

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

TESIS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN
ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL
BARRANCA CAJATAMBO Y SBS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

GARCÍA SIMÓN, ISABEL SOFÍA

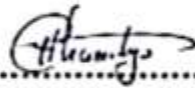
VILCABANA MANAYAY, DIANA CAROLINA

BARRANCA - PERÚ

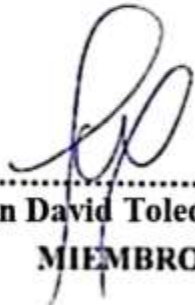
2025



.....
Dr. Enrique Daniel González Ayala
PRESIDENTE



.....
Mg. Herminda Consuelo Chambergo Valverde
MIEMBRO



.....
Mg. Juan David Toledo Figueroa
MIEMBRO



.....
Dra. Kattia Ochoa Vigo
ASESOR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Barranca, 18 de diciembre de 2025

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los integrantes del Jurado Evaluador

Presidente: Dr. ENRIQUE DANIEL GONZÁLEZ AYALA
Miembro: Mg. HERMINDA CONSUELO CHAMBERGO VALVERDE
Miembro: Mg. JUAN DAVID TOLEDO FIGUEROA
Asesora: Dra. KATTIA OCHOA VIGO

Se reúnen para evaluar la sustentación de la tesis titulada:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS

Presentado por las Bachilleres:

GARCÍA SIMÓN, ISABEL SOFÍA
VILCABANA MANAYAY, DIANA CAROLINA

Para optar el Título Profesional de: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Luego de haber evaluado la sustentación de la tesis, concluye calificar a:

(Apellidos y Nombres) GARCÍA SIMÓN, ISABEL SOFÍA VILCABANA MANAYAY, DIANA CAROLINA			Nota: 17	
Sobresaliente ()	Muy bueno (X)	Bueno ()	Regular ()	Desaprobado ()



Dr. ENRIQUE DANIEL GONZÁLEZ AYALA
Presidente



Mg. HERMINDA CONSUELO CHAMBERGO VALVERDE
Miembro



Mg. JUAN DAVID TOLEDO FIGUEROA
Miembro



Dra. KATTIA OCHOA VIGO
Asesora

16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	hdl.handle.net	1%
2	Trabajos del estudiante	Universidad Católica de Santa María on 2025-02-20	<1%
3	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
4	Internet	repositorio.unab.edu.pe	<1%
5	Trabajos del estudiante	Universidad Cesar Vallejo on 2023-06-24	<1%
6	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
7	Trabajos del estudiante	Universidad Católica De Cuenca on 2019-07-05	<1%

DEDICATORIA

Con infinita gratitud a Dios, por brindarme sabiduría y fuerzas cada día; a mi mami Nely, por todo su esfuerzo, amor y compañía; a mi papi Víctor, por todo su cariño y apoyo incondicional mientras estuvo a mi lado. Siempre estás presente, tus enseñanzas y valores los llevo conmigo. Gracias por tanto a ambos.

A Kathy y a mis hermanos, por todo el apoyo que me brindan; a mi querida Lunita, mi compañera durante estas largas noches; y a mí, gracias por no rendirte

ISABEL SOFÍA GARCÍA SIMÓN

A Dios por permitirme a llegar a cumplir uno de mis objetivos. A mi madre Rosa, por su amor incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y por creer en mí incluso en los momentos en que yo dudaba. A mi papito Marcial, que desde el cielo me iluminas para seguir adelante con todos mis proyectos A mi hermana Irma, por su apoyo constante, su compañía y sus palabras de aliento, han sido mi refugio en los días difíciles y me han impulsado a seguir adelante. Y a mí fiel compañera Cloe.

DIANA VILCABANA MANAYAY

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por brindarnos fuerza y sabiduría cada día, permitiéndonos culminar este trabajo de investigación a pesar de las dificultades.

A nuestra asesora, Dra. Kattia Ochoa Vigo, por su orientación y guía constante; agradecemos infinitamente su apoyo incondicional y los conocimientos compartidos.

A la Universidad Nacional de Barranca, por ser nuestra casa de estudios y brindarnos herramientas académicas y valores que nos permitirán ejercer nuestra profesión de manera ética y responsable.

A nuestros padres, familiares y todas las personas que nos apoyaron y motivaron a seguir adelante con este proyecto, les agradecemos profundamente su acompañamiento y confianza.

“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” (Filipenses 4:13)

SOFÍA Y DIANA

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotros, GARCÍA SIMÓN, ISABEL SOFÍA, VILCABANA MANAYAY, DIANA CAROLINA, bachilleres en Enfermería – Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Barranca, identificados con DNI N° 76610263 Y 77201526 respectivamente, de la tesis que lleva por título “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS”, declaramos bajo juramento:

1. La presente tesis es de nuestra autoría
2. Toda la documentación es veraz y auténtica
3. Los datos exhibidos en los resultados son verídicos, no se han falseado, menos se han duplicado o plagiado.

Si por algún motivo se llegara a identificar algún fraude donde se presente datos falsos, plagio, donde la información se encuentra sin citas con sus respectivos autores, auto plagio, como nueva investigación propia que ya haya sido publicada, nosotros asumimos las consecuencias que, de nuestras acciones se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente según la Directiva aprobada por la Resolución de Comisión Organizadora N°864- 2023-UNAB de la Universidad Nacional de Barranca.

Barranca 18, de diciembre de 2025



García Simón, Isabel Sofía
DNI: 76610263



Vilcabana Manayay, Diana Carolina
DNI: 77201526

ÍNDICE

CONTRA CARÁTULA.....	ii
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS.....	iii
RESUMEN DEL REPORTE DE SIMILITUD DE TURNITIN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	vii
ÍNDICE.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
II. INFORMACIÓN GENERAL.....	1
III. RESUMEN.....	2
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO.....	4
4.1. Situación del problema.....	4
4.2. Formulación del problema.....	7
V. JUSTIFICACIÓN.....	8
VI. ANTECEDENTES Y/O ESTADO DEL ARTE.....	9
6.1.1. Antecedentes Internacionales.....	9
6.1.2. Antecedentes Nacionales.....	11
VII. HIPÓTESIS Y VARIABLE DE ESTUDIO.....	23
7.1. Hipótesis.....	23
7.2. Variable de Estudio.....	23
7.3. Operacionalización de las variables.....	24
VIII. OBJETIVOS.....	26
8.1. Objetivo General.....	26
8.2. Objetivos específicos.....	26
IX. METODOLOGÍA.....	27
9.1. Tipo, enfoque y diseño de estudio.....	27
9.2. Población, muestra y unidad de análisis.....	27
9.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	29
9.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
9.5. Procedimiento de recolección de datos.....	30
9.6. Análisis de datos.....	31
X. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
XI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
11.1. Resultados.....	33
11.2. Discusión.....	38
XII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
XIV. ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Categorías de presión arterial en adultos - ACC/AHA 2017.....	15
Tabla 2. Clasificación de la presión arterial en adultos - JNC 7.....	16
Tabla 3. Características sociodemográficas en adultos mayores hipertensos, Hospital Barranca Cajatambo y SBS, Julio-agosto 2025.....	33
Tabla 4. Presión arterial en adultos mayores hipertensos, Hospital Barranca Cajatambo y SBS, Julio-agosto 2025.....	35
Tabla 5. Adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos, Hospital Barranca Cajatambo y SBS, Julio-agosto 2025.....	36
Tabla 6. Adherencia al tratamiento y control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión, Hospital Barranca Cajatambo y SBS, Julio-agosto 2025.....	37

II. INFORMACIÓN GENERAL

2.1. Título del Proyecto

- Adherencia al tratamiento y control de la presión arterial en adultos mayores hipertensos, Hospital Barranca Cajatambo y SBS.

2.2. Autoras

- García Simón, Isabel Sofía
- Vilcabana Manayay, Diana Carolina

2.3. Asesor

- Dra. Ochoa Vigo Kattia

2.4. Tipo de investigación

- Investigación Aplicada

2.5. Programa y línea de investigación vigente

- Programa: Enfermería
- Línea de investigación: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

2.6. Duración del proyecto

- Fecha de inicio: enero 2025
- Fecha de término: junio 2025

2.7. Localización del proyecto

- Hospital Barranca Cajatambo y Servicios Básicos de Salud-SBS

III. RESUMEN

Introducción: la hipertensión es una causa común de muerte en el mundo y constituye un factor de riesgo para diversas enfermedades incapacitantes. La falta de adherencia al tratamiento obstaculiza el control óptimo de la hipertensión en los pacientes, incrementado directamente la morbimortalidad. **Objetivo:** determinar el nivel de asociación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en los adultos mayores con hipertensión que asisten al Hospital Barranca Cajatambo y SBS. **Metodología:** investigación de tipo aplicada, enfoque cuantitativo, diseño correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por 438 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial y una muestra de 205 elegidos mediante muestreo no probabilístico. La recolección de datos fue realizada por las investigadoras durante el tercer trimestre de 2025, utilizando la técnica de entrevista, un cuestionario de adherencia, una ficha de registro y la medición de la presión arterial. Para analizar los datos se utilizó el *Software* SPSS versión 26 mediante estadígrafos para las univariadas y para las bivariadas la prueba de *rho* de *Spearman*, considerando significativo un $p \leq 0.05$. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la UNAB. **Resultados:** se evidenció que el 50.2% de los pacientes presentó una adherencia total al tratamiento, el 41.5% adherencia parcial y el 8.3% no adherencia. En cuanto al control de la presión arterial, el 49.3% presentó valores de presión arterial en el rango de prehipertensión, existiendo asociación negativa entre la adherencia al tratamiento y los valores de la presión arterial ($r = -0.40$; $p = 0.000$). **Conclusión:** existe una asociación significativa inversa moderada entre adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en los adultos mayores con hipertensión asistentes al Hospital de Barranca.

Palabras clave: hipertensión, adherencia al tratamiento, Monitoreo Domiciliario de la Presión Arterial, adulto mayor, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: hypertension is a common cause of death worldwide and a risk factor for various disabling diseases. Lack of adherence to treatment hinders optimal hypertension control in patients, directly increasing morbidity and mortality. **Objective:** to determine the level of association between treatment adherence and blood pressure control in older adults with hypertension attending the Barranca Cajatambo Hospital and the SBS (Social Security System). **Methodology:** this applied research study used a quantitative approach and a correlational, cross-sectional design. The population consisted of 438 older adults diagnosed with hypertension, and a sample of 205 was selected using non-probability sampling. Data collection was carried out by the researchers during the third quarter of 2025, using interviews, an adherence questionnaire, a registration form, and blood pressure measurement. To analyze the data, SPSS version 26 software was used, employing statistical tests for univariate variables and Spearman's rho test for bivariate variables, considering a p-value ≤ 0.05 statistically significant. The project was approved by the Research Ethics Committee of UNAB. **Results:** it was found that 50.2% of patients showed full adherence to treatment, 41.5% partial adherence, and 8.3% non-adherence. Regarding blood pressure control, 49.3% presented blood pressure values in the prehypertensive range, with a negative association between treatment adherence and blood pressure values ($r = -0.40$; $p = 0.000$). **Conclusion:** There is a moderate, significant, inverse association between treatment adherence and blood pressure control in older adults with hypertension attending the Barranca Hospital.

Keywords: hypertension, treatment adherence, home blood pressure monitoring, older adults, nursing

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO

4.1. Situación del problema:

En el mundo existen aproximadamente 1400 millones de personas entre 30 a 79 años, que padecen de presión arterial alta, la mayoría vive en países de ingresos bajos y medios¹. La hipertensión arterial aumentó desde 1990, siendo las mujeres con mayor prevalencia, mientras que en 2019 los hombres alcanzaron altas tasas de hipertensión arterial. Los países como Canadá y Perú tienen menor incidencia de presión arterial alta según edad en ambos sexos, aunque en los países de Asia y de Europa el índice fue mayor en mujeres; por otro lado, en diversos países de bajos y medianos ingresos como Eritrea, Bangladesh, Etiopía y las Islas Salomón se registraron una mayor incidencia en varones².

Según el grupo de enfermedades cardiovasculares, la presión arterial alta es una de las causas de muerte más comunes a nivel mundial. Asimismo, constituye uno de los factores de riesgo que puede presentarse a lo largo del tiempo en la salud de las personas, ocasionando enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, enfermedades renales, ceguera, demencia. Pueden ser más peligrosos si se presenta junto con la diabetes. Se destaca que la incidencia y prevalencia global de la hipertensión arterial no se reduce^{3,4,5}.

