, el test de Morinsky-Green-Levine. **Resultados.** Al 55.5% de pacientes se le olvida tomar alguna vez los medicamentos antihipertensivos. Además, 25,3% respondió ser descuidado con la hora en que debe tomar la medicación, el 12.8% deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien y el 12.4% deja de tomar la medicación si se siente mal. **Conclusión.** La mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la hipertensión arterial ($p=0.001$).

Limaylla ML ⁽¹¹⁾, desarrolló la investigación “*Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud*”, Lima-Perú.

Objetivo. Evaluar la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel explicativo y diseño cuasi-experimental, sobre una muestra intencional de 22 pacientes hipertensos de una población de 131 (100%). Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta, evaluación de la presión arterial y la evaluación psicométrica; en tanto los instrumentos, el cuestionario, tarjeta agenda y control del paciente, test de Batalla, test de Morinsky-Green-Levine y la hoja de intervención farmacéutica. **Resultados.** Antes de la consejería farmacéutica el 4,5% de pacientes eran adherentes al tratamiento farmacológico. Después de la intervención, el 40,9% de pacientes son adherentes. **Conclusión.** Existió cambio estadísticamente significativo

($p < 0,05$) en la adherencia al tratamiento y en el nivel de conocimiento sobre la hipertensión, después de la consejería farmacéutica.

Martínez C ⁽⁴⁾, desarrolló la investigación *“Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el centro de atención primaria III Metropolitano –EsSalud, Ayacucho, 2011”*, Perú. **Objetivo.** Determinar los factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal, sobre una muestra probabilística de 169 pacientes de una población de 300(100%). La técnica de recolección de datos fue la evaluación psicométrica y el instrumento, el test de Morinsky – Green – Levine. **Resultados.** El 8,3% son adherentes al tratamiento farmacológico antihipertensivo en comparación a las mujeres (Ic 95%=1.20; 27.69). Los adultos con politerapia presentan 87 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo que los adultos mayores con monoterapia (Ic 95%=15.25; 841.97). **Conclusión.** Los factores que se encuentran asociados con la adhesión al tratamiento en adultos mayores hipertensos son el sexo y el esquema terapéutico.

Echevarría EM y Chávez S ⁽¹²⁾, desarrollaron la investigación *“Factores relacionados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del hospital EsSalud. Huamanga – Ayacucho, 2011”*, Perú. **Objetivo.** Determinar los factores relacionados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño transversal, sobre una muestra probabilística de 169 pacientes de una población 300(100%). La técnica de recolección de datos fue la evaluación psicométrica y el instrumento, el test de Morinsky – Green – Levine. **Resultados.** El 63.9% tenía entre 60 a 69 años, de quienes el 54.4% no logro la adhesión al tratamiento antihipertensivo, mientras que el 9.5% si logro esta adhesión; el 36.1% tenía entre 70 a 79 años, de los cuales el 20.7% logro la adhesión al tratamiento antihipertensivo, mientras que el 15.4% no logro esta

adhesión. **Conclusión.** El grupo de edad entre 60 a 69 años, sexo masculino, nivel de instrucción primaria y soporte familiar inadecuado son factores sociodemográficos asociados con la no adhesión al tratamiento antihipertensivo.

Mendoza C ⁽¹³⁾ desarrolló la investigación “*Nivel de autocuidado del adulto hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2015*”. **Objetivo.** Determinar el nivel de autocuidado del adulto hipertenso. **Método.** Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño transversal, sobre una muestra al azar de 80 adultos hipertensos con edades de 35 a 59 años de una población de 375 (100%). La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario. **Resultados.** El 61,3% reportan un nivel de autocuidado bueno en alimentación, 95% bueno en evitación de hábitos nocivos, 41,2% malo en actividad física, 50% bueno en la dimensión de descanso y 36,2% malo en adherencia al tratamiento farmacológico. **Conclusión.** El 73,8% reportan un nivel de autocuidado regular y 26,2% malo.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se han propuesto varias definiciones de adherencia al régimen terapéutico y la mayoría de estas utilizan diferentes términos tales como: cumplimiento, seguimiento de instrucciones, persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones, entre ellas, tomar la medicación, realizar dieta, hacer ejercicio, asistir a las citas con proveedores y en general realizar cambios en estilo de vida.
(14)

Es el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. (15)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito y la persistencia: tomar la medicación a lo largo del tiempo. ⁽¹⁶⁾

Es el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida. ⁽¹⁷⁾

2.2.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del círculo arterial es elevada. Esta afección trae como consecuencia el daño progresivo de diversos órganos del cuerpo, así como el esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear sangre a través de los vasos sanguíneos. ⁽³⁾

Etiología. Según el Ministerio de Salud ⁽¹⁸⁾, la etiología de la hipertensión arterial es la siguiente:

- a) **Hipertensión primaria (esencial o idiopática).** Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial.
- b) **Hipertensión secundaria.** Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA y, en muchos casos, la curación de la enfermedad. Corresponde a menos del 5% del total de casos de hipertensión arterial. Entre ellas destacan por su prevalencia:
 - **Enfermedad renal:** parenquimal o renovascular (glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales, aterosclerosis o displasias de arterias renales).

- **Enfermedades endocrinas:** hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing, entre otras.
- **Miscelánea:** tumores, coartación de aorta, enfermedad de Paget, entre otros.
- **Medicamentos:** anticonceptivos hormonales, corticosteroides, agentes vaso constrictores, simpáticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, anfetaminas, antiinflamatorios no esteroideos, ciclosporina, eritropoyetina entre otros.

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico de la hipertensión arterial involucra los siguientes aspectos: ⁽¹⁸⁾

a) Manifestaciones clínicas

La hipertensión arterial es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con hipertensión arterial cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil.

Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares.

b) Interacción cronológica

Se debe tener en cuenta el tiempo transcurrido entre la hipertensión arterial subclínica y la aparición de las manifestaciones clínicas, ya que cuanto más precoz sea hecho el diagnóstico, menor probabilidad de encontrar complicaciones.

FACTORES DE RIESGO

Puede presentarse en todas las personas a cualquier edad. Sin embargo, los varones tienen mayor riesgo a padecerla. Los factores de riesgo son: ⁽¹⁹⁾

- Uso excesivo de sal en las comidas.
- Antecedentes familiares de hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso y obesidad.
- Colesterol y triglicéridos altos.
- Estrés o ansiedad.
- Bajo consumo de frutas y verduras.
- Falta de actividad física.
- Fumar cigarrillos.

DIAGNÓSTICO

Los procedimientos diagnósticos comprenden: la historia médica, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales. La medición correcta de la presión arterial en el consultorio, en forma indirecta, es el método primario para acceder a la información básica que permitirá establecer el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas. La exactitud es un requisito indispensable para cumplir con las anteriores premisas. Por ende, los valores inexactos serán los responsables de errores en la evaluación y tratamiento de los pacientes. Por tanto, es necesario realizar registros sucesivos y obtener el promedio de estos para tener el cálculo aproximado en el periodo de evaluación. En cada sesión se recomienda obtener al menos dos mediciones con un intervalo de uno o dos minutos. Si los valores son muy diferentes, se toman mediciones adicionales. Los niveles de presión arterial en mayores de 18 años a más son: ⁽¹⁸⁾

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión	≥ 140	≥ 90
- Estadio I	140-159	90-99
- Estadio II	≥ 160	≥ 100

TRATAMIENTO

El tratamiento contempla el aspecto no farmacológico y farmacológico:

Tratamiento farmacológico. Los pacientes hipertensos que iniciarán terapia farmacológica son: a) Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses y en quienes no se han obtenido las metas de la presión arterial; b) hipertensos con niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica > 100 mmHg, independiente de otros parámetros; y c) Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial. ⁽¹⁸⁾

El inicio de monoterapia podrá realizarlo el médico general del primer nivel de atención con uno de los agentes antihipertensivos mencionados, para lo cual se recomienda iniciar con: ⁽¹⁸⁾

- Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día), o
- Losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día), o
- Hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), o
- Amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día).

La terapia farmacológica combinada dependerá en principio de la respuesta clínica. De no alcanzarse la meta en al menos 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo, debe combinarse. Si la dosis inicial convencional de un agente único no muestra eficacia, también se recomienda combinar. El inicio de terapia combinada podrá realizarlo el médico del primer nivel de atención. Cuando se inicie terapia combinada

debe considerarse que el paciente sea referido al siguiente nivel para evaluación del cardiólogo o médico internista. Las combinaciones preferidas son las siguientes: ⁽¹⁸⁾

- Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II + diuréticos tipo tiazidas (i.e. Enalapril + hidroclorotiazida).
- Bloqueadores de los receptores angiotensina II + diuréticos tipo tiazidas (i.e. Losartán + hidroclorotiazida).
- Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II + bloqueadores de los canales de calcio (i.e. Enalapril + amlodipino).
- Bloqueadores de los receptores de angiotensina II + bloqueadores de los canales de calcio (i.e. Losartán + amlodipino)

Tratamiento no farmacológico. El tratamiento no farmacológico está referido a la modificación de los estilos de vida: ⁽²⁰⁾

Modificación	Recomendación	Rango de reducción aproximado de la presión arterial sistólica
Reducción del peso	Mantener un peso corporal normal (IMC 18,5 a 24,9 kg/m ²).	5 a 20 mmHg por 10 kg peso corporal
Adoptar un plan de alimentación DASH	Consumir una dieta rica en frutas, vegetales, y productos lácteos bajos en grasa con un contenido reducido de grasa saturada y total.	8 a 14 mmHg
Reducción de sodio en la dieta	Reducir la ingesta de sodio en la dieta a no más de 100 meq/día (2,4 g sodio o 6 g cloruro de sodio).	2 a 8 mmHg
Actividad física	Participar en la actividad física aeróbica regular tales como caminar a paso ligero (al menos 30 minutos por día, la mayoría de días de semana).	4 a 9 mmHg
Moderación del consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 bebidas al día en la mayoría de hombres y no más de 1 bebida por día en mujeres y personas de menor peso.	2 a 4 mmHg

El Ministerio de Salud menciona los siguientes cuidados: ⁽¹⁸⁾

Modificación	Recomendación
Reducción de peso	Lograr y mantener un peso corporal normal: IMC 18,5-24,9 y una circunferencia menor de 102 cm en varones y 88 cm en la mujer.
Dieta	Consumo de frutas, vegetales frescos y alimentos bajos en grasas totales y saturadas.
Reducción del consume de sal	Reducir la ingesta de sal en la dieta a no más 5 gramos a día.
Actividad física	Ejercicio físico aeróbico de moderada intensidad de manera regular tal como caminar, trotar, montar bicicleta, nadar (al menos 30 minutos al día o 150 minutos en una semana).
Evitar o limitar el consume de alcohol	Evitar el consume de alcohol o en su defecto no exceder de 20-30 g/día de etanol los varones y de 10-20 g/día las mujeres.
No al tabaco	Abandono total del hábito de fumar. No exposición al humo de tabaco.

COMPLICACIONES

Las complicaciones de los pacientes hipertensos son aquellos que dependen del compromiso clínico o subclínico de los distintos órganos blanco como: ⁽¹⁸⁾

Órgano	Complicación
Riñón	Daño renal, microalbuminuria, nefropatía e insuficiencia renal.
Cerebro	Arterioesclerosis, microaneurisma, infartos lacunares silentes, trombosis cerebral, hemorragia, embolia cerebral y demencia.
Corazón	Trombosis coronaria, infarto del miocardio, muerte súbita o pérdida del músculo e hipertrofia ventricular izquierda.
Ojo	Ruptura de pequeños capilares de la retina del ojo y puede causar ceguera.

PREVENCIÓN

La prevención de la hipertensión arterial, incluye los siguientes aspectos:

(19)

- Mantener el peso adecuado.
- Realizar al menos 30 minutos de actividad física al día.
- No agregar sal a las comidas.
- Disminuir el consumo de grasas de origen animal.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Dejar de fumar.
- Tomar ocho vasos de agua pura al día.
- Consumir diariamente verduras y frutas.
- Disminuir el consumo de harinas.

La Organización Mundial de la Salud ⁽²¹⁾ menciona cinco medidas para minimizar las probabilidades de padecer hipertensión y sus consecuencias adversas:

- a) **Dieta saludable.** Promover un modo de vida saludable, haciendo hincapié en una nutrición adecuada de niños y jóvenes; reducir la ingesta de sal a menos de 5 g al día (algo menos de una cucharilla de café al día); comer cinco porciones de fruta y verdura al día; reducir la ingesta total de grasas, en especial las saturadas.
- b) **Evitar el uso nocivo del alcohol.** Limitar su ingesta a no más de una bebida estándar al día.
- c) **Actividad física.** Realizar actividad física de forma regular y promover la actividad física entre los niños y los jóvenes (al menos 30 minutos al día). Mantener un peso normal: cada pérdida de 5 kg de exceso de peso puede reducir la tensión arterial sistólica entre 2 y 10 puntos.
- d) **Abandonar el consumo de tabaco** y la exposición a los productos de tabaco.

- e) **Gestionar el estrés de una forma saludable**, por ejemplo mediante meditación, ejercicio físico adecuado y relaciones sociales positivas.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Adherencia farmacológica.** Nivel de consciencia y cumplimiento de las indicaciones médicas para la ingesta de medicamentos.
- **Adherencia no farmacológica.** Nivel de consciencia y cumplimiento de las indicaciones médicas para la modificación de estilos de vida.

2.4. HIPÓTESIS

La presente investigación prescindió de la formulación de hipótesis por la naturaleza descriptiva de la pregunta y sub-preguntas. ⁽²²⁾

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE PRINCIPAL

X. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

X₁. Farmacológica

X₂. No farmacológica

2.5.2. VARIABLE SECUNDARIA

Y. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Y₁. Edad.

Y₂. Sexo.

Y₃. Ocupación.

Y₄. Estado civil.

Y₅. Nivel de instrucción.

2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- **Adherencia al tratamiento.** Es el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas,

participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida. ⁽¹⁷⁾

2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

- **Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo.** Nivel de consciencia y cumplimiento de las indicaciones médicas para la ingesta de medicamentos.
- **Adherencia no farmacológica al tratamiento antihipertensivo.** Nivel de consciencia y cumplimiento de las indicaciones médicas para la modificación de estilos de vida.

2.5.3. OPERACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Opción	Escala	Índice	Valor	Instrumento
Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Farmacológica	Pregunta	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?	Si No	Nominal	0 1 - 4	Adherido No adherido	Test de Morinsky – Green - Levine
			¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?					
			Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?					
			Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?					
	No Farmacológica	Actividad física	¿Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces a la semana?	Si No	Nominal	10 - 16 1 - 9	Adherido No adherido	Cuestionario
			¿Realiza ejercicios físicos al menos 30 minutos al día?					
			¿Realiza actividad física programada por la institución?					
			¿Prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados?					
			¿Sube y baja escaleras?					
		Autocuidado	¿Mide periódicamente su presión arterial?					
			¿Recoge oportunamente sus medicamentos del establecimiento?					
			¿Acude a las citas programadas?					
			¿Reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial (zumbidos de oídos, dolor de cabeza, etc)?					
			¿Busca información sobre la hipertensión arterial y la importancia del cumplimiento del tratamiento?					

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO

Aplicativo, porque utiliza las teorías de la investigación básica en busca de posibles aplicaciones prácticas.

3.1.2. NIVEL

Descriptivo, porque determinó el comportamiento de los valores de una variable principal. El diseño fue transversal, porque la información ha sido acopiada en un solo momento (corte en el tiempo).

“(…) representa únicamente al punto del tiempo en que se realizó el corte y no a una sucesión de momentos. Por tanto, no es posible asegurar que el comportamiento de la(s) variable(s) fuera del punto de corte sea igual al momento elegido”.⁽²³⁾

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Hospital III EsSalud “Carlos Tupia García de Godos”, ubicado en la Av. Venezuela s/n (Canaán Alto), distrito de San Juan Bautista, de la Provincia de Huamanga. La población asegurada asciende a 3564 de adultos mayores.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN TEÓRICA

Constituida por 125 (100%) adultos mayores hipertensos del CAP III EsSalud Ayacucho en el año 2017.