Las patologías del sistema cardiovascular pertenecen a las denominadas enfermedades crónicas o no transmisibles, caracterizadas por ser de largo plazo y desarrollarse paulatinamente en el tiempo, llegando a desencadenar situaciones graves con consecuencias fatales. La hipertensión arterial es considerada la principal causa de riesgo cardiovascular, recalando que esta enfermedad no se transmite de una persona a otra y es causada por diversos factores hereditarios y ambientales, como el estilo de vida y otras condiciones que ponen en riesgo la salud⁶.

En China, la población adulta mayor ha incrementado y la hipertensión es la enfermedad crónica más prevalente⁷. En 2019, las muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares, tanto en zonas rurales (46.74%) como urbanas (44.26%) fueron responsables de todas las muertes. Dos de cada cinco muertes se debieron a las enfermedades cardiovasculares, destacando los accidentes cerebrovasculares, enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y la hipertensión arterial⁸. Pramparo et al.⁹ refieren que la prevalencia de hipertensión arterial alcanza al 18% de las personas adultas en diferentes países latinoamericanos.

Una encuesta nacional en Cuba en 2019 identificó una prevalencia de hipertensión de 3.3% entre personas de 30-79 años, tanto a nivel global como en las áreas urbanas y rurales. Esta información es alarmante considerando que la hipertensión aumenta con la edad¹⁰. De igual forma, en México en 2020, esta prevalencia llegó al 49.9% observándose una ligera reducción el 2022 (47.8%)^{11,12}. Mientras tanto, un estudio nacional reportó que, entre las personas con diagnóstico de hipertensión arterial que recibían tratamiento, sólo el 5% tenía la presión arterial dentro del rango de normalidad¹³.

En el 2023, el 13.0% de jóvenes de 15 años a más tenía presión arterial alta según datos de la encuesta demográfica y salud familiar (ENDES), donde un 9.8% era mujer y 16.4% varón. De manera alarmante, el 13.3% estaba ubicado en área urbana y 11.7% en zona rural. Por otro lado, según los porcentajes actualizados en la región natural sobre la presión arterial alta fue mayor en la Costa con 14.1% , mientras que en la Sierra y Selva fue menor, con 11.2%¹⁴.

Frente a este contexto, es necesario intervenir en los riesgos ambientales o modificables, entre los que se destaca el cumplimiento estricto de los medicamentos. Además, es importante establecer una complementación entre las intervenciones higiénico-farmacológicas, identificadas como cruciales para disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas¹⁵.

En otros términos, se refiere al incumplimiento del tratamiento farmacológico y cumplimiento del tratamiento no farmacológico como uno de los grandes problemas de las enfermedades no transmisibles. Esto se debe principalmente a diversos

factores, como la falta de recursos económicos y educación, así como la falta de conciencia para mejorar la propia enfermedad. Actualmente, muchas personas no pueden controlar adecuadamente su presión arterial, aumentando el riesgo de problemas cardíacos y, consecuentemente, reducir su calidad de vida. Es fundamental conocer la prevalencia de cada enfermedad para mejorar el bienestar de cada paciente^{16,17}.

El incumplimiento del tratamiento tiene una alta prevalencia y está relacionado con varios factores socioeconómicos, la relación con el tratamiento, el paciente, la enfermedad, entre otros. Existen diversas opciones de tratamiento efectivo para la hipertensión arterial, pero la falta de cumplimiento impide un control óptimo de los pacientes. Esta falta contribuye directamente al riesgo de morbimortalidad en las personas. De este modo, la no adherencia se convierte en la principal causa de hipertensión no controlada¹⁸. Siendo así, las personas con diagnóstico de HTA deben recibir apoyo para cumplir con su tratamiento y gestionar un plan realista y factible para cada persona. Los profesionales de enfermería pueden trabajar con los pacientes proporcionando información clara y concisa sobre por qué el tratamiento es importante.

Rodríguez¹⁹, en su estudio sobre la relación entre el conocimiento de la hipertensión arterial y la adherencia al tratamiento mostró que el 50% de las personas mantiene un inadecuado cumplimiento a la medicación y la causa de ello fue la insuficiente educación sobre la presión arterial alta.

El aumento de la presión arterial constituye un riesgo que los pacientes pueden modificar y para manejarlo existen diferentes opciones de tratamiento. La evidencia científica sugiere que el tratamiento antihipertensivo puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares como el accidente cerebrovascular, entre otras¹⁸.

La adherencia al tratamiento es un indicador importante para evaluar a los pacientes con índice de riesgo cardiovascular, el incumplimiento de medicamento conduce a conservar altos índice de morbimortalidad a nivel económico, social, individual y familiar²⁰. En diversas investigaciones, la falta de adherencia al tratamiento muestra resultados aleatorios; un 40% se debe a la falta de cumplimiento farmacológico y un 90% a la falta de seguimiento de tratamientos no farmacológicos²¹.

Una investigación realizada en Chile señaló una disminución de la adherencia a través de un test de evaluación aplicado a las personas. El resultado mostró que el 1.5% de los encuestados afirmó que siempre obedecían las instrucciones del médico; en este sentido, el 22.6% manifestó tener control de su malestar, mientras que sólo el 18.3% no seguía las órdenes de los médicos²².

En Perú, diversos estudios han revelado hallazgos sobre la falta de cumplimiento de tratamiento. En un Centro de Salud de Lima Norte, se llevó a cabo una investigación para evaluar la adherencia al tratamiento, donde se descubrió que el 59.1% de las personas no estaban siguiendo su tratamiento, lo que se considera uno de los valores más bajos en Perú²³.

En la provincia de Barranca, según el Plan Operativo Institucional 2024, la etapa de vida adulto mayor sigue enfrentando una carga acumulada de problemas de salud, lo que aumenta los riesgos de enfermarse y de morir. Datos de la red Barranca Cajatambo muestran que las enfermedades hipertensivas mantienen el mismo lugar que el año 2021, ocupando el décimo lugar. Debiendo prestar atención a estos daños, ya que son un factor de riesgo para la salud²⁴.

Por lo expuesto, se pretende investigar los valores de la presión arterial en los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial y su nivel de adherencia al tratamiento integral, reconociendo las graves complicaciones que ocurren a lo largo del tiempo, así como el elevado costo al sistema sanitario y, a los pacientes y sus familiares.

4.2. Formulación del problema:

¿Cuál es el nivel de asociación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión que asisten al Hospital de Barranca Cajatambo y SBS en el tercer trimestre del 2025?

V. JUSTIFICACIÓN

Millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por la hipertensión arterial a nivel mundial, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios; constituyendo la principal causa de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad renal crónica y la demencia. Estudios recientes muestran que su prevalencia es variada en Latinoamérica, las cuales aumentan gradualmente con la edad; siendo que del 100% de pacientes que reciben tratamiento, sólo el 5% tiene sus niveles de presión arterial controlados. Esta información es relevante para la salud pública debido a las graves complicaciones que produce y la prematura discapacidad en la población.

Los resultados de esta investigación contribuyen al acervo teórico en el campo de la salud, ante la problemática de la adherencia y el control de la presión arterial, siendo útil para futuras investigaciones, en particular para el profesional de enfermería, estimulando un interés más profundo por el estudio, incrementando de esta manera el aporte científico en la salud pública.

Los hallazgos tienen implicancia para la práctica clínica comunitaria, especialmente para el profesional de enfermería porque podrán diseñar estrategias y programas que ayuden a promover la adherencia al tratamiento y un óptimo control de la presión arterial, tomando en cuenta el estado de enfermedad-salud de cada adulto mayor y su bienestar, elevando la consciencia sobre la enfermedad y la importancia del tratamiento para reducir el desenlace de complicaciones a largo plazo. Asimismo, los hallazgos permitirán fortalecer la educación en la comunidad sobre la relevancia de hábitos saludables y cumplir con los planes de tratamientos prescritos.

VI. ANTECEDENTES Y/O ESTADO DEL ARTE

6.1. Antecedentes

6.1.1. Antecedentes Internacionales

Castillo et al.²⁵ en el año 2024 realizaron un estudio en México, con el objetivo de “analizar la relación entre la adherencia terapéutica farmacológica y el control de la tensión arterial de los pacientes con hipertensión arterial”. Estudio de diseño observacional, prospectivo, transversal, con una muestra de 236 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, donde se aplicó la Escala de Adherencia a la medicación de Morisky de 8 ítems, se utilizó Chi- cuadrado (X^2) para analizar la asociación entre las variables principales, con una significancia estadística de $p < 0.05$. En sus resultados la relación entre adherencia terapéutica farmacológica y el control de la tensión arterial determinada fue significativa ($p = 0.027$).

Pobrotyn et al.²⁶ en el año 2023 realizaron un estudio en Polonia, con el objetivo de “analizar los factores sociodemográficos y clínicos seleccionados que afectan la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ancianos”. Estudio cuantitativo, diseño transversal con una muestra de 100 pacientes con hipertensión. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes para obtener datos sociodemográficos y utilizaron instrumentos como el WHOQOL-AGE (Cuestionario de Calidad de vida- Edad de la Organización Mundial de la Salud), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y la Escala de Adherencia para Enfermedades Crónicas (ACDS). Los resultados mostraron que el 63 % de los pacientes presentó una alta adherencia, el 34 % una adherencia moderada y el 3 % una adherencia baja. El 32 % de los pacientes presentó síntomas depresivos.

Formentin et al.²⁷ en el año 2021 realizaron un estudio en Cuba, con el objetivo de “analizar la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial del consultorio médico del policlínico universitario Joaquín de Agüero y Agüero”. Estudio de enfoque cuantitativo y diseño descriptivo de corte transversal, con una

muestra de 98 pacientes de 20 años a más, con diagnóstico de hipertensión arterial en las historias de salud familiar, con dificultad en el control de la tensión arterial; utilizando como instrumento del test de Morisky-Green-Levine; considerando como variables: edad, sexo, clasificación de HTA y la adherencia al tratamiento. En sus resultados, el 68% de hipertensos tenía una adherencia parcial al tratamiento, mientras que predominaron los hipertensos grados II (51%).

Pareja et al.²⁸ en el año 2021 realizaron un estudio en España, con el objetivo “describir la adherencia de los pacientes al tratamiento antihipertensivo determinada mediante los registros de retirada de medicamentos por prescripción electrónica y estudiar la relación que existe entre adherencia y el control de la presión arterial”. Estudio de diseño descriptivo transversal, con una muestra aleatoria simple de 95 personas mayores de 18 años, que tomaron un solo medicamento antihipertensivo durante un mínimo de 6 meses; para la recolección de datos se empleó un tensiómetro digital para medir la presión arterial durante 7 días, mientras para la adherencia se midió en base a los registros del sistema “Receta XXI”. En sus resultados el 51.6% no tenía controlada la presión arterial y 30.5% mostró tener una adherencia subóptima. El control de la presión arterial estuvo relacionado con otros factores.

Pádua et al.²⁹ en el año 2021 realizaron un estudio en Brasil con el objetivo de “evaluar e identificar las variables asociadas con el control de la hipertensión y la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en un grupo de pacientes con hipertensión monitorizados en un servicio ambulatorio especializado de alta complejidad”. De un estudio transversal, con una muestra de 253 pacientes mayores de 18 años y con seguimiento mínimo de 6 meses, para evaluar la adherencia al tratamiento se hizo mediante una escala de Morisky-Green-Levine y para el control de la presión arterial se evaluó mediante la medición de la presión arterial considerando un buen control a cifras inferiores de 140/90 mmHg; considerando variables como la edad, sexo, la raza, el estado civil, y el nivel educativo. Entre sus resultados mostraron que el 90,1% de los pacientes eran adherentes al tratamiento, mientras que solo el 69,2% alcanzaron un buen control de la presión arterial.

6.1.2. Antecedentes Nacionales

Pari y Mamani³⁰ en el año 2025 realizaron un estudio en Juliaca, con el objetivo de “determinar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes hipertensos que acuden a un Hospital de Juliaca”. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño correlacional y transversal, con una muestra de 150 pacientes con diagnóstico de hipertensión. La adherencia al tratamiento se evaluó mediante el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG) y la calidad de vida mediante el cuestionario Minichal. Los resultados mostraron que el 76 % de los participantes presentó una adherencia parcial al tratamiento, mientras que el 52 % reportó una mala calidad de vida. Se encontró una correlación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida ($p = 0,003$). Los resultados mostraron que la adherencia al tratamiento tendió a mejorar, pero al mismo tiempo, la calidad de vida percibida disminuyó.