3.3.2. POBLACIÓN MUESTREADA

Integrada por 95 (76%) adultos mayores hipertensos del CAP III EsSalud Huamanga, de acuerdo a los siguientes criterios:

CRITERIOS	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Edad	60 – 74 años	> 74 años

3.3.3. MUESTRA

La muestra intencional estuvo integrada por 84 adultos mayores hipertensos del CAP III EsSalud Ayacucho, determinada a través de la siguiente fórmula estadística:

$$n \geq NZ_{\alpha/2}^2 pq / \{[E^2 N - 1] + [Z_{\alpha/2}^2 pq]\}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Nivel de confianza al 95% (1,96)
 p : Proporción de éxito al 80% (0,8)
 q : 1 – p (0,2)
 e : Error muestral relativo al 5% (0,05)
 N : Población (95)

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICA

- **Encuesta.** Técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. ⁽¹⁷⁾
- **Evaluación psicométrica.** Se ocupa de los problemas de medición en psicología, utilizando la estadística como pilar básico para la elaboración de teorías y para el desarrollo de métodos y técnicas específicas de medición. ⁽²⁴⁾

3.4.2. INSTRUMENTOS

a) Cuestionario

- ✓ **Autor.** Ayala (2015)
- ✓ **Descripción.** Constituido por 16 ítems de opciones dicotómicas, distribuido en 3 dimensiones. dieta, actividad física y autocuidado.
- ✓ **Población objetivo.** Adultos mayores hipertensos.
- ✓ **Forma de administración.** Individual o colectiva (autoadministrada).
- ✓ **Tiempo de administración.** En promedio de 5 minutos.
- ✓ **Confiabilidad.** En una muestra piloto de 13 adultos mayores hipertensos del CAP III EsSalud Ayacucho, aplicando el coeficiente de Kuder Richardson (KR - 20). Efectuado los cálculos respectivos se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0.932, cifra que asegura la adecuada precisión del instrumento: la función de prueba es:

$$KR - 20 = \frac{K}{K - 1} + \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma_T^2} \right)$$

DONDE:

K: Es el número de ítems

Σ : Sumatoria

σ_T^2 : Varianza total

p: Probabilidad de éxito

q: probabilidad de fracaso

- ✓ **Validez interna de contenido.** A través de la opinión de expertos, en la que participaron los siguientes profesionales en ciencias de la salud y áreas afines. Se proponen los siguientes expertos:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO/TÍTULO ACADÉMICO	REFERENCIA
1	Córdova Arango, Romeo	Licenciado en Nutrición	UAP
2	Ochatoma Palomino, Mario Andréé	Licenciado en Educación	UAP
3	Bravo Rodríguez, Elvira	Licenciada en Enfermería	UAP
4	Avilés Osnayo, Yudith	Licenciada en Enfermería	UAP
5	Pariona Gonzales, Milagros	Licenciada en Enfermería	UAP

El índice de validez de contenido, con la participación de los cinco expertos fue determinada con la siguiente función de prueba:

$$IVC = \frac{n_a - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

El índice de validez de contenido promedio fue de 0.94 y los índices específicos (por ítem) se detallan a continuación:

ÍTEMS	EXPERTOS					n_a	IVC
	E1	E2	E3	E4	E5		
i1	3	3	3	2	3	5	1.00
i2	3	3	3	2	2	5	1.00
i3	3	3	3	3	2	5	1.00
i5	2	3	3	2	3	5	1.00
i6	3	3	3	2	3	5	1.00
i7	3	3	3	3	3	5	1.00
i8	3	3	3	3	3	5	1.00
i9	3	3	3	2	3	5	1.00
i10	3	3	3	2	3	5	1.00
i11	2	3	3	3	2	5	1.00
i12	2	3	3	3	3	5	1.00
i13	3	3	3	3	2	5	1.00
i14	3	3	3	3	2	5	1.00
i15	3	3	3	3	3	5	1.00
i16	3	3	3	3	2	5	1.00
i17	3	3	3	3	2	5	1.00
i18	3	3	3	3	2	5	1.00
i19	3	3	3	2	1	4	0.60
i20	2	3	3	3	1	4	0.60

i21	3	3	3	3	1	4	0.60
i22	3	3	3	3	2	5	1.00
i23	3	3	3	3	3	5	1.00
i24	3	3	3	3	2	5	1.00
i25	3	3	3	3	3	5	1.00
i26	3	3	3	2	1	4	0.60
Media aritmética							0.94

- ✓ **Norma de Administración.** La presente escala tiene como propósito conocer la adhesión al tratamiento antihipertensivo no farmacológico, el que será útil solo para efectos de estudio. Para ello, requerimos su comprensión, colaboración y la disposición de su tiempo para responder cada una de las preguntas.
- ✓ **Norma de evaluación.** La adherencia estratifica del siguiente modo:
 - **Adherido:** 10 – 16 puntos.
 - **No adherido:** 1 – 9 puntos.

b) Test de adherencia farmacológica

- ✓ **Autor.** Morinsky, Green y Levine (2006).
- ✓ **Descripción.** Está constituido por 4 ítems de opciones dicotómicas.
- ✓ **Población objetivo.** Mayores de 18 años.
- ✓ **Forma de administración.** Individual o colectiva (autoadministrada).
- ✓ **Tiempo de administración.** En promedio de 2 minutos.
- ✓ **Confiabilidad.** En una muestra piloto de 13 adultos mayores hipertensos del CAP III EsSalud Huamanga, aplicando el coeficiente de Kuder Richardson (KR - 20). Se obtuvo un coeficiente de 0.721 que asegura la confiabilidad. La fórmula referencial es la siguiente:

$$KR - 20 = \frac{K}{K - 1} + \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma_T^2} \right)$$

DONDE:

K: Es el número de Ítems

Σ : Sumatoria

σ_T^2 : Varianza total

p: Probabilidad de éxito

q: probabilidad de fracaso

- ✓ **Validez interna de contenido.** Con la opinión de expertos en la que participaran profesionales en ciencias de la salud y áreas afines. Se proponen los siguientes expertos:

✓

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO/TÍTULO ACADÉMICO	REFERENCIA
1	Córdova Arango, Romeo	Licenciado en Nutrición	UAP
2	Ochatoma Palomino, Mario André	Licenciado en Educación	UAP
3	Bravo Rodríguez, Elvira	Licenciada en Enfermería	UAP
4	Avilés Osnayo, Yudith	Licenciada en Enfermería	UAP
5	Pariona Gonzales, Milagros	Licenciada en Enfermería	UAP

El índice de validez de contenido, con la participación de los cinco expertos fue determinada con la siguiente función de prueba:

$$IVC = \frac{n_a - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

El índice de validez de contenido promedio fue de 0.94 y los índices específicos (por ítem) se detallan a continuación:

ITEMS	EXPERTOS					n_a	IVC
	E1	E2	E3	E4	E5		
i1	3	3	3	2	3	5	1.00
i2	3	3	3	2	2	5	1.00
i3	3	3	3	3	2	5	1.00
i5	2	3	3	2	3	5	1.00
i6	3	3	3	2	3	5	1.00
i7	3	3	3	3	3	5	1.00
i8	3	3	3	3	3	5	1.00
i9	3	3	3	2	3	5	1.00
i10	3	3	3	2	3	5	1.00
i11	2	3	3	3	2	5	1.00
i12	2	3	3	3	3	5	1.00
i13	3	3	3	3	2	5	1.00
i14	3	3	3	3	2	5	1.00
i15	3	3	3	3	3	5	1.00
i16	3	3	3	3	2	5	1.00
i17	3	3	3	3	2	5	1.00
i18	3	3	3	3	2	5	1.00
i19	3	3	3	2	1	4	0.60
i20	2	3	3	3	1	4	0.60
i21	3	3	3	3	1	4	0.60
i22	3	3	3	3	2	5	1.00
i23	3	3	3	3	3	5	1.00
i24	3	3	3	3	2	5	1.00
i25	3	3	3	3	3	5	1.00
i26	3	3	3	2	1	4	0.60
Media aritmética							0.94

- ✓ **Norma de Administración.** La presente escala tiene como propósito conocer la adhesión al tratamiento antihipertensivo farmacológico del adulto mayor hipertenso del CAP III EsSalud Huamanga, el que será útil solo para los efectos de estudio. Para ello, requerimos su comprensión, colaboración y la disposición de su tiempo para responder cada una de las preguntas.