Huachani³¹ en el año 2024 realizó un estudio en Arequipa, con el objetivo de “establecer los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Microred de Arequipa”. Estudio de enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo y transversal, con una muestra de 161 pacientes hipertensos. El estudio empleó un formulario de recolección de datos, el Test de Batalla y entrevistas con la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8. Los resultados mostraron que el 46% de los participantes presentó una alta adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 8,7% una adherencia moderada y el 45,3% una adherencia baja. En cuanto a las características sociodemográficas, el 70,2% de los participantes eran mayores de 60 años, el 70,2% eran mujeres, el 49,7% tenía educación primaria completa y el 54% no tenía pareja.

Altamirano et al.²³ en el año 2021 realizaron un estudio en Lima, con el objetivo de “determinar el nivel de adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte”. De enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo transversal, con un muestreo de 115 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Para medir la variable adherencia al tratamiento terapéutico fue utilizado un cuestionario compuesto de 4 dimensiones (factores socioeconómicos, factores relacionados al proveedor, a la terapia y al paciente). Los resultados mostraron que en su mayoría los pacientes eran de sexo femenino (69.6%)

y mayores de 50 años (57.4%). Además, se evidenció que el 59.1% no era adherente al tratamiento terapéutico. En todas las dimensiones analizadas predominó la falta de adherencia.

6.2. Marco teórico referencial

6.2.1. Adulto mayor

La OMS considera adulto mayor a las personas de 60 años a más. Para evitar así el uso de apelativos como: ancianos, longevos, abuelos, entre otros³².

Se sabe que el envejecimiento es parte de la vida y los adultos mayores viven este proceso, definido como un proceso natural de la vida en el que se producen cambios físicos, psíquicos y sociales que cada persona experimenta estos cambios de manera diferente dependiendo del contexto social, político y económico de la persona mayor³³.

Entre los cambios físicos o biológicos, a partir de la tercera década de la vida comienza a manifestarse una disminución gradual de la masa muscular (sarcopenia). Simultáneamente, se produce una infiltración grasa en el tejido muscular, lo que aumenta el porcentaje de grasa corporal, en particular la grasa visceral. Estos cambios forman parte del proceso normal de envejecimiento, pero aumentan el riesgo de desarrollar diversas enfermedades crónicas en los adultos mayores³⁴.

Entre los órganos del cuerpo, el hígado y el páncreas experimentan un deterioro gradual de su función, pero este deterioro no siempre está directamente relacionado con un debilitamiento de su propia función, a menos que el paciente padezca una enfermedad subyacente grave. Los cambios en el corazón pueden provocar complicaciones como insuficiencia cardíaca u otras afecciones; en los riñones pueden progresar de deshidratación a una sobre hidratación³⁵.

Por otro lado, los adultos mayores son un factor de riesgo de sufrir trastornos neurológicos, a medida que se envejece aparecen nuevos cambios que llegan afectar las actividades que el cuerpo realizaba, pudiendo desarrollar alguna discapacidad como la audición y la visión entre otros. Los síntomas más comunes que puede llegar a tener son: dificultad cognitiva, trastornos de equilibrio y de la marcha, temblores y neuropatía³⁶. Por otro lado, el sistema nervioso central puede sufrir cambios al igual

que sus células y de otros órganos debido al envejecimiento, tales como el aumento de estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos³⁷.

La persona va a tener limitaciones en la memoria causándoles complicaciones para recordar ciertas actividades que hacía cotidianamente, su manera de procesar se va a ver disminuida. Debido a estos cambios los adultos mayores tienden a desarrollar ciertas enfermedades como la demencia o el Alzheimer³⁸.

6.2.2. Enfermedades crónicas

En el siglo XX, las enfermedades infecciosas fueron la principal causa de muerte en todo el mundo. Sin embargo, en la actualidad, las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad³⁹.

Las enfermedades no transmisibles se establecen como una de los principales problemas de salud pública con mayor dificultad, trascendencia social y económica, las incidencias de estas enfermedades se han ido incrementando con el paso del tiempo⁴⁰.

Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología las enfermedades no transmisibles son las recientes epidemias del siglo XXI, la alta esperanza de vida y el envejecimiento de la población contribuyen a este crecimiento. En Europa se registró un aumento de los adultos mayores, alcanzando el 16% en 2001 y un 21% en 2020⁴¹.

Las enfermedades no transmisibles afectan la capacidad funcional, siendo más prevalente en las personas de la tercera edad, junto al déficit de la masa muscular, deficiencia de la estructura ósea y deterioro progresivo de los órganos del cuerpo y de los órganos sensoriales. De igual modo, es muy común la falla de memoria, la actividad mental se vuelve más lenta y se reduce la capacidad de atención, razonamiento lógico, entre otros. Haciendo que los adultos mayores sean incapaces de desarrollar completamente su independencia, aumentando la relación de dependencia^{42,43}.

Asimismo, la presión arterial alta es una de las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores, que se convierte en el principal factor de riesgo para desarrollar

otros tipos de enfermedades, como el infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares, entre otras⁴⁴.

6.2.3. Presión arterial

La presión arterial se expresa en dos números y en milímetros de mercurio (mmHg)⁴⁵. En general, es la fuerza que la sangre ejerce sobre la pared arterial durante su recorrido por la arteria. La presión arterial comprende dos medidas: la presión sistólica, que se mide durante el latido cardíaco (momento de presión máxima) y la presión diastólica que se mide durante el periodo de reposo entre los latidos (momento de presión mínima). Primeramente, se anota la presión sistólica y posteriormente la presión diastólica. Es también llamado presión sanguínea arterial, así como tensión arterial⁴⁶.

Igualmente, la presión arterial es el producto del gasto cardíaco y la persistencia vascular periférica. Cada uno depende de distintas causas tales como, el volumen total de sangre en el organismo, contractilidad cardíaca y, de igual manera la frecuencia cardíaca en relación con el gasto cardíaco⁴⁷.

6.2.4. Hipertensión Arterial

Es la enfermedad crónica más común e importante factor de riesgo de padecer y morir prematuramente debido a un evento cardiovascular, de acuerdo con las estadísticas, anualmente mueren 9 millones de personas y es la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Fue descrita hace 50 años y desde entonces ha sido un campo de investigación muy activo⁴⁸.

Para la Organización Panamericana de la Salud, la hipertensión arterial se produce cuando la presión de la sangre en los vasos sanguíneos es elevada por encima de los 140/90mmHg a más⁴⁹, valor que concuerda con diferentes organizaciones como la *American College of Cardiology* (ACC) y, la *American Heart Association* (AHA) quienes publicaron nuevas guías de prácticas clínicas para prevenir, detectar, evaluar el tratamiento de la hipertensión en adultos, con modificaciones relevantes en la clasificación y el abordaje terapéutico. Esta nueva clasificación propone que las personas con valores tensionales de 130-139/80-89mmHg estarían con hipertensión estadio 1 (anteriormente considerada pre hipertensión) y se sugiere tratamiento no

farmacológico, a menos que tengan riesgo de sufrir un incidente cardiovascular. El valor de 140/90mmHg se considera hipertensión estadio 2, recomendando desde el principio un tratamiento intensivo (con unión de medicamentos antihipertensivos) para controlar la presión arterial^{50,51}.

Tabla 1. Categorías de presión arterial en adultos - ACC/AHA 2017

Categorías de la Presión Arterial	Sistólica mmHg		Diastólica mmHg
Normal	Menos de 120	y	Menos de 80
Elevada	120-129	y	Menos de 80
Presión arterial alta (Hipertensión) Nivel 1	130-139	o	80-89
Presión arterial alta (Hipertensión) Nivel 2	140 o más alta	o	90 o más alta

American Heart Association, 2017^{50,51}.

En el caso del Perú, el MINSA opta por las guías médicas del Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto (*Joint National Committee*)⁴⁴, en donde aún se establece la pre hipertensión con un valor de la presión sistólica de 120-139mmHg y una presión diastólica de 80-89mmHg, considerando de manera hipertensiva al valor PAS de 140- 159 o PAD de 90- 99 mmHg⁵².

Tabla 2. Clasificación de la presión arterial en adultos - JNC 7

Clasificación de la Presión Arterial	Presión Arterial Sistólica mmHg		Presión Arterial Diastólica mmHg
Normal	<120	Y	<80
Prehipertensión	120-139	O	80-89
Hipertensión Estadio 1	140-159	O	90-99
Hipertensión Estadio 2	≥160	O	≥100

*Joint National Committee*⁴⁴.

6.2.5. Diagnóstico

El diagnóstico de HTA se basa tradicionalmente en la toma repetida de la PA en la clínica^{53,54}. En los adultos mayores no se diferencian del diagnóstico de la persona más joven⁵⁵, generalmente no hay una cifra aceptada de las medidas, ni de visitas necesarias para el diagnóstico de la hipertensión arterial.

La Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) indican que debe realizarse al menos tres evaluaciones en perfectas condiciones y en diferentes visitas, con un mínimo de dos lecturas por consulta, utilizando como referencia el brazo con mayor presión arterial^{56,57}. En cambio, las guías británicas *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomienda realizar dos o más mediciones en cada visita domiciliaria, hasta en cuatro

oportunidades diferentes⁵⁸. A su vez, el informe norteamericano *Joint National Committee* (JNC) VII establece que el diagnóstico de HTA debe basarse en 2 o más visitas posteriores a una consulta inicial de tamizaje y si las 2 primeras lecturas difieren en $>5\text{mmHg}$, se recomienda tomar medidas adicionales para mayor precisión⁴⁴.

6.2.6. Medición de la PA en consulta

La precisión en la medición y el diagnóstico de la hipertensión arterial son importantes, puesto que una clasificación incorrecta puede traer graves consecuencias para la salud. Sobreestimar la presión arterial basándose en medicación inexacta, puede dar lugar a una medicación innecesaria y permanecer todo el tiempo con posibles consecuencias colaterales⁵⁹.

Los esfigmomanómetros semiautomáticos o automáticos auscultatorios u oscilométricos son el método preferido para medir la PA en el consultorio médico. Estos dispositivos deben validarse de acuerdo con condiciones y protocolos estandarizados. La PA debe medirse inicialmente en la parte superior de ambos brazos, utilizando brazalete con las dimensiones adecuadas para el contorno del brazo. Una diferencia constante como significativa del PAS entre los brazos (es decir, $>15\text{mmHg}$) se asocia con un mayor riesgo cardiovascular. Cuando exista una diferencia de PA entre brazos, idealmente establecida por medición simultánea, el brazo con presión arterial más alta debe utilizarse para todas las mediciones posteriores⁵⁵.

Para realizar la medición de la presión arterial, la persona debe mantenerse en estado de tranquilidad en un sillón con un entorno sereno durante 5 minutos, con la espalda erguida y apoyada, sin cruzar las piernas, los pies planos sobre el suelo, el antebrazo apoyado y el brazalete en el brazo a la altura del corazón. Ni el paciente ni la persona encargada de la medida de la presión deben hablar durante todo el periodo de medición. El paciente deberá tener la vejiga vacía durante 30 minutos antes de la medición y no haber ingerido alimentos, ni haber consumido cafeína, fumar o realizar actividad física. La parte inferior del manguito debe estar colocada a 2-3 cm por encima del codo y la cámara insufladora estará ubicada sobre la arteria humeral. En la auscultación, la presión aumentará rápidamente hasta 30 mmHg por encima del

pulso humeral o radial. Se colocará la membrana del estetoscopio sobre la arteria radial y gradualmente se libera la presión del manguito aproximadamente a 2 mmHg por cada latido, se podrá identificar los ruidos de Korotkoff logrando así la medición de las cifras sistólicas y la determinación de la cifra diastólica cuando los sonidos cesen⁶⁰.