✓ **Norma de Evaluación.** A la adherencia se estratifica del siguiente modo:

- **Adherido:** 0 puntos.
- **No adherido:** 1 – 4 puntos.

3.5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con el Software IBM – SPSS versión 24,0; con el que se construyeron tablas y figuras estadísticas de acuerdo a la naturaleza de las variables.

3.6. PROCEDIMIENTO DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS

La presente investigación prescindió del contraste estadístico de hipótesis por su naturaleza descriptiva.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

CUADRO N° 01

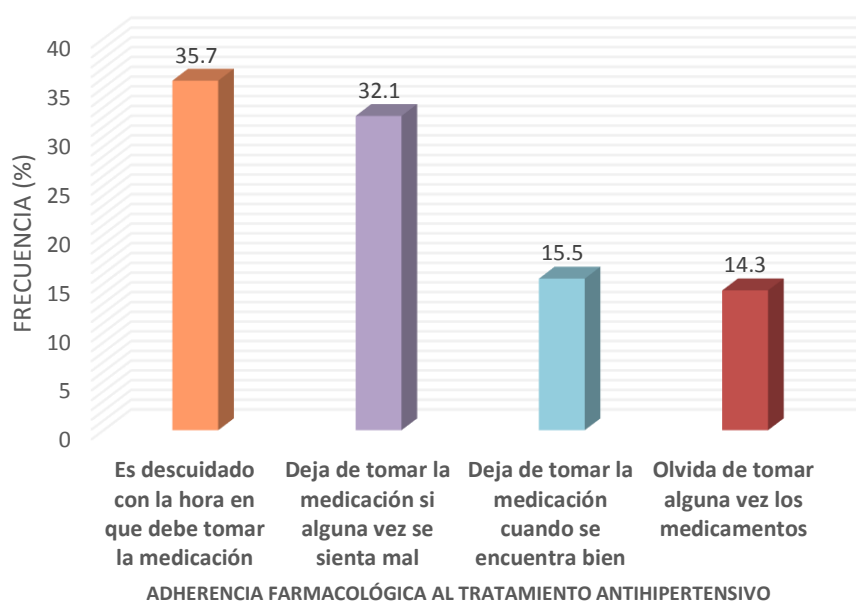
INDICADORES DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

INDICADORES DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA	Nº.	%
Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación	30	35.7
Deja de tomar la medicación si alguna vez se sienta mal	27	32.1
Deja de tomar la medicación cuando se encuentra bien	13	15.5
Olvida de tomar alguna vez los medicamentos	12	14.3
TOTAL	84	100.0

Fuente. Administración de instrumentos de recolección de datos.

GRÁFICO Nº 01

INDICADORES DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.



Fuente. Cuadro Nº 01.

De 84 (100%) de adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo el 35.7% muestra descuido con el horario de la medicación, seguida de dejar de tomar la medicina si se siente mal (32.1%) o no experimenta mejoría (15.5%); en tanto, el 14,3% se olvidó de tomar la medicación en alguna oportunidad. En conclusión, 2 de cada 5 adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo descuida la hora de la medicación.

CUADRO Nº 02

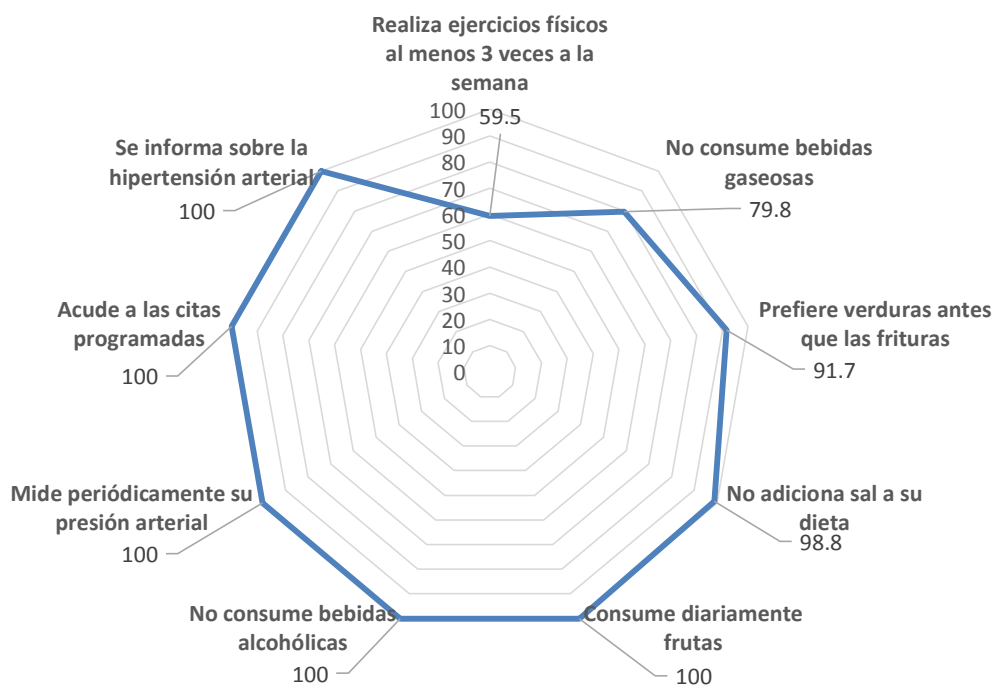
INDICADORES DE ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

INDICADORES DE ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA	Nº.	%
Consume diariamente frutas	84	100.0
No consume bebidas alcohólicas	84	100.0
Mide periódicamente su presión arterial	84	100.0
Acude a las citas programadas	84	100.0
Se informa sobre la hipertensión arterial	84	100.0
No adiciona sal a su dieta	83	98.8
Prefiere verduras antes que las frituras	77	91.7
No consume bebidas gaseosas	67	79.8
Realiza ejercicios físicos al menos 30 minutos al día	68	79.8
Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces a la semana	50	59.5
Realiza actividad física programada por la institución	35	41.7
Evita el consume de carnes rojas	20	23.8
Sube y baja escaleras	10	11.9
Recoge oportunamente sus medicamentos del establecimiento	4	4.8
Prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados	1	1.2
Reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial (zumbidos en el oído, dolor de cabeza, etc.)	1	1.2
TOTAL	84	100.0

Fuente. Administración de instrumentos de recolección de datos.

GRÁFICO Nº 02

INDICADORES DE ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.



Fuente. Cuadro Nº 02.

El 100% de adultos mayores consume diariamente frutas, no consume bebidas alcohólicas, mide periódicamente su presión arterial, acude a sus citas programadas y se informa sobre la hipertensión arterial, respectivamente. Solo el 1.2% prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados y reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial, respectivamente.

CUADRO Nº 03

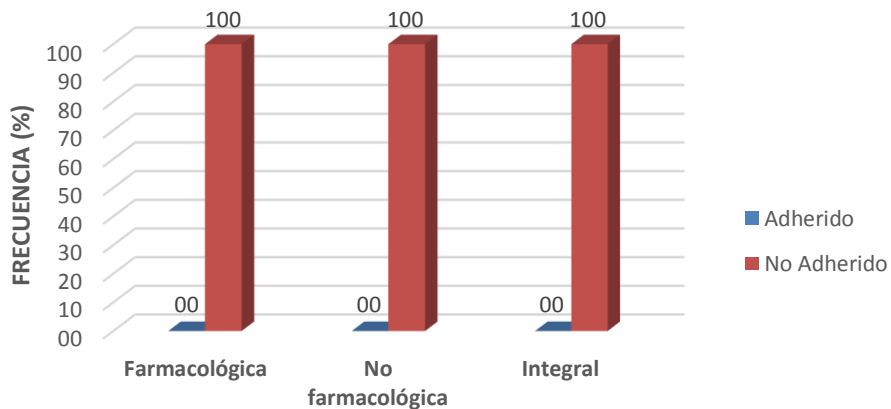
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

TIPO DE ADHERENCIA	Adherido		No Adherido		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Farmacológica	0	0.0	84	100.0	84	100.0
No farmacológica	0	0.0	84	100.0	84	100.0
Integral	0	0.0	84	100.0	84	100.0

Fuente. Administración de instrumentos de recolección de datos.

GRÁFICO Nº 03

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.



ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Fuente. Cuadro Nº 03.

La totalidad de adultos mayores con tratamiento antihipertensivo no está adherido al tratamiento farmacológico y ni al tratamiento no farmacológico.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación trata sobre la adhesión al tratamiento antihipertensivo en una muestra al azar simple de 84 adultos mayores con una edad promedio de 74 años; de los cuales, 30% corresponde al sexo masculino y 54% al femenino. Los resultados más relevantes y contrastados con el marco bibliográfico, se detallan a continuación:

En la Cartera del Adulto Mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, el 35,7% de adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo reportaron descuido con el horario de la medicación, seguido de dejar de tomar la medicina si se sentían mal (32,1%) o cuando no experimentaban mejoría (15,5%); en tanto, el 14,3% se olvidó de tomar la medicación en alguna oportunidad.

En el programa de hipertensión arterial de EsSalud de la Red Tacna, en el año 2013, el 55,5% de pacientes se le olvidó tomar alguna vez los medicamentos antihipertensivos. Además, 25,3% respondió ser descuidado con la hora en que debía tomar la medicación, el 12,8% dejaba de tomar la medicación cuando se encontraba bien y el 12,4% dejaba de tomar la medicación si se sentían mal. ⁽¹⁾

En el consultorio externo de medicina del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, en el año 2015, el 36,2% de adultos hipertensos reportaron una mala adherencia al tratamiento farmacológico. ⁽¹³⁾

En el control de la hipertensión arterial, la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico es imprescindible para prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas: cardiovasculares y metabólicas (co-morbilidades). El personal de salud debe informar a los adultos mayores y sus familias sobre la importancia del cumplimiento del plan terapéutico y de los posibles efectos colaterales derivados de la medicación para prevenir la discontinuidad o el abandono.

Diferentes investigaciones coinciden en señalar que el cumplimiento estricto del plan terapéutico induce la protección cardiovascular. En este entender, la falta de adherencia farmacológica es uno de los principales factores que propician la seudoresistencia: no se trata de una verdadera resistencia al tratamiento, sino que el incumplimiento del plan terapéutico hace que la respuesta terapéutica

sea insuficiente ⁽²⁵⁾, hecho que puede contribuir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Las familias deben participar activamente en el tratamiento farmacológico antihipertensivo de los adultos mayores, garantizando la adecuada adherencia para maximizar el efecto de los medicamentos. Por esta razón, es imprescindible capacitar a los familiares y cuidadores del adulto mayor sobre la importancia de la adherencia terapéutica para prevenir complicaciones futuras que pueden disminuir su calidad de vida.

En la Cartera del Adulto Mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, el 100% de adultos mayores consumía diariamente frutas, no consumían bebidas alcohólicas, medían periódicamente su presión arterial, acudían a las citas programadas y se informaban sobre la hipertensión arterial, respectivamente. Solo el 1,2% prefería caminar antes que subir a vehículos motorizados y reconocía los signos de alarma de la hipertensión arterial, respectivamente.

Entre usuarios hipertensos atendidos en hospital universitario de la ciudad de Cúcuta (Colombia), en el año 2014, el 13,8% presentaron una capacidad de autocuidado media en la dimensión en consumo de alimentos. ⁽⁵⁾

Una investigación entre adultos hipertensos que acudían al consultorio externo de medicina del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, en el año 2015, estableció que el 61,3% presentaban un nivel de autocuidado bueno en alimentación, 95% bueno en evitación de hábitos nocivos, 41,2% malo en actividad física y 50% bueno en la dimensión de descanso. ⁽¹³⁾

En el Hospital I de EsSalud-Nuevo Chimbote, en el año 2015, el 68,4% de adultos mayores reportaron un inadecuado de autocuidado frente a la hipertensión arterial. ⁽⁸⁾

El cumplimiento de las indicaciones que forman parte de la adherencia no farmacológica antihipertensiva fue parcial entre los adultos mayores: realizar ejercicios físicos menos de 3 veces a la semana, no participar en los programas de actividad física programada, continuar consumiendo carnes

rojas, evitar subir y bajar escaleras, preferir desplazarse en vehículos motorizados antes que caminar o no reconocer los signos de alarma de la hipertensión arterial.

La adherencia no farmacológica al tratamiento hipertensivo es igual de importante que la adherencia farmacológica, porque permite potenciar sus beneficios en la salud y en el control de la hipertensión arterial. En consecuencia, modificar las conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables propician una mejor salud y calidad de vida, disminuyendo el riesgo de complicaciones agudas y crónicas.

La hipertensión arterial no controlada puede provocar infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, deficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo, entre otros. ⁽²¹⁾

En la Cartera del Adulto Mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, la totalidad de adultos mayores con tratamiento antihipertensivo no estuvo adherido al tratamiento farmacológico y ni al tratamiento no farmacológico.

En Cuba, en el año 2016, entre adultos mayores de 60 años del Policlínico "26 de Julio" del Municipio Playa, el 58,3% reportaron adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo. ⁽⁶⁾

En el Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud de Lima, solo el 4,5% de adultos mayores hipertensos eran adherentes al tratamiento farmacológico. ⁽¹¹⁾

En el programa de hipertensión arterial de EsSalud de la Red Tacna, en el año 2013, el 31,3% de pacientes presentaron buena adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo y 68,7% mala adherencia. ⁽¹⁾

Entre adultos mayores del Centro de atención primaria III Metropolitano-EsSalud de Ayacucho, en el año 2011, el 69,8% no logro la adhesión farmacológica al tratamiento antihipertensivo y 30,2% si logro esta adhesión. ⁽¹¹⁾

En una muestra de adultos mayores del hospital EsSalud Huamanga, en el año 2011, entre el grupo de edad de 60 a 69 años el 54,4% no lograron la adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo y 9,5% si logro esta adherencia la edad de 70 a 79 años, el 20,7% lograron la adherencia al tratamiento antihipertensivo y 15,4% no lograron esta adherencia. ⁽¹²⁾

Para la Organización Mundial de la Salud, los adultos pueden contribuir al tratamiento hipertensivo tomando la medicación prescrita, cambiando su modo de vida y vigilando su salud. ⁽²¹⁾

El control de la hipertensión arterial demanda la adherencia farmacológica pero además la modificación de conductas de riesgo para adoptar estilos de vida saludables. Ambas medidas son necesarias para maximizar sus efectos positivos en la salud.