6.2.7. Fisiopatología

El mantenimiento de la presión de la sangre normal está condicionado entre el gasto cardiaco y la resistencia periférica vascular. En su mayoría las personas que tienen hipertensión esencial presentan un bombeo sanguíneo cardiovascular normal, pero presentan un aumento en los vasos sanguíneos periféricos. La resistencia en los vasos sanguíneos no se define por las arterias de gran tamaño o por los capilares, sino por las arteriolas de pequeño calibre que contienen células de músculo liso en sus paredes. Se cree que la contracción de las células del músculo liso está asociada con una mayor concentración del calcio intracelular lo que puede explicar el efecto vasodilatador de los fármacos bloqueadores de los canales de calcio, asimismo se dice que la constricción del músculo liso a largo plazo puede generar cambios estructurales como el engrosamiento de las paredes de la vasculatura arterial que puede estar mediado por la angiotensina, que provoca la elevación irreparable de la resistencia periférica⁶¹.

6.2.8. Adherencia al tratamiento

La OMS refiere que la adherencia al tratamiento, es “La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica”. El cumplimiento de la adherencia puede verse comprometido por diversos factores como el entorno del paciente y los personales de salud. La falta de adherencia es un problema mundial, lo que conlleva al incremento de la morbi-mortalidad, diagnósticos y tratamientos erróneos. Lo que incrementa los costos en la salud⁶².

Las barreras para la adherencia óptima pueden estar relacionadas con las actitudes de los médicos, las creencias y el comportamiento del paciente, la complejidad y la tolerabilidad de las terapias farmacológicas, el sistema de atención médica y otros

factores. Por lo tanto, la evaluación de la adherencia siempre debe llevarse a cabo en un enfoque sin culpa y debe favorecer una discusión abierta para identificar las barreras específicas que limitan la capacidad del paciente para seguir las recomendaciones terapéuticas. Deben encontrarse soluciones individualizadas. Se debe alentar a los pacientes a que asuman la responsabilidad de su propia salud cardiovascular⁵⁵.

6.2.9. Dimensiones de la adherencia

Para evaluar la adherencia, consideramos tres dimensiones que contribuyen a la comprensión y evaluación de la adherencia.

6.2.9.1. Dimensión cumplimiento del tratamiento

Consideramos los siguientes factores que son relevantes al momento de evaluar la adherencia del paciente a sus indicaciones médicas:

- Tratamiento farmacológico:

Es la terapia con diversas sustancias, distinta de los alimentos con el fin de prevenir, diagnosticar, tratar o reducir los síntomas de una dolencia o una enfermedad. También conocida como tratamiento farmacológico y medicamentosa⁶³.

La terapia medicamentosa implica la prevención, control o tratamiento de enfermedades; esto significa que usar medicamentos en personas que no tengan una alteración o posible riesgo en su salud resulta incoherente. El tratamiento farmacológico implica que la progresión de la enfermedad se reduzca o desaparezca, también implica que la persona aumente el nivel de salud⁶⁴.

- Tratamiento no farmacológico:

La terapia no medicamentosa son alternativas para el manejo de diversas alteraciones o patologías médicas⁶⁵.

La implementación de intervenciones no farmacológicas para la hipertensión suele ser compleja. Esto se debe a que implican cambiar comportamientos y hábitos que a menudo están profundamente arraigados en la mentalidad de las personas de una comunidad o sociedad determinada⁶⁶.

Entre las que se encuentran usualmente están:

- Cambios nutricionales en la dieta:

Los estudios han demostrado que una pérdida de peso de 5 a 6 kilogramos puede provocar cambios metabólicos significativos y producir un impacto en el sistema cardiovascular y musculoesquelético. Lo ideal es que los pacientes alcancen su peso ideal con un índice de masa corporal (IMC) inferior a 25. En pacientes hipertensos con obesidad o sobrepeso, una pérdida de peso de 3 kilogramos puede reducir la presión arterial entre 7 y 4mmHg; mientras que una pérdida de peso de 12 kilogramos puede reducir la presión arterial sistólica (PAS) en 21mmHg y la presión arterial diastólica (PAD) en 13 mmHg⁶⁷.

Además, hacer cambios en la dieta es muy importante para las personas, especialmente en aquellos que tienen hipertensión. Los cambios en su dieta pueden retrasar o evitar el inicio del tratamiento farmacológico para los pacientes con hipertensión de grado 1, y también ayudan a mejorar los resultados en pacientes que reciben tratamientos. Una de las recomendaciones es evitar el consumo de sodio, comidas condimentadas (salsas y aderezos), el uso de tabaco, alcohol entre otros⁶⁸.

- Ejercicio físico:

La actividad física regular minimiza la posibilidad de que una persona presente hipertensión, incluso si existen antecedentes familiares de HTA. Asimismo, contribuye a mejorar el manejo de la presión arterial en quienes ya padecen de esta enfermedad. En personas que llevan una vida sedentaria durante muchos años y tienen factores de riesgo cardiovascular, se recomienda iniciar el ejercicio físico gradualmente⁶⁶.

6.2.9.2. Dimensión implicación personal

Dentro de la adherencia al tratamiento, el compromiso del paciente es un componente esencial, ya que implica la participación activa y voluntaria en su proceso de salud. Esto significa que no solo debe cumplir con las recomendaciones prescritas, sino que debe emplear sus capacidades cognitivas y emocionales para garantizar que el tratamiento se cumpla de manera responsable y consciente⁶⁹.

6.2.9.3. Dimensión relación transaccional

La relación entre el personal de salud y el paciente es fundamental para una adecuada adherencia terapéutica. Una interacción basada en comunicación efectiva y confianza facilita que el paciente comprenda su enfermedad, los beneficios del tratamiento y las consecuencias de no seguirlo. La adherencia al tratamiento no depende únicamente de aspectos médicos y farmacológicos, sino también de aspectos sociales, económicos y psicológicos⁷⁰.

6.3. Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem

Naranjo et al⁷¹. señalan que Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado, como una teoría general o modelo conceptual y consta de tres teorías interrelacionadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería

Prado et al⁷². citando a Orem sostiene que, las personas se encuentran sujetas a restricciones relacionadas con su estado de salud, las cuales impiden llevar a cabo un autocuidado constante o que dificultan que sea efectivo. Un déficit de autocuidado existe cuando la demanda de acción supera la capacidad del individuo para actuar, es decir, cuando el individuo no tiene la habilidad y/o la voluntad de llevar a cabo las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades de autocuidado. La presencia de un déficit de autocuidado es la condición que respalda los cuidados de enfermería.

El ser humano posee una notable capacidad de adaptación a los cambios de sí mismo o entorno. Sin embargo, en ciertas circunstancias una persona puede enfrentarse a una cantidad de demandas que supera su capacidad de responder adecuadamente. En respuesta, la persona puede necesitar ayuda que podría ser proporcionada por sus familiares, amigos y enfermeros profesionales. De acuerdo con Hernández⁷³, Orem utiliza el término “agente de autocuidado” para referirse a la persona que brinda cuidado o lleva a cabo una acción particular. Cuando las personas cuidan de sí mismas, se les considera agentes de autocuidado.

La teoría de Orem ofrece un marco valioso para la reflexión sobre la atención al paciente y mejora la comprensión de la constante fluidez y adaptabilidad de la práctica avanzada de enfermería y la atención primaria de la salud⁷⁴.

HIPOTESIS Y VARIABLES DE ESTUDIO

7.1. Hipótesis

- **H₁:** Existe una asociación significativa negativa entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión, Hospital de Barranca-Cajatambo y SBS.
- **H₀:** No existe una asociación significativa negativa entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión, Hospital de Barranca-Cajatambo y SBS.

7.2. Variable de Estudio

- **Variable₁:** Adherencia al tratamiento
- **Variable₂:** Control de la Presión Arterial

7.3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición
Adherencia al tratamiento	Es la medida en que la conducta de una persona demuestra tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, atendiendo a las recomendaciones de un proveedor de atención médica.	Cumplimiento del tratamiento	Ejecución de las indicaciones médicas prescritas por parte del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de medicamentos - Cumple con indicaciones de la dieta - Asiste a sus consultas 	<p>Categorica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adherencia total - Adherencia Parcial - No adherencia 	Ordinal
		Implicación personal	El paciente busca estrategias para garantizar el cumplimiento de las indicaciones con el esfuerzo necesario.	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza los ejercicios físicos - Adecuación de horarios - Cumple el tratamiento autónomo 		

		Relación transaccional	Colaboración entre el personal de salud y el paciente para establecer el tratamiento y elaborar una estrategia que asegure el cumplimiento y la aceptación mutua.	- Comunicación personal de salud-paciente		
Control de la presión arterial	Capacidad de mantener la presión sanguínea dentro de un rango saludable: <120/80 mmHg	Valores de la Presión arterial	Medidas numéricas de la fuerza de la sangre contra las paredes arteriales, medida en dos valores: sistólica y diastólica.	- Medición de la presión arterial	Categorica - Presión arterial controlada - Prehipertensión - Hipertensión estadio 1 - hipertensión estadio 2	Ordinal

VII. OBJETIVOS

8.1. Objetivo General

Determinar el nivel de asociación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión asistentes al Hospital Barranca Cajatambo y SBS.

8.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Barranca Cajatambo y SBS.
- Clasificar los valores de presión arterial de los adultos mayores hipertensos según la Guía del MINSA 2015/*Joint National Commission* N°7.
- Clasificar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos del Hospital Barranca Cajatambo y SBS.
- Asociar la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores hipertensos en el Hospital Barranca Cajatambo y SBS.

VIII.METODOLOGÍA

9.1. Tipo, enfoque y diseño de estudio

Investigación de tipo aplicada, de enfoque cuantitativo, método observacional y diseño correlacional, de corte transversal.

De tipo aplicada porque planteó resolver un problema relacionado con la enfermedad de forma natural⁷⁵. De enfoque cuantitativo porque permitirá recolectar y realizar un análisis estadístico⁷⁶. De método observacional porque no habrá ningún tipo de intervención por parte del investigador, por lo que los datos observados y la información recolectada reflejan la evolución natural de los eventos⁷⁷.

De diseño correlacional porque se describieron la relación entre las dos variables de investigación⁷⁶, tales como la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores hipertensos asistentes al Hospital de Barranca Cajatambo y SBS. De corte transversal porque las variables de estudio son medidas solo una vez⁷⁸.

9.2. Población, muestra y unidad de análisis

9.2.1. Población

Estuvo conformada por adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron al Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2025, para recibir atención en consultorios de diferentes especialidades.

Para estimar la muestra, se tomó como base la población atendida en los consultorios externos durante el último trimestre del año 2024, según registros se reportó un total de 438 pacientes adultos mayores.

9.2.2. Tamaño muestral y muestreo

Para el cálculo del tamaño muestral, se aplicó la fórmula de población finita, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$) y un margen de error del 5%. Estos criterios estadísticos establecieron una muestra compuesta por 205 adultos mayores hipertensos.

El estudio empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de los participantes. Este procedimiento permitió que todos los adultos mayores que acudieron a los consultorios externos y que cumplían con los criterios, sean seleccionados.

En consecuencia, el tamaño de la muestra aplicando la fórmula de poblaciones finitas es:

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

Donde:

$N = 438$ es la población.

$Z = 1.96$ es el nivel de confianza.

$p = 0.5$ es la probabilidad de ocurrencia.

$q = 0.5$ es la probabilidad de no ocurrencia.

$E = 0.05$ valor considerado como probabilidad de error.

Obteniendo como resultado 205 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.

9.2.3. Unidad de análisis

Estuvo conformada por los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que fueron atendidos en los diferentes consultorios externos del Hospital Barranca Cajatambo.

9.3. Criterios de inclusión y exclusión

9.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad mayor o igual a 60 años.
- Adultos mayores con diagnóstico médico de Hipertensión Arterial.
- Pacientes que reciben atención por consultorio externo del Hospital de Barranca Cajatambo y SBS.
- Pacientes que acepten voluntariamente ser parte del estudio y firmen el consentimiento informado.

9.3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes con alteraciones cognitivas que limitan su capacidad de participación.
- Pacientes en los cuales no se logró completar el instrumento.

9.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

9.4.1. Técnica:

Para la recolección de datos se utilizó como técnicas la entrevista y la valoración clínica realizada mediante la medición de la presión arterial.

Se argumenta que las entrevistas son más efectivas que los cuestionarios porque proporcionan información más completa y profunda, permitiendo aclarar las preguntas durante el proceso de entrevista, lo que garantiza respuestas más útiles⁷⁹.

9.4.2. Instrumento:

En la revisión de escalas para la evaluación de la adherencia terapéutica se identificaron: instrumento MBG⁸⁰, escala de Morisky-Green⁸¹, test de Hill- Bone⁸², cuestionario de “Factores que miden la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”⁸³,

principalmente; la mayoría de ellos centrado solo en el tratamiento farmacológico^{84,85}.