CONCLUSIONES

1. El 100% de adultos mayores no está adherido al tratamiento farmacológico antihipertensivo.
2. El 100% de adultos mayores no está adherido al tratamiento no farmacológico antihipertensivo.
3. El 100% de adultos mayores no está adherido al tratamiento antihipertensivo

RECOMENDACIONES

1. A la dirección del CAP III, socializar los resultados de esta investigación entre el equipo de salud para fortalecer las intervenciones de educación, información y comunicación acerca de las repercusiones de la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo.
2. Al personal de salud de la cartera del adulto mayor, fomentar la adherencia farmacológica y no farmacológica al tratamiento antihipertensivo para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial (cardiovasculares y metabólicas).
3. A los familiares y cuidadores, participar activamente en el tratamiento antihipertensivo del adulto mayor para garantizar la adecuada adherencia al tratamiento. Es necesario fortalecer la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor.
4. A los adultos mayores, cumplir con las citas programadas para el control de la hipertensión.
5. A los bachilleres de enfermería, continuar con el desarrollo de investigaciones sobre la adherencia al tratamiento de las diferentes enfermedades crónicas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) Apaza GA. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de EsSalud – Red Tacna, Febrero 2013. Tesis de titulación. Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
- (2) Merino L. Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Tesis de máster. España: Publica Universitas Navarrensis; 2013.
- (3) INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2014. Lima: INEI; 2015.
- (4) Martínez C. Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el centro de atención primaria III Metropolitano – EsSalud. Ayacucho, 2011. Tesis de titulación. Ayacucho – Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2012.
- (5) Vega O. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 30 (2): 133-145.
- (6) López SA, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016, 15(1).
- (7) Aguado E, Arias M, Sarmiento G, Danjoy D. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. Rev enferm Herediana. 2014;7(2):132-139

- (8) Paredes V. Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital I de EsSalud-Nuevo Chimbote, 2015. Tesis de licenciatura. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2015.
- (9) Zevallos C. Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes del programa de hipertensión arterial. Hospital San Juan de Dios-Pisco Junio 2016. Tesis de licenciatura. Chincha: Universidad Privada San Juan Bautista.
- (10) Moscoso M. Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones cardiovasculares del adulto hipertenso que asiste al consultorio de cardiología del Policlínico Municipal de Jesús María - UBAP - Es Salud - enero 2017. Tesis de especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
- (11) Limaylla ML. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria III Huaycan – EsSalud. Tesis de maestría. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- (12) Echevarría EM, Chávez S. Factores relacionados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del hospital EsSalud. Huamanga. Ayacucho, 2011. Tesis de licenciatura. Ayacucho-Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2012.
- (13) Mendoza C. Nivel de autocuidado del adulto hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2015. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2015.
- (14) López LA, Romero SL, Parra DI, Rojas LZ. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 117-137.
- (15) Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care* Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.
- (16) PFIZER. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para el mejoramiento de la calidad de vida. España: PFIZER; s.f. Recuperado de

https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf.

- (17) García AM, Leiva F, Martos F, García AJ, Prados D, Sánchez et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia (And). 2000; 1(1):13-19.
- (18) MINSA: Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 031/2015/MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Lima: MINSA; 2015.
- (19) MINSA: Ministerio de Salud. Mide tu presión y ayuda a tu corazón. Lima: MINSA; 2017. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/hipertension/index.asp?op=1>
- (20) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Complete Report. The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No04-5230; 2004. Recuperado de <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>.
- (21) OMS: Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión arterial. OMS: Geneva; 2015. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- (22) Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación científica. México: McGraw-Hill; 2014.
- (23) Moisés BW, Ango J, Palomino VA, Feria EE. Diseño del proyecto de investigación científica. Primera ed. Lima: San Marcos; 2018.
- (24) Abad FJ, García C, Gil B, Olea J, Ponsoda V, Revuelta J. Introducción a la psicometría: teoría clásica de los test y teoría de la respuesta al ítem. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
- (25) Bendersky M. Importancia del cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. España: SIIC; 2015.

ANEXOS

Anexo 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III
ESSALUD AYACUCHO, 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
GENERAL	GENERAL	La presente investigación prescindirá de la formulación de hipótesis por su naturaleza descriptiva de la pregunta y sub-preguntas. ¹	PRINCIPAL	Enfoque: Cuantitativo. Diseño: Descriptivo Población muestreada: 95 (76%) adultos mayores hipertensos del CAP III EsSalud Huamanga. Muestra: 84 adultos mayores hipertensos del CAP III EsSalud Huamanga, determinada con la siguiente fórmula estadística: $n \geq NZ_{\alpha/2}^2 pq / \{ [E^2 N - 1] + [Z_{\alpha/2}^2 pq] \}$ Técnica: Encuesta. Evaluación psicométrica Instrumentos: ➤ Cuestionario ➤ Test de adherencia farmacológica. Tratamiento estadístico: Descriptivo con el cálculo de las proporciones.
¿Cuál es la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Cartera del Adulto Mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, 2017?	Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Cartera del Adulto Mayor del CAP III EsSalud Ayacucho, 2017.		X. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO X ₁ . Farmacológica X ₂ . No farmacológica	
ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS		SECUNDARIA	
a) ¿Cuál es la adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo? b) ¿Cuál es la adherencia no farmacológica al tratamiento antihipertensivo?	a) Identificar la adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo. b) Identificar la adherencia no farmacológica al tratamiento antihipertensivo.	Y. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y ₁ . Edad. Y ₂ . Sexo. Y ₃ . Ocupación. Y ₄ . Estado civil. Y ₅ . Nivel de instrucción.		

¹ Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación científica*. México: McGraw-Hill; 2014.

Anexo 02

TEST DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA

FECHA:/...../.....

FICHA N° _____

INTRODUCCIÓN. El presente Test de Morinsky – Green – Levine, tiene como propósito conocer la adhesión al tratamiento antihipertensivo farmacológico, el que será útil solo para efectos de estudio. Para ello, requerimos su comprensión, colaboración y la disposición de su tiempo para responder cada una de las preguntas.

INSTRUCCIONES. Llene los espacios en blanco y marque la opción de respuesta que más se adecua con su experiencia.

I. DATOS GENERALES:

1.1. ¿Cuál es tu edad? _____ años.

1.2. ¿Cuál es tu sexo?

Femenino ()

Masculino ()

1.3. ¿Cuál es su ocupación?

Empleado ()

Desempleado ()

Independiente ()

Jubilado ()

Hogar ()

Otros ()

1.4. ¿Cuál es su estado civil?

Casado (a) ()

Soltero (a) ()

Divorciado (a) ()

Viudo(a) ()

1.5. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

Ninguna ()

Primaria completa ()

Primaria incompleta ()

- Secundaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Técnico completo ()
- Técnico incompleto ()
- Superior completo ()
- Superior incompleto ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

2.1. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?

- Sí ()
- No ()

2.2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?

- Sí ()
- No ()

2.3. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?

- Sí ()
- No ()

2.4. Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?

- Sí ()
- No ()

**CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA NO FARMACOLOGICA AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO**

TEST DE ADHESIÓN

FECHA:/...../.....

FICHA N° _____

INTRODUCCIÓN. El presente Test de Morinsky – Green – Levine, tiene como propósito conocer la adhesión al tratamiento antihipertensivo no farmacológico, el que será útil solo para efectos de estudio. Para ello, requerimos su comprensión, colaboración y la disposición de su tiempo para responder cada una de las preguntas.

INSTRUCCIONES. Llene los espacios en blanco y marque la opción de respuesta que más se adecua con su experiencia

II. DATOS GENERALES:

I. DIETA

3.1. ¿Adiciona sal a su dieta?

Sí ()

No ()

3.2. ¿Consumes bebidas gaseosas como la Coca Cola?

Sí ()

No ()

3.3. ¿Prefiere las frituras antes que las verduras?

Sí ()

No ()

3.4. ¿Consumes diariamente frutas?

Sí ()

No ()

3.5. ¿Consumes bebidas alcohólicas?

Sí ()

No ()

3.6. ¿Consumes al menos 1 vez a la semana carnes rojas?

Sí ()

No ()

II. ACTIVIDAD FÍSICA

4.1. ¿Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces a la semana?

Sí ()

No ()

4.2. ¿Realiza ejercicios físicos al menos 30 minutos al día?

Sí ()

No ()

4.3. ¿Realiza actividad física programada por la institución?

Sí ()

No ()

4.4. ¿Prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados?

Sí ()

No ()

4.5. ¿Sube y baja escaleras?

Sí ()

No ()

III. AUTOCUIDADO

5.1. ¿Mide periódicamente su presión arterial?

Sí ()

No ()

5.2. ¿Recoge oportunamente sus medicamentos del establecimiento?

Sí ()

No ()

5.3. ¿Acude a las citas programadas?

Sí ()

No ()

5.4. ¿Reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial (zumbidos en el oído, dolor de cabeza, etc)?

Sí ()

No ()

5.5. ¿Busca información sobre la hipertensión arterial y la importancia del cumplimiento del tratamiento?

Sí ()

No ()

Anexo 03

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

TEST DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA

Estadísticas de fiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
,721	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Kuder Richardson si el elemento se ha suprimido
A1	7,70	3,567	,130	,804
A2	7,90	1,878	,561	,639
A3	8,20	2,622	,558	,648
A4	8,00	1,333	,913	,325

**CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA NO FARMACOLOGICA AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO**

Estadísticas de fiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
,932	16

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Kuder Richardson si el elemento se ha suprimido
A1	39,80	53,733	,230	,935
A2	40,00	45,111	,824	,923
A3	40,30	50,678	,538	,931
A4	40,10	44,322	,879	,921
A5	39,80	46,400	,791	,924
A6	39,80	50,178	,547	,931
A7	40,20	51,956	,351	,934
A8	40,20	48,178	,634	,929
A9	40,30	46,233	,860	,922
A10	40,00	44,667	,868	,922
A11	39,70	50,900	,562	,930
A12	39,80	54,178	,134	,937
A13	40,40	50,267	,642	,929
A14	40,20	44,178	,885	,921
A15	40,00	45,333	,802	,924
A16	39,90	49,211	,596	,929

Anexo 04

VALIDEZ DE INSTRUMENTOS

Escuela Académico Profesional de Enfermería - UAP



FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombres y apellidos: Romeo Córdova Arango
 1.2. Grado académico/ Título profesional: Nutricionista
 1.3. Institución donde labora: Essalud

II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

- Esencial.** Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
- Útil.** Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
- Innecesario.** El ítem debería ser eliminado.

Nº	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Escala de valoración		
		Innecesario 1	Útil 2	Esencial 3
I. DATOS GENERALES				
1.1	¿Cuál es su edad?			X
1.2	¿Cuál es su sexo?			X
1.3	¿Cuál es su ocupación?			X
1.4	¿Cuál es su estado civil?		X	
1.5	¿Cuál es su nivel de instrucción?			X
II. DATOS ESPECÍFICOS				
FARMACOLÓGICO				
2.1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?			X
2.2	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?			X
2.3	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?			X
2.4	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?			X
NO FARMACOLÓGICO				
DIETA				
2.6	¿Adiciona sal a su dieta habitual?		X	
2.7	¿Consume bebidas gaseosas como la Coca Cola?		X	
2.8	¿Prefiere las frituras antes que las verduras?			X
2.9	¿Consume diariamente frutas?			X
2.10	¿Consume bebidas alcohólicas?			X
2.11	¿Consume al menos 1 vez a la semana carnes rojas?			X
ACTIVIDAD FÍSICA				
2.12	¿Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces a la semana?			X
2.13	¿Realiza ejercicios físicos al menos 30 minutos al día?			X
2.14	¿Realiza actividad física programada por la institución?			X
2.15	¿Prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados?			X

[Signatures and stamps of experts]
 Billy Williams Mases-Alos, Ph.D.
 Doctor of Philosophy
 Sociology
 Romeo Córdova Arango
 NUTRICIONISTA
 CNP-1804
 Essalud

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)

Escuela Académico Profesional de Enfermería - UAP



[Signature]
 Billy Williams/Moises Flores, Ph.D.
 Doctor of Philosophy
 Sociology

2.16	¿Sube y baja escaleras?			X
AUTOCUIDADO				
2.17	¿Mide periódicamente su presión arterial?			X
2.18	¿Recoge oportunamente sus medicamentos del establecimiento?			X
2.19	¿Acude a las citas programadas?			X
2.20	¿Reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial (zumbidos de oídos, dolor de cabeza, etc)?			X
2.21	¿Se informa sobre la hipertensión arterial?			X

[Signature]
 Jimeno Cardona Arangicé
 MSc. en Gerencia
 CNP: 1634
 EsSalud

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)



FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombres y apellidos: Elvira Bravo Rodriguez
 1.2. Grado académico/ Título profesional: Lic. en Enfermería
 1.3. Institución donde labora: ESSALUD - UAP

II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

1. **Esencial.** Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
 2. **Útil.** Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
 3. **Innecesario.** El ítem debería ser eliminado.

N°	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
I. DATOS GENERALES				
1.1	¿Cuál es su edad?			✓
1.2	¿Cuál es su sexo?			✓
1.3	¿Cuál es su ocupación?			✓
1.4	¿Cuál es su estado civil?			✓
1.5	¿Cuál es su nivel de instrucción?			✓
II. DATOS ESPECÍFICOS				
FARMACOLÓGICO				
2.1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?			✓
2.2	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?			✓
2.3	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?			✓
2.4	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?			✓
NO FARMACOLÓGICO				
DIETA				
2.6	¿Adiciona sal a su dieta habitual?			✓
2.7	¿Consume bebidas gaseosas como la Coca Cola?			✓
2.8	¿Prefiere las frituras antes que las verduras?			✓
2.9	¿Consume diariamente frutas?			✓
2.10	¿Consume bebidas alcohólicas?			✓
2.11	¿Consume al menos 1 vez a la semana carnes rojas?			✓
ACTIVIDAD FÍSICA				
2.12	¿Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces a la semana?			✓
2.13	¿Realiza ejercicios físicos al menos 30 minutos al día?			✓
2.14	¿Realiza actividad física programada por la institución?			✓
2.15	¿Prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados?			✓

Elvira Bravo Rodriguez
 Billy Williams Mejías Ríos, PhD.
 Doctor of Philosophy
 Sociology

Elvira Bravo Rodriguez
 Lic. en Enfermería
 C.E.P. 34363
 CAP III N.º 100 Apurucayo
 Red Asistencial Apurucayo

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)



[Signature]
Billy Williams Moscoso Flores, PhD.
 Doctor of Philosophy
 Sociology

2.16	¿Sube y baja escaleras?				✓
AUTOCAIDADO					
2.17	¿Mide periódicamente su presión arterial?				✓
2.18	¿Recoge oportunamente sus medicamentos del establecimiento?				✓
2.19	¿Acude a las citas programadas?				✓
2.20	¿Reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial (zumbidos de oídos, dolor de cabeza, etc)?				✓
2.21	¿Se informa sobre la hipertensión arterial?				✓

[Signature]
 Lic. en Enfermería
 C.A.P. III Metropolitano Ayacucho
 Rod. Antismarial Ayacucho
 2013

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)



FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombres y apellidos: MARLO ANDRÉS OCHOA PACHECO
 1.2. Grado académico/ Título profesional: LIC. EN EDUCACIÓN
 1.3. Institución donde labora: UNIVERSIDAD "ALAS PERUANAS"

II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

- Esencial.** Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
- Útil.** Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
- Innecesario.** El ítem debería ser eliminado.

Nº	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
I. DATOS GENERALES				
1.1	¿Cuál es su edad?			X
1.2	¿Cuál es su sexo?			X
1.3	¿Cuál es su ocupación?			X
1.4	¿Cuál es su estado civil?			X
1.5	¿Cuál es su nivel de instrucción?			X
II. DATOS ESPECÍFICOS				
FARMACOLÓGICO				
2.1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?			X
2.2	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?			X
2.3	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?			X
2.4	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?			X
NO FARMACOLÓGICO				
DIETA				
2.6	¿Adiciona sal a su dieta habitual?			X
2.7	¿Consume bebidas gaseosas como la Coca Cola?			X
2.8	¿Prefiere las frituras antes que las verduras?			X
2.9	¿Consume diariamente frutas?			X
2.10	¿Consume bebidas alcohólicas?			X
2.11	¿Consume al menos 1 vez a la semana carnes rojas?			X
ACTIVIDAD FÍSICA				
2.12	¿Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces a la semana?			X
2.13	¿Realiza ejercicios físicos al menos 30 minutos al día?			X
2.14	¿Realiza actividad física programada por la institución?			X
2.15	¿Prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados?			X

Billy Williams
 Billy Williams Moscoso Lara, PhD.
 Doctor of Philosophy
 Sociology

Marlo
 Lic. MARLO ANDRÉS OCHOA PACHECO
 C.F.Pe. 0823290099

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)



[Handwritten signature]
 Billy Williams Moyses Rios, Ph.D.
 Doctor of Philosophy
 Sociology

2.16	¿Sube y baja escaleras?			X
AUTOCUIDADO				
2.17	¿Mide periódicamente su presión arterial?			X
2.18	¿Recoge oportunamente sus medicamentos del establecimiento?			X
2.19	¿Acude a las citas programadas?			X
2.20	¿Reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial (zumbidos de oídos, dolor de cabeza, etc)?			X
2.21	¿Se informa sobre la hipertensión arterial?			X

[Handwritten signature]
 DR. MARIO ANDRÉS OCHATOJA PALOMINO
 CPP 0828290099

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)



FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombres y apellidos: JUDITH AUREA OSAYO
 1.2. Grado académico/ Título profesional: La Especialista
 1.3. Institución donde labora: CS Base

II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

- Esencial.** Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
- Útil.** Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
- Innecesario.** El ítem debería ser eliminado.