En este contexto, para este estudio se considera el cuestionario MBG que realiza una evaluación de la adherencia integral y de utilidad para el profesional de enfermería.

El instrumento fue elaborado por Martín et al.⁸⁰ en Cuba en el año 2008 denominado “cuestionario MBG” que corresponde a las iniciales del apellido de cada autor (Martín-Bayarre-Grau). El instrumento fue sometido a criterio de expertos para la validación del contenido, con resultados consistentes en la prueba de Alfa de Cronbach ($p=0,889$). Las 12 preguntas del instrumento se responden mediante una escala tipo Likert: nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4), con una puntuación total de 48 puntos. El grado de adherencia se clasifica según el puntaje obtenido: de 38-48 puntos adheridos totales, 18-37 puntos adherencia parcial y, menos de 17 puntos no adheridos.

El instrumento fue aplicado en diversos países de Latinoamérica^{86,87} y también en el Perú^{88,89}, siendo que el último corresponde al año 2022 y obtuvo una confiabilidad de $p=0,820$. Información que es válida para aplicar directamente el cuestionario en la población de Barranca.

En la parte inferior del instrumento se registrará los datos del control de la presión arterial, la cual se clasificará según información utilizada por MINSA⁵²: Normal (<120/80mmHg), Prehipertensión (120/80-139/89mmHg), Hipertensión Estadio 1 (140/90-159/99mmHg), Hipertensión Estadio 2 ($\geq 160/100$ mmHg).

9.5. Procedimiento de recolección de datos

- La recolección de datos fue realizada por las investigadoras en el tercer trimestre del 2025. Inicialmente, se cumplieron todos los trámites administrativos requeridos, tanto en la Universidad como en la Red Integral de Salud - RIS Barranca Cajatambo.
- Los pacientes fueron identificados en el área de Triage del Hospital Barranca Cajatambo. Una vez identificado, el paciente fue invitado a participar del estudio antes de dirigirse al consultorio y previa evaluación de los criterios de inclusión y exclusión. Se explicó el objetivo del estudio, se identificó en el área

un lugar adecuado con mínimo de distracciones y ruidos. En ese momento, se explicó con mayor detalle la importancia del estudio, su contribución al cuidado de la salud y se respondieron las interrogantes del participante. Luego, se entregó la hoja de Consentimiento Informado para su firma y se procedió a aplicar el cuestionario, considerando un tiempo de 15-20 minutos. Al culminar, se procedió a revisar las respuestas y se verificó la calidad del llenado.

- Medición de la presión arterial. Fue realizada conforme a la técnica del procedimiento⁶⁰ y se realizaron tres medidas durante una semana en días aleatorios mediante visita domiciliaria. Esto se realizó con el fin de considerar la variabilidad de la presión arterial y poder determinar el control o no control, siendo considerado como dato final la media de estas medidas.
- Finalmente, se agradeció a los pacientes su participación, brindándoles una orientación sobre la importancia del control de la presión arterial y sus posibles complicaciones, utilizando un breve tríptico.

9.6. Análisis de datos

Para realizar el análisis estadístico, los datos fueron digitados mediante códigos en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel 2017, posteriormente fueron exportados al paquete estadístico SPSS versión 26.

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva para los datos univariados y para determinar la asociación entre las variables presión arterial y la adherencia se aplicó la prueba *Rho* de *Spearman*, considerando un valor de $p \leq 0.05$ como significativo.

Para determinar el nivel de asociación la variable presión arterial fue dicotomizada, de acuerdo a la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva⁵².

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto será sometido y evaluado de acuerdo a lo establecido en el Código de Ética para la Investigación de la Universidad Nacional de Barranca (UNAB)⁹⁰. La ejecución de la Investigación se regirá por los principios bioéticos que se detallan a continuación⁹¹:

Autonomía: el adulto mayor tuvo la oportunidad de decidir libre y espontáneamente su participación o no en el estudio, expresando su consentimiento a través de la firma del documento, luego de atender a todas sus dudas e interrogantes.

Beneficencia: en todo contacto con el adulto mayor, se garantizó el bienestar y la tranquilidad, procurando que su participación se desarrollara en un ambiente de respeto y cuidado, considerando sus creencias y cultura. Asimismo, las preguntas del cuestionario y los datos solicitados estaban estrictamente relacionados con su tratamiento y cuidados. Los resultados de la medida de la presión arterial fueron alcanzados al adulto mayor y se explicó los cuidados a realizar para un apropiado cuidado y adherencia.

No maleficencia: el proceso de ejecución evitó en todo momento causar cualquier tipo de daño al adulto mayor, que pudiera afectar la salud física, mental o bienestar integral, garantizando que el estudio se realice de manera ética y libre de amenazas y riesgos.

Justicia: participaron todos los adultos mayores que firmaron el consentimiento informado, se ofreció el mismo trato, libre de discriminación, raza, edad, etnia, nivel económico, cultural o costumbre.

XI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

11.1. Resultados

Tabla 3. Características sociodemográficas en adultos mayores hipertensos, Hospital Barranca Cajatambo y SBS, Julio-agosto 2025.

Factores sociodemográficos		n(205)	Porcentaje(%)
Edad (años)	60 a 69	65	31.7
	70 a 79	113	55.1
	>79	27	13.2
Sexo	Masculino	85	41.5
	Femenino	120	58.5
Estado Civil	Soltero(a)/Separado	35	17.1
	Casado(a)/Conviviente	126	61.5
	Viudo	44	21.5
Situación laboral	Independiente	32	15.6
	Asalariado	19	9.3
	Pensionado/Jubilado	16	7.8
	Familiar no remunerado	138	67.3
Años de escolaridad	Hasta 5 años	78	38
	6 a 10 años	81	39.5
	Más de 10 años	46	22.4
Procedencia	Costa	169	82.4
	Sierra	35	17.1
	Selva	1	0.5
Con quién vive	Esposo/conviv/hijos	125	61
	Hijos(as)	21	10.2
	Hijo(a)	25	12.2
	Nietos, nuera	10	4.9
	Solo(a)	24	11.7

En la tabla 3, se identifica que el 55.1% de los participantes tenía entre 70-79 años, mientras que solo el 13.2% superaba los 79 años; asimismo, predominó el sexo femenino (58.5%), mientras que, en el estado civil, el 61.5% tenía la condición de casado/conviviente y el 17.1% era soltero/separado. En cuanto a la situación laboral, el 67.3% era familiar no remunerada, con un nivel de escolaridad de 6 a 10 años (39.5%) y el 7.8% era pensionado/jubilado. La mayoría provenía de la costa (82.4%) y apenas 0.5% venía de la selva. Finalmente, sobre la información de su estado de convivencia, el 61% lo hacía con esposo/conviviente/hijos y el 4.9% con nietos/nuera, aunque un 11.7% vivía solo.

Tabla 4. Presión arterial en adultos mayores hipertensos, Hospital Barranca Cajatambo y SBS, Julio- agosto 2025.

Nivel	N	%
Normal	80	39,0
Prehipertensión	101	49,3
Hipertensión Estadio 1	21	10,2
Hipertensión Estadio 2	3	1,5

En la tabla 4, se identificó que el 49.3% (101) de los participantes tenía su presión arterial en el nivel de pre hipertensión (120-139/80-89 mmHg), mientras que el 1.5% (3) presentó hipertensión estadio 2 ($\geq 160/ \geq 100$ mm Hg).

Tabla 5. Adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos, Hospital Barranca Cajatambo y SBS, Julio- agosto 2025.

Nivel	n (205)	%
No Adheridos	17	8,3
Adherencia parcial	85	41,5
Adherencia total	103	50,2

En la tabla 5, se identifica que el 50.2% (103) presentó adherencia total, mientras que el 8.3% (17) de los participantes se clasificó entre los no adheridos.

Tabla 6. Adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión, Hospital Barranca Cajatambo y SBS. Julio-agosto 2025.

NIVEL DE ADHERENCIA		HIPERTENSION ARTERIAL		
		Controlado	No controlado	Total
No	n	10	7	17
Adheridos	%	4,9	3,4	8,3
Adherencia	n	67	18	85
Parcial	%	32,7	8,8	41,5
Adherencia	n	103	0	103
Total	%	50,2	0,0	50,2
Total	n	180	25	205
	%	87,8	12,2	100,0

En la tabla 6, se identifica que el 50,2% (103) presentó adherencia total al tratamiento y tenía al mismo tiempo el valor de su presión arterial controlado, mientras que el 32.7% (67) presentó adherencia parcial y tenía a la vez su presión arterial controlada conforme la meta que establece el MINSA para los pacientes con hipertensión arterial. Finalmente, se identifica también que el 8.3% (17) estaba no adherido al tratamiento.

Respecto al nivel de asociación entre las variables, los resultados muestran un p-valor = 0.000 (Anexo 8), rechazando la hipótesis nula (**H0**); siendo que el coeficiente de correlación de *Rho de Spearman* muestra una relación inversa moderada entre las variables ($r = -0.403$).

11.2. Discusión

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más prevalentes y una de las principales causas de mortalidad y discapacidad mundial, que afecta especialmente a la población adulta mayor. Al ser de evolución silenciosa y progresiva, requiere de un control permanente, donde cobra relevancia la adherencia al tratamiento para lograr un adecuado control. Esto constituye un reto para el sistema de salud como para el paciente⁴⁸.

Entre las características sociodemográficas, los resultados muestran un predominio de adultos de 70 a 79 años (tabla 3) con una media de edad de 72.4 años. Evidenciando que la presión arterial se incrementa con la edad avanzada, donde existen cambios fisiológicos propios del envejecimiento que favorecen el aumento de la presión arterial³⁴. Asimismo, hubo mayor participación de las mujeres, lo que corrobora su mayor prevalencia en este sexo^{2,14}. Según el INEI, en Perú la esperanza de vida de las mujeres es aproximadamente 5 años mayor que la de los hombres^{13,92}, además, la proporción de mujeres hipertensas con tratamiento tiende a ser superior¹⁴, lo que podría explicar la mayor participación en el estudio.

La mayoría de pacientes estaba casado/conviviente, sin empleo remunerado y un nivel de escolaridad de 6-10 años (Tabla 3): Datos que muestran una población vulnerable, debido a su educación básica con posibles dificultades para comprender la información sanitaria, una escasa autonomía para el autocuidado y una mayor dependencia del entorno familiar¹⁸. De manera similar, Huachani³¹, reportó que el 49.70% de los participantes tenía educación primaria completa, mientras que solo el 6.20% contaba con educación superior o técnico. Además, señalaron que la dependencia económica puede también dificultar el tratamiento farmacológico regular, ya que los medicamentos no siempre se proporcionan de forma gratuita^{17,20}.

En otros datos demográficos, la mayoría de pacientes hipertensos proviene de la costa (Tabla 3), datos coherentes con los reportes de la ENDES, que señalan una mayor prevalencia de hipertensión arterial en la región y sobre todo en las zonas urbanas¹⁴. Factores asociados a los estilos de vida como el sedentarismo, obesidad, alto consumo de sal y alimentos procesados, estrés y cambios en la alimentación, han contribuido a esta tendencia. Además, una mayor accesibilidad a los servicios de

salud en las zonas urbanas facilita la detección de casos, mientras que en la sierra y zonas rurales, los estilos de vida más activos y una menor exposición a estos factores reducen la morbilidad^{93,94}.

Por otro lado, el estudio demuestra que gran parte de los adultos mayores viven acompañados de esposo(a) o hijos (Tabla 3). Estudios refieren que la presencia de la pareja se vincula con mayores niveles de alfabetización en salud, lo que facilita la comunicación, la adherencia al tratamiento y el autocuidado en un entorno familiar, permitiendo a los pacientes controlar mejor su enfermedad^{20,29}.

Respecto a la clasificación de la presión arterial de los adultos mayores hipertensos, los resultados revelan que la mayoría presentaba valores de presión arterial en el nivel de prehipertensión y normal (Tabla 4). De acuerdo a la Guía de Diagnóstico y Tratamiento para el Control de la Hipertensión Arterial del MINSA⁵², el manejo de la presión arterial es adecuado para el 88,3% de pacientes, es decir, que mantienen los valores de la presión arterial < 140/90 mm Hg. Semejante al estudio realizado por Castillo et al.²⁵, donde el 74.56% alcanzó estos valores. Entre tanto, Pareja et al.²⁸ identificaron que el 51.6% de pacientes no tenían controlada su presión arterial.