Nº	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
I. DATOS GENERALES				
1.1	¿Cuál es su edad?		X	
1.2	¿Cuál es su sexo?		X	
1.3	¿Cuál es su ocupación?			X
1.4	¿Cuál es su estado civil?		X	
1.5	¿Cuál es su nivel de instrucción?		X	
II. DATOS ESPECÍFICOS				
FARMACOLÓGICO				
2.1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?			X
2.2	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?			X
2.3	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?		X	
2.4	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?		X	
NO FARMACOLÓGICO				
DIETA				
2.6	¿Adiciona sal a su dieta habitual?			X
2.7	¿Consumo bebidas gaseosas como la Coca Cola?			X
2.8	¿Prefiere las frituras antes que las verduras?			X
2.9	¿Consumo diariamente frutas?			X
2.10	¿Consumo bebidas alcohólicas?			X
2.11	¿Consumo al menos 1 vez a la semana carnes rojas?			X
ACTIVIDAD FÍSICA				
2.12	¿Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces a la semana?			X
2.13	¿Realiza ejercicios físicos al menos 30 minutos al día?			X
2.14	¿Realiza actividad física programada por la institución?		X	
2.15	¿Prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados?			X

Judith Osayo
Billy Williams Morán Ríos, PhD.
 Doctor en Filosofía
 Sociología

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)

Judith Osayo
Lic. Judith Avilés Osayo
 Licenciada en Enfermería
 CEB/25260

Escuela Académico Profesional de Enfermería - UAP



De la
Billy Williams Misset Rios, Ph.D.
 Doctor of Philosophy
 Sociology

2.16	¿Sube y baja escaleras?			X
AUTOCUIDADO				
2.17	¿Mide periódicamente su presión arterial?			X
2.18	¿Recoge oportunamente sus medicamentos del establecimiento?			X
2.19	¿Acude a las citas programadas?			X
2.20	¿Reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial (zumbidos de oídos, dolor de cabeza, etc)?			X
2.21	¿Se informa sobre la hipertensión arterial?		X	

AV
Lic. Judith Avilés Osorio
 Licenciada en Enfermería
 CEP: 25260

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)



FORMULARIO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombres y apellidos: Milagros Patricia Gonzalez
 1.2. Grado académico/ Título profesional: Lic Enfermería
 1.3. Institución donde labora: ESSALUD

II. DATOS ESPECÍFICOS

Evalúe cada uno de los ítems del instrumento según la siguiente escala:

- Esencial.** Cuando considere que el ítem está bien redactado y debe incluirse (es pertinente).
- Útil.** Cuando considere que el ítem debe estar incluido pero debe ser modificado.
- Innecesario.** El ítem debería ser eliminado.

N°	DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	Innecesario	Útil	Esencial
		1	2	3
I. DATOS GENERALES				
1.1	¿Cuál es su edad?			X
1.2	¿Cuál es su sexo?		X	
1.3	¿Cuál es su ocupación?		X	
1.4	¿Cuál es su estado civil?			X
1.5	¿Cuál es su nivel de instrucción?			X
II. DATOS ESPECÍFICOS				
FARMACOLÓGICO				
2.1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?			X
2.2	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?			X
2.3	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?			X
2.4	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?			X
NO FARMACOLÓGICO				
DIETA				
2.6	¿Adiciona sal a su dieta habitual?		X	
2.7	¿Consume bebidas gaseosas como la Coca Cola?			X
2.8	¿Prefiere las frituras antes que las verduras?		X	
2.9	¿Consume diariamente frutas?		X	
2.10	¿Consume bebidas alcohólicas?			X
2.11	¿Consume al menos 1 vez a la semana carnes rojas?		X	
ACTIVIDAD FÍSICA				
2.12	¿Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces a la semana?		X	
2.13	¿Realiza ejercicios físicos al menos 30 minutos al día?		X	
2.14	¿Realiza actividad física programada por la institución?	X		
2.15	¿Prefiere caminar antes que subir a vehículos motorizados?	X		

*Billy Williams Masis M.D., PH.D.
 Doctor of Philosophy
 Sociology*

*Milagros Patricia Gonzalez
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP 183/P*

Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)



Handwritten signature
 Doctor of Philosophy / Sociology
 Billy Williams-Morris, Ph.D.

2.16	¿Sube y baja escaleras?	X		
AUTOCAUIDADO				
2.17	¿Mide periódicamente su presión arterial?		X	
2.18	¿Recoge oportunamente sus medicamentos del establecimiento?			X
2.19	¿Acude a las citas programadas?		X	
2.20	¿Reconoce los signos de alarma de la hipertensión arterial (zumbidos de oídos, dolor de cabeza, etc)?			X
2.21	¿Se informa sobre la hipertensión arterial?	X		



Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo... (Aristóteles)

Anexo 04

CUADROS COMPLEMENTARIOS

CUADRO N° 04

**EDAD DE LOS PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL
CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.**

	f_i	h_i	F_i%	H_i%
60	7	8,3	7	8,3
61	4	4,8	11	13,1
62	5	6,0	16	19,0
63	3	3,6	19	22,6
64	6	7,1	25	29,8
65	7	8,3	32	38,1
66	8	9,5	40	47,6
67	4	4,8	44	52,4
68	9	10,7	53	63,1
69	6	7,1	59	70,2
70	8	9,5	67	79,8
71	3	3,6	70	83,3
72	4	4,8	74	88,1
73	1	1,2	75	89,3
74	9	10,7	84	100,0
Total	84	100,0		

Fuente. Administración de instrumentos de recolección de datos.

CUADRO N° 05

SEXO DE LOS PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

Sexo	Nº	%
Femenino	54	64,3
Masculino	30	35,7
Total	84	100,0

Fuente. Administración de instrumentos de recolección de datos.

CUADRO N° 06

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

Ocupación	Nº	%
Desempleado	2	2,4
Independiente	14	16,7
Jubilado	28	33,3
Hogar	40	47,6
Total	84	100,0

Fuente. Administración de instrumentos de recolección de datos.

CUADRO N° 07

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

Estado civil	Nº	%
Casado (a)	54	64,3
Soltero (a)	1	1,2
Divorciado (a)	7	8,3
Viudo (a)	22	26,2
Total	84	100,0

Fuente. Administración de instrumentos de recolección de datos.

CUADRO Nº 08

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA CARTERA DEL ADULTO MAYOR DEL CAP III ESSALUD AYACUCHO, 2017.

Nivel de instrucción	Nº	%
Primaria completa	13	15,5
Primaria incompleta	4	4,8
Secundaria completa	21	25,0
Secundaria incompleta	11	13,1
Técnico completo	9	10,7
Técnico incompleto	8	9,5
Superior completo	11	13,1
Superior incompleto	7	8,3
Total	84	100,0

Fuente. Administración de instrumentos de recolección de datos.

Anexo 05

ICONOGRAFÍA



**Encuestando a un adulto mayor en el CAP III del EsSalud Ayacucho,
sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo.**