Sin embargo, en este estudio también se identificó un subgrupo de pacientes en etapas de hipertensión estadio 1 y 2. Estos hallazgos permiten identificar grupos con mayor riesgo de complicaciones, favoreciendo una detección temprana y orientando intervenciones específicas que mejoren su calidad de vida, así como prevenir la progresión de la enfermedad^{25,27,28,29}. Considerando que la hipertensión aumenta la presión intravascular, provocando daño en la pared arterial y sobrecarga ventricular, lo que puede desencadenar eventos como crisis hipertensiva, accidente cerebrovascular o insuficiencia cardíaca^{3,4,5,6,61}. Es posible que, aunque los pacientes estén recibiendo tratamiento, requieran ajustes individualizados para optimizar el control de la presión arterial y reducir el riesgo de complicaciones^{28,29}.

Aunque numerosos estudios han evaluado la adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con diversos factores²³, pocos han asociado directamente la adherencia al tratamiento con el control y no control de la presión arterial^{25,28,29}. Esto resalta la necesidad de realizar más investigaciones, para orientar el desarrollo de intervenciones más eficaces.

Según la teoría de Orem, las personas necesitan alcanzar un nivel óptimo de autocuidado para mantener la salud y el bienestar⁷¹. En este sentido, la adherencia a la medicación es una forma de autocuidado, ya que implica que los pacientes sigan las indicaciones terapéuticas para controlar su afección^{71,74}. Villareal-Zegarra et al.¹³ reportaron que, la prevalencia de hipertensión aumentó entre 2015 y 2018, solo el 5,3% de los pacientes hipertensos logró controlar su presión arterial. Esta situación es particularmente en las zonas rurales y en los grupos socioeconómicamente desfavorecidos, lo que pone en evidencia los desafíos que aún enfrenta el país para controlar y monitorear la hipertensión.

El hecho de que muchos pacientes no logren alcanzar niveles ideales de presión arterial indica una deficiencia en el autocuidado, la cual podría abordarse mediante intervenciones de profesionales de enfermería debidamente capacitados, principalmente a aquellos con especialización en el área cardiovascular, quienes pueden proporcionar una educación más precisa, un seguimiento clínico oportuno y ajustes apropiados a las estrategias de autocuidado⁹⁶. Como lo demuestra Marshall et al.⁹⁷, la participación activa de enfermeras especialistas en la educación, el seguimiento y el apoyo continuo es fundamental para mejorar los resultados a largo plazo de los pacientes. Donde destaca que el contacto regular y la atención personalizada que brindan estas profesionales mejoran la adherencia al tratamiento, la capacidad de autocuidado y las habilidades para el manejo de la enfermedad; lo que justifica y promueve su integración en estos programas asistenciales.

Además, resulta necesario incorporar herramientas modernas, como el telemonitoreo, la monitorización mediante aplicaciones o redes sociales y otras tecnologías digitales, abriendo nuevas vías para el autocuidado y la comunicación profesional de salud – paciente, que permitan el seguimiento remoto de los pacientes y mejoren su autocuidado diario^{98,99}. Esto requiere una inversión continua en recursos humanos e infraestructura tecnológica para optimizar el control de la presión arterial y reducir futuras complicaciones.

La adherencia al tratamiento es fundamental para mantener una presión arterial estable y prevenir complicaciones graves como enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. El incumplimiento del tratamiento puede conllevar un mal control de la hipertensión, mayor morbilidad, mortalidad y una mayor utilización de los

recursos sanitarios. Por lo tanto, mejorar la adherencia del paciente mediante la educación y el apoyo es clave para mejorar los resultados del tratamiento^{18,62}. En este estudio, la Tabla 5 muestra que poco más de la mitad de adultos mayores hipertensos tuvo una adherencia total, lo que significa cumplir el tratamiento medicamentoso, consumir una dieta baja en grasas, bajo en sal y realizar actividad física frecuente^{66,67,68}. Se entiende por adherencia al tratamiento al grado de comportamiento de una persona, al tomar sus medicamentos, seguir una dieta estricta o cambios de estilo de vida, correspondiente con las indicaciones previamente establecidas por el profesional de salud⁶².

En general, los estudios demuestran que los pacientes incumplen el tratamiento terapéutico²³, revelando un problema que debe asumirse en el manejo y acompañamiento de los pacientes. El estudio de Pari y Mamani³⁰, reveló que solo el 23.3% de los pacientes presenta buena adherencia, lo que evidencia que el incumplimiento es mayor, dado que una minoría alcanza una adherencia adecuada.

Es importante recalcar que, en el estudio, poco menos del cincuenta por ciento de los pacientes tenía problemas con la adherencia, principalmente por olvidarse de tomar el medicamento, lo cual podría estar relacionado al deterioro cognitivo propio de la edad o, la falta de apoyo familiar, así como la toma irregular o la suspensión del tratamiento al sentirse mejor^{36,69}. Estos factores dificultan el cumplimiento terapéutico y contribuyen al descontrol de la presión arterial, lo que a su vez aumenta el riesgo de complicaciones graves y mortalidad^{18,44}. Los profesionales de enfermería deben determinar si los pacientes mayores cuentan con un cuidador directo, ya que el deterioro de la memoria y las comorbilidades pueden afectar la adherencia al tratamiento. Cuando los pacientes viven solos, su vulnerabilidad aumenta, lo que requiere mayor atención, seguimiento y apoyo por parte de los profesionales de la salud para garantizar su adherencia al tratamiento y su capacidad de autocuidado.

Ante esta situación, es importante que los pacientes reciban una adecuada orientación y acompañamiento de manera continua por parte del personal de salud, destacando el rol del profesional de enfermería en la promoción de prácticas de autocuidado⁷².

La OMS⁹⁵, refiere que el autocuidado es fundamental para promover y mantener la salud, especialmente en personas con enfermedades crónicas como la hipertensión. Se define como la capacidad aprendida y progresiva de las personas, las familias y las comunidades para adoptar acciones que les permitan prevenir enfermedades, gestionar su propio bienestar y afrontar situaciones adversas, con o sin el apoyo de profesionales. Para fortalecer el autocuidado se requiere en salud, empoderamiento, recursos adecuados y un entorno favorable. Este enfoque está directamente relacionado con la teoría de Orem⁷² sobre los déficits de autocuidado, la cual establece que un déficit surge cuando las personas son incapaces de tomar las medidas necesarias para mantener su propia salud, lo que requiere la intervención de enfermería. Para fortalecer el autocuidado se requiere en salud, empoderamiento, recursos adecuados y un entorno favorable.

Este aspecto es especialmente importante en poblaciones vulnerables, donde el bajo nivel educativo y la dependencia familiar limitan la autonomía y la adherencia al tratamiento, lo que resalta la necesidad de intervenciones personalizadas y estrategias integrales para mejorar el autocuidado y la calidad de vida. El autocuidado no sustituye la atención profesional, sino que la complementa, y requiere cooperación y comunicación respetuosa entre el paciente, su familia y los profesionales de salud⁹⁵.

Los adultos mayores que participaron en el estudio presentaban con frecuencia múltiples comorbilidades, en particular diabetes y artritis. Estas enfermedades crónicas aumentan su vulnerabilidad, ya que las enfermedades metabólicas incrementan el riesgo cardiovascular y dificultan el control de la presión arterial, mientras que los problemas osteoarticulares limitan su movilidad y complican el autocuidado y la adherencia al tratamiento.

Al relacionar el nivel de adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial (Tabla 6), se observa que quienes mantienen una adherencia completa se encuentran en el grupo con presión arterial controlada, lo que quiere decir que, a mayor nivel de adherencia al tratamiento, menores son los valores de la presión arterial ($r = -0.403$) indicando una asociación negativa de magnitud moderada entre ambas variables. Este valor sugiere que la adherencia al tratamiento tiene un impacto significativo en el control de la presión arterial. Datos semejantes al estudio de Castillo et al.²⁵,

($p=0.027$). Pareja et al.²⁸, por el contrario, no hallaron una relación entre la falta de adherencia con el control de la presión arterial.

Dado que se establecen objetivos de presión arterial para cada grupo de población con el fin de reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares, este enfoque de clasificación puede analizar con precisión la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores⁵².

En el Perú, la Guía para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial del MINSA⁵², vigente desde 2015 y basada en la guía JNC7⁴⁴, del año 2003, sigue siendo el documento de referencia para la clasificación y el manejo de la presión arterial. Sin embargo, organizaciones internacionales como el ACC/AHA 2017, actualizaron los criterios de diagnóstico y el manejo integral de la hipertensión, considerando rangos más estrictos (tabla 1). Esta discrepancia genera una brecha importante en la práctica clínica, porque si bien muchos pacientes pueden ser clasificados como “controlados” según los estándares nacionales, no cumplen con los estándares internacionales vigentes. Esto pone a los pacientes en un mayor nivel de riesgo cardiovascular, al dificultar la detección temprana de la enfermedad y a indicaciones terapéuticas menos precisas.

Bajo estos alcances, se puede señalar que la constancia en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los adultos mayores es esencial para lograr un control adecuado de la presión arterial y prevenir complicaciones cardiovasculares; sin embargo, un grupo importante de esta población no está alcanzando las metas de control. Este grupo presenta mayor riesgo de sufrir eventos graves como infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares o insuficiencia cardíaca, los cuales pueden prevenirse con un manejo terapéutico continuo y estrictos según las necesidades.

Las complicaciones agudas no son el único problema preocupante, ya que un mal control de la presión arterial también puede acelerar el daño renal y provocar la aparición temprana de una enfermedad renal crónica, situación que debe evitarse mediante un tratamiento adecuado y oportuno. Asimismo, el paciente debe contribuir siguiendo correctamente las indicaciones terapéuticas que conserven su bienestar, independencia y calidad de vida, disminuyendo las hospitalizaciones y el deterioro progresivo de su salud.

Por tal motivo, la labor de enfermería es necesaria para fortalecer la adherencia al tratamiento y, en relación con ello, favorecer el control de la presión arterial, mediante la educación sanitaria, el monitoreo y el acompañamiento clínico, que resultan indispensables para disminuir la morbilidad y mortalidad vinculadas a esta enfermedad crónica.

Limitaciones de la investigación:

Debido a que se utilizó un muestreo por conveniencia no probabilístico, se implementó un cronograma de captación organizado en cada consulta externa para incluir a todos los pacientes que acudieron a la consulta durante el período de estudio. Esto garantizó que la inclusión de los participantes dependiera únicamente de su asistencia, reduciendo así el sesgo de selección.

En los casos en que no se pudo encontrar la dirección del paciente o no se pudo medir la presión arterial, se garantizó la recopilación completa de datos incluyendo a otros participantes que cumplieran los mismos criterios de inclusión.

Para minimizar el sesgo de respuesta debido a dificultades de comprensión o deterioro cognitivo, los cuestionarios se distribuyeron con asistencia utilizando un lenguaje sencillo y fácil de entender. Se respondieron las preguntas del cuestionario y se concedió tiempo suficiente para asegurar que los pacientes las comprendieran completamente. Si se detectaba deterioro cognitivo, se solicitaba la asistencia de un familiar responsable, procurando no influir en las respuestas del paciente.

XII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- El estudio reveló que la mayoría de los participantes tenían entre 70 y 79 años, predominó el sexo femenino y la condición casados/conviviente. Además, la mayoría no realiza actividad laboral remunerada y provenían de zonas costeras.
- Casi la mitad de los participantes presentaron valores de presión arterial en rango de prehipertensión 49.3%, según las directrices MINSA 2015/JNC7, mientras que solo un mínimo porcentaje fue clasificado en hipertensión estadio 2.
- La adherencia al tratamiento alcanzó niveles favorables, pues más de la mitad de los adultos mayores presentaron adherencia total, aunque persiste un porcentaje importante de adultos mayores con adherencia parcial y un porcentaje menor sin adherencia, lo que representa un desafío para el manejo integral de su enfermedad.
- Se observó una correlación negativa moderada entre el cumplimiento del tratamiento y el control de la presión arterial ($r = -0,403$, $p < 0,000$); es decir, un mayor cumplimiento se asoció con una menor presión arterial y un mejor control de la misma. Esto destaca el impacto directo del cumplimiento en un buen control de la presión arterial y por ende en la reducción del riesgo cardiovascular.

Recomendaciones:

- Para el profesional de enfermería y equipo multidisciplinario, fortalecer la educación personalizada, el refuerzo continuo y el seguimiento clínico, prestando especial atención al autocuidado y la adherencia al tratamiento en los adultos mayores, involucrando a los familiares en el proceso educativo y de motivación, especialmente en quienes viven solos o presentan discapacidades.
- Para la familia y cuidadores, participar activamente en el acompañamiento del adulto mayor, asegurando instrucciones claras sobre la administración de medicamentos y reconociendo los signos de descompensación, especialmente en quienes viven solos o presentan discapacidades.
- Para Hospitales y Centros de salud, implementar programas integrales de promoción de estilos de vida saludables, centrados en el control del peso, la reducción del consumo de sodio, el ejercicio regular y el abandono de hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Promover la capacitación continua del personal de enfermería sobre estrategias innovadoras para mejorar la adherencia al tratamiento y el autocuidado en pacientes mayores con hipertensión, fomentar la investigación local y la actualización de las guías clínicas nacional.

Implementar sistemas para el monitoreo regular y la identificación oportuna de casos mal controlados, garantizando que los pacientes tengan acceso a la medicación y a una intervención oportuna, considerando plenamente las circunstancias locales.

- Para la comunidad y gobiernos locales, crear y mantener espacios públicos seguros para fomentar la actividad física, las caminatas y las actividades recreativas para la población adulta mayor.

Organizar campañas gratuitas o de bajo costo para el control de la presión arterial y la educación sobre hipertensión, dirigidas especialmente a zonas vulnerables.

- Para la comunidad científica, desarrollar nuevas investigaciones dirigidas a poblaciones más vulnerables. Con el fin de profundizar en la relación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores, incluyendo poblaciones más amplias, y muestreo probabilístico.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2025 [citado el 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet* [Internet]. 2021 [citado el 3 de diciembre de 2024];398(10304):957–980. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621013301>
3. Zhou B, Perel P, Mensah G, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nature Reviews Cardiology* [Internet]. 2021 [citado el 3 de diciembre de 2024];18:785–802. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41569-021-00559-8>
4. Olsen MH, Angell SY, Asma S, Boutouyrie P, Burger D, Chirinos JA, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *The Lancet* [Internet]. 2016 [citado el 3 de diciembre 2024] ;388(10060):2665–2712. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616311345>
5. Día Mundial de la Hipertensión Arterial Colombia- Mayo [Internet]. Gov.co. 2017 [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>
6. Viteri Tinoco L, Lascano Torres R, Benitez Villacis P, Aucancela Mora I, Aispur Rivera J, Paca Lloay A, et al. Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Revista latinoamericana de Hipertensión* [Internet]. 2022 [citado el 3 de diciembre de 2024];17(6). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/25663

7. Guo M, Lyu L. A scale to measure the perceived quality of mHealth by elderly patients with hypertension in China. *BMC Health Services Research*. [Internet]. 2023[citado el 3 de diciembre de 2024];23:351. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09357-z>
8. Liyuan MA, Wang Z, Jing FAN, Shengshou HU. An Essential Introduction to the Annual Report on Cardiovascular Health and Diseases in China (2021). *Chinese General Practice* [Internet]. 2022 [citado el 3 de diciembre de 2024];25(27):3331–3346. Disponible en: <https://www.chinagp.net/EN/10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0506>
9. Pramparo P, Boissonnet C, Schargrodsky H. Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. *Revista Argentina de Cardiología* [Internet]. 2011 [citado el 8 de mayo de 2023];79(4):377–382. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326988014>
10. Revueltas Agüero M, Molina Esquivel E, Suarez Medina R, Bonet Gorbea M, Varona Pérez P, Benítez Martínez M. La hipertensión arterial en Cuba según la Encuesta Nacional de Salud 2018-2019. *Archivo médico Camagüey* [Internet]. 2022 [citado el 3 de diciembre de 2024];26:e9239. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9239/4504>
11. Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Oviedo Solís C, Ramírez Villalobos D, Hernández Bernardo, Barquera Simón. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut 2020. Salud Pública Méx* [Internet]. 2021 [citado el 3 de diciembre de 2024];63(6):692–704. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342021000600692&lang=es
12. Campos Nonato I, Oviedo Solís C, Vargas Meza J, Ramírez Villalobos D, Medina García C, Gómez Álvarez E, et al. Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de Méx*. [Internet]. 2023 [citado el 3 de diciembre de 2024];65(Supl 1):s169–s180. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14779>
13. Villarreal Zegarra D, Carrillo Larco R, Bernabe Ortiz A. Short-term trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of arterial hypertension in Peru. *Journal of Human Hypertension*. [Internet]. 2020 [citado el 3 de diciembre de 2024];35:462–471. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41371-020-0361-1>

14. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2023 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2024 [citado el 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601760-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2023>
15. Sánchez Cisneros N. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [Internet]. 2006 [citado el 3 de diciembre de 2024];14(3):98–101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=11220>
16. Hernández Quintero L, Crespo Fernández D, Trujillo Cruz L, Hernández Quintero M, Azcuy Perez M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay [Internet]. 2021 [citado el 3 de diciembre de 2024];11(3). Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973/2021>
17. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Atención Primaria [Internet]. 2011[citado el 3 de diciembre de 2024] ;43(7):343–344. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-terapeutica-que-dificil-es-S0212656711002496>
18. Pochuanca Ancco L, Villacorta Juan ,Hurtado Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. Revista del cuerpo médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2021[citado el 3 de diciembre de 2024];14(3):316–321. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252>
19. Rodríguez Abt J, Solís Visscher R, Rogic Valencia S , Román Yuani, Reyes Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Rev Facultad de Medicina [Internet]. 2017 [citado el 3 de diciembre de 2024];65(1):55–60. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/56773>
20. Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. av enferm. [Internet]. 2012 [citado el 3 de diciembre de 2024];30(2):67–75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000200007
21. Pomares Avalos A, Vásquez Núñez M, Ruiz Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay [Internet]. 2017 [citado el 3 de diciembre de 2024];7(2). Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>

22. Veliz Rojas L, Mendoza Parra S, Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria*. [Internet]. 2015 [citado el 3 de diciembre de 2024];12(1):3–11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741842002>
23. Altamirano Carbajal G, Bringas Villalba E, Ventura Hernández E. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. *Cuidado y Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado el 3 de diciembre de 2024];1(2):3–8. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/18>
24. Oficina de Planeamiento Estratégico. Plan Operativo Institucional 2024 [Internet]. Barranca: Hospital Barranca Cajatambo y sbs [citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hospitalbarranca.gob.pe/planeamiento-estrategico/>
25. Castillo Bautista J, López Perez I, Moreno Contreras M, Lara Majarrez F, Gama Martínez C. Adherencia a Terapéutica y Control de la Tensión Arterial en Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar* [Internet]. 2024 [citado el 3 de diciembre de 2024];7(6):7012–7021. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9223>
26. Pobrotyn P, Chudiak A, Uchmanowicz B, Drobnik J, Gajda R. Adherence problems in elderly patients with hypertension. *Medical Research Journal* [internet]. 2023 [citado el 11 de diciembre de 2025];8(1):26–34. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/medical_research_journal/article/view/MRJ.a2023.0004/70524
27. Formentin Zayas M, Carbajales León E, Medina Fuentes G, Formentin Zayas D, Formentir Zayas M. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero”. *Revista de Información Científica* [Internet]. 2021 [citado el 3 de diciembre de 2024];100(4):1–11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551768187001/>
28. Pareja Martínez E, Esquivel Prados E, Martínez Martínez F, García Corpas J. Relación entre el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento medida mediante el sistema de receta XXI en Granada (España). *Ars Pharm*. [Internet]. 2022 [citado el 3 de diciembre de 2024];63(1):56–71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942022000100056

29. Padua Guimarães M, Chaves Coelho J, da Silva GV, Drager LF, Butcher RCG, Butcher HK, et al. Blood pressure control and adherence to drug treatment in patients with hypertension treated at a specialized outpatient clinic: a cross-sectional study. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2021 [citado el 13 de noviembre de 2025];15:2749-2761. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8670885/>
30. Pari Chambi B, Mamani Limachi R. 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[internet]. 2025 [citado el 11 de diciembre de 2025];18(1):10–17. Disponible en: https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/2106
31. Huachani Martinez H, Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la microrred 15 de agosto, Arequipa – 2024 [Tesis]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2024 [citado el 11 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA_50f7452a947153e519222164d5c054f8/Details
32. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. 2023 [citado el 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-older-adults>
33. Valcarenghi R, Lourenço Leite L, Steil Siewert J, Alvarez A. Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2015 [citado el 3 de diciembre de 2024];68(4):705–712. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4dsLdPFLybHftVZMVXxOppG/?lang=pt>
34. Salech M, Jara L, Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Clin Las Condes[internet]. 2011 [citado el 3 de diciembre de 2024];23(1):19-29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>
35. Flint B, Tadi P. Physiology, Aging. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 ene. Actualizado el 4 de enero de 2023 [citado el 11 de diciembre de 2025]. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556106/>
36. Seraji Bzorgzad N, Paulson H, Heidebrink J. Neurologic examination in the elderly. Handb Clin Neurol. [Internet]. 2019 [citado el 3 de diciembre de 2024];167:73–88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31753158/>

37. Mattson M, Magnus T. Ageing and neuronal vulnerability. *Nat Rev Neurosci*. [Internet]. 2006 [citado el 3 de diciembre de 2024];7(4):278–294. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16552414/>
38. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev Médica Clínica Las Condes*. [Internet]. 2012 [citado el 3 de diciembre de 2024];23(1):19–29. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699?via%3Dihub>
39. Alwan A, Maclear D, Riley L, Espaignet E, Mathers C, Stevens G, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* [Internet]. 2010 [citado el 3 de diciembre de 2024];376(9755):1861–1868. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21074258/>
40. Castiglione M. Enfermedades crónicas no transmisibles. La referencia [Internet]. 2015 [citado el 3 de diciembre de 2024];15(2):66–72. Disponible en: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_0ad5a73c8be47e7f56b326078dc833e9
41. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Gaceta SEGG No. 49 [Internet]. Madrid 2015. [citado el 12 de diciembre del 2025]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/gaceta/49/pdf/Segg-49.pdf>
42. Sarmiento Buitrago A, Cerón Perdomo D, Mayorga Bogota M. Asociación entre el deterioro cognitivo y factores socioeconómicos y sociodemográficos en adultos mayores colombianos. *Rev Colomb Psiquiatr*[internet]. 2024 [citado el 3 de diciembre de 2024];53(2): 134-141. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502024000200134
43. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, Diaz E, Marin C, Alfonso J. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2005 [citado el 3 de diciembre de 2024];17:353–361. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8087>
44. Chobanian A, Bakris G, Negro H, Cushman W, Verde L, Izzo J, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. [Internet]. 2003 [citado el 3 de diciembre de 2024];42(6):1206–1252. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14656957/>

45. McEvoy J, McCarthy C, Bruno R, Brouwers S, Canavan M, Ceconi C et al. Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión. Sociedad Española de Cardiología [internet]. 2024 [citado el 15 de diciembre del 2025]: p 132. Disponible en: <https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/guias/15503-guia-esc-2024-sobre-el-manejo-de-la-presion-arterial-elevada-y-la-hipertension>
46. Instituto Nacional del Cáncer. Presión Arterial [Internet]. [citado el 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/presion-arterial>
47. Cabrera Rojo I. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Revista cubana de cardiología y cirugía cardiovascular [Internet]. 2011 [citado el 4 de febrero de 2025];10(1). Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/8>
48. Lamirault G, Artifoni M, Daniel M, Barber N, Grupo de Trabajo sobre Hipertensión del Hospital Universitario de Nantes. Resistant Hypertension: Novel Insights. Revisión actual de hipertensión. [Internet]. 2020 [citado el 3 de diciembre de 2024];16(1):61–72. Disponible en: <https://www.eurekaselect.com/article/101360>
49. OMS. Hipertensión [Internet]. Organización mundial de la salud. 2024 [citado el 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/hypertension>
50. Welton P ; Carey R; Aronow W ; Casey D ; Collins K ; Himmelfarb D ; et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension [internet]. 2017 [citado el 3 de diciembre de 2024]; 71(6): 1270-1319. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/hyp.000000000000065>
51. Jones D, Ferdinand K, Chair V, Taler S, Johnson H, Shimbo D, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation [Internet]. 2025 [citado el 15 de diciembre de 2025];152(11):e114–e218. Disponible en : https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001356?utm_campaign=sciencenews25-26&utm_source=science-news&utm_medium=phd-link&utm_content=phd-08-14-25

52. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 031-2015-MINSA. [Internet]. Lima: Plataforma del Estado Peruano; 2015 [citado el 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195692-031-2015-minsa>
53. Rabi D, Mcbrien K, Sapir Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed S, Dumanski S, et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol* [Internet]. 2020 [citado el 15 de diciembre de 2025]; 36(5):596-624 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389335/>
54. Herrera Perez J, Gonzales Miranda M, Robles Perez N, Alvarez Gregori J, Musso C, Macias Núñez J. La hipertensión arterial en los pacientes octogenarios. Reflexiones sobre los objetivos, el tratamiento y sus consecuencias. *Nefrología* [Internet]. 2011 [citado el 3 de diciembre de 2024]; 4(3):18–28. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-la-hipertension-arterial-pacientes-octogenarios--articulo-X1888970011001133>
55. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosie E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* [Internet]. 2018 [citado el 15 de diciembre de 2025]; 36(10): 1953-2041. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30234752/>
56. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens* [Internet]. 2023 [citado el 15 de diciembre de 2025]; 41(12): 1874-2071. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37345492/>
57. European Society of Cardiology (ESC). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. [Internet]. 2024 [citado el 15 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Elevated-Blood-Pressure-and-Hypertension>
58. Hypertension in adults: diagnosis and management. National institute for health and care excellence NICE [Internet]. 2019 [citado el 4 de diciembre de 2024]; 1–52. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/chapter/Recommendations?form=MG0AV3>

59. Sharman J, Brien E, Alpert B, Schutte A, Delles C, Olsen M, et al. Lancet Commission on Hypertension Group position statement on the global improvement of accuracy standards for devices that measure blood pressure. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2020 [citado el 4 de diciembre de 2024];44:e21. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7039279/>
60. Padwal R, Campbell N, Schutte A, Olsen M, Delles C, Etyang A, et al. Optimización del desempeño del observador al medir la presión arterial en el consultorio: declaración de posición de la Comisión Lancet de Hipertensión. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2020 [citado el 4 de diciembre de 2024];44:e88. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e88/#>
61. Beevers G, Lip G, Brien E. The pathophysiology of hypertension. *BMJ*. [Internet]. 2001 [citado el 4 de diciembre de 2024];322(7291):912–916. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1120075/>
62. Al - Qasem A, Smith F, Clifford S. Adherence to medication among chronic patients in Middle Eastern countries: review of studies. *East Mediterr Health J* [internet]. 2011 [citado el 11 de diciembre];17(4):356–363. doi:10.26719/2011.17.4.356. Disponible en: <https://www.emro.who.int/emhj-volume-17/issue-4/article15.html#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,la%20salud%E2%80%9D%20%5B1%5D.>
63. Instituto Nacional del Cáncer. Terapia farmacológica [Internet]. [citado el 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-farmacologica>
64. Herrero Jaén S. La Farmacología del Cuidado: Una aproximación deductiva cuidadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian. *Ene*. [Internet]. 2019 [citado el 20 de diciembre de 2024];13(4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000400007
65. Rodríguez Chala H. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la ansiedad al tratamiento estomatológico. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2016 [citado el 6 de enero de 2025];53(4):277–290. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000400010&%3A~%3Atext=Las%20no%20farmacol%C3%B3gicas%20abordan%20t%C3%A9cnicas%20muy%20usadas%20por%20los%20profesionales

66. Ramón Soto J. Tratamiento no Farmacológico de la Hipertensión Arterial. Rev médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018 [citado el 7 de enero 2025];29(1):61–68. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864018300051>
67. Sosa Rosado J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An Fac Med [Internet]. 2010 [citado el 7 de enero de 2025];71(4):241–244. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400006
68. Arboleda L, Velásquez J. Conocimientos y hábitos alimentarios en mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial del municipio de Sonsón - Colombia. Rev chil nutr. [Internet]. 2015 [citado el 7 de enero de 2025];42(4):357–361. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000400006&lang=es
69. Martin Alonso L, Grau Ábalo J, Espinosa Brito A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2014 [citado el 7 de enero de 2025];40(2):222–235. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007
70. Peña Valenzuela A, Ruiz Cervantes W, Barrios Olán C, Chávez Aguila-socho A. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2023 [citado el 7 de enero de 2025];61(1):55–60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457775054010/html/>
71. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2017 [citado el 7 de enero de 2025];19(3). Disponible en: <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>
72. Prado Solar L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron [Internet]. 2014 [citado el 7 de enero de 2025];36(6):835–845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
73. Naranjo Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2019 [citado el 7 de enero de 2025];23(6):814–825. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6525>

74. Chiu Yip J. Theory-Based Advanced Nursing Practice: A Practice Update on the Application of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. SAGE Open Nurs [Internet]. 2021 [citado el 7 de enero de 2025];7: 23779608211011993. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8060740/>
75. Supo Condori, Zacarias H. Metodología de la investigación científica. 3ra ed. Arequipa, Perú: Bioestadístico EEDU EIRL; 2020. 320p. ISBN 9798656825252. Disponible en: http://catalogoweb.unab.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=5540&query_desc=kw%2Cwrdl%3A%20supo
76. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
77. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 [citado el 11 de enero de 2025];30(1):36–49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
78. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. McGraw-Hill Education; 2018 [citado el 11 de enero de 2025]. Disponible en: <https://biblioteca.ucuenca.edu.ec/digital/s/biblioteca-digital/ark:/25654/2140#c=0&m=0&s=0&cv=0>
79. Diaz Bravo L, Torruco García U, Martínez Hernández M, Varela Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica [Internet]. 2013 [citado el 11 de enero de 2025];2(7):162–167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
80. Martín Alfonso L, Bayarre Veja H, Grau Ábalo J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2008 [citado el 11 de enero de 2025];34(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865012>
81. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care [Internet]. 1986 [citado el 11 de enero de 2025];24(1):67–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130/>
82. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. Prog Cardiovasc Nurs [Internet]. 2000 [citado el 11 de enero de 2025];15(3):90–96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10951950/>

83. Ortiz Suárez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av Enferm [Internet]. 2010 [citado el 11 de enero de 2025];28(2):73–87. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000200007
84. Romero Guevara S, Parra D, Roa Díaz Z, Rojas L. Validación de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento en hipertensión y diabetes. Revista Cuidarte [Internet]. 2020 [citado el 11 de enero de 2025];11(3):e1062. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359568727011/html/>
85. Esquivel Garzón N, Díaz Heredia L. Validez y confiabilidad del cuestionario adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Invest educ enferm [Internet]. 2019 [citado el 11 de enero de 2025];37(3):e09. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012053072019000300009&script=sci_arttext&tlng=es
86. González Lucario O. Adherencia terapéutica y funcionalidad Familiar en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la consulta externa de Medicina Familiar en el Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" [Tesis]. [México]: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013 [citado el 11 de enero de 2025]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14302/405580.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
87. Bernal García A. Asociación del Afecto Negativo con los Niveles de Adherencia en un grupo de pacientes con Hipertensión Arterial [Tesis de Grado]. [Bogotá, Colombia]: Universidad de los Andes; 2018 [citado el 11 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/b6182955-a5ce-4ef3-bbfa-06e2bf3d33ba/content>
88. Vilchez Calle J. “Factores Asociados a la Adherencia Terapeutica en Pacientes con Hipertension Arterial del Hospital III Jose Cayetano Heredia - Essalud - Piura, Enero a Diciembre 2017” [Tesis]. [Piura]: Universidad Nacional de Piura ; 2018 [citado el 11 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/items/c5224bed-35d8-4d0c-b10c-ed6b6f7a01fd>

89. Marrufo-Gil J. Asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol – Amazonas, 2022 [Tesis de grado]. Amazonas: Universidad Politécnica Amazónica; 2022. Disponible en: https://repositorio.upa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12897/126/TESIS_MARRUFO_GIL_J_OSELITO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
90. Universidad Nacional de Barranca. Reglamento General del Comité de Ética en Investigación [Internet]. Barranca; 2024. p. 25. Disponible en: <https://unab.edu.pe/wp-content/uploads/2024/11/R.C.O-N%C2%B0-796-2024-UNAB-03-09-2024-APROBAR-el-REGLAMENTO-GENERAL-DEL-COMITE-DE-ETICA-EN-INVESTIGACION.p.pdf>
91. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. [citado el 18 de abril 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
92. Institución Nacional de Estadística y Informática (INEI). Situación de la Población Peruana, 2024. Una mirada de la diversidad étnica [Internet]. 2024 [citado el 17 de diciembre el 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica>
93. Hernández- Vásquez A, Carrillo Morote B, Azurin Gonzales V, Turpo Cayo E, Azañedo D. Spatial analysis of hypertension in Peruvian adults, 2022. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2023 [Citado el 16 de noviembre de 2025] ;4(2):48-54 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10538923/>
94. Mendoza Quispe D, Chambergo Michilot D, Moscoso Porras M, Bernabe Ortiz A, et al. Hypertension prevalence by degrees of urbanization and altitude in Peru: pooled analysis of 186 906 participants. J Hypertens [Internet]. 2023 [Citado el 16 de noviembre de 2025]; 41(7): 1142-1151 Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37071440/>
95. Organización Panamericana en la Salud. Directrices de la OMS sobre las intervenciones de autocuidado y el bienestar [Internet]. Washington, DC: OPS; 2022 [Citado 16 de noviembre 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56571>

96. Van der Merwe W, Van der Merwe V. Difficult Hypertension Clinic Utilizing a Nurse Specialist: A Cost-Efficient Model for the Modern Era?. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. [Internet]. 2015 [Citado el 18 de noviembre de 2025]; 17(9): 732-736 Disponible en : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8031748/>
97. Marshall PW, Benatar JR, Hennessy A, Lindbom T, Gallagher C, Khan-Niazi I, et al. Long-term patient outcomes from a multidisciplinary cardiac rehabilitation programme with integrated nurse specialist support: A retrospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2025 [Citado el 18 de noviembre 2025] Enero; 161: 104945. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074892400258X>
98. Spósito P, Taborda A, Adano A, Aguilera R, Arrigoni F, Carbone L, et al. Telemedicina en el control de la hipertensión arterial. *Rev Urug Med Int* [Internet]. 2023 [Citado el 18 de noviembre 2025]; 8(2):38-52. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972023000200038
99. Sánchez-Prieto J, Sabatel F, Villarrubia Mendez G, Divisón A , Garcia Donaire A, Rodriguez Padiá L. Control de la presión arterial mediante el uso de una aplicación para teléfono inteligente con estrategia de retroalimentación y competitividad. Proyecto Control HTApp. *Medicina de Familia. SEMERGEN* [Internet]. 2018 [Citado el 18 de noviembre 2025];44(1): 30-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-control-presion-arterial-mediante-el-S1138359317302289>

XIV. ANEXOS

ANEXO N° 01

Título del proyecto: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS					
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables de estudio	Metodología	Instrumento de recolección de datos
¿Cuál es el nivel de asociación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión que asisten al Hospital de Barranca Cajatambo y SBS	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de asociación entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión asistentes al Hospital Barranca Cajatambo y SBS. 	<p>Hipótesis de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una asociación significativa negativa entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión, Hospital de Barranca-Cajatambo y SBS. 	<p>Variable₁:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento <p>Variable₂:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de la presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación de tipo aplicada, de enfoque cuantitativo, método observacional y diseño correlacional, de corte transversal. 	<p>“Cuestionario de MBG(Martín-Bayarre-Grau)” Fue realizado en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba en el año 2008.</p>

<p>en el tercer trimestre del 2025?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Barranca Cajatambo y SBS. • Clasificar los valores de presión arterial de los adultos mayores hipertensos según la Guía del MINSA 2015/<i>Joint National Commission</i> N°7. • Clasificar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos del Hospital Barranca Cajatambo y SBS. • Asociar la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores hipertensos en el Hospital Barranca Cajatambo y SBS. 	<p>Hipótesis Nula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe una asociación significativa negativa entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión, Hospital de Barranca-Cajatambo y SBS. 			<ul style="list-style-type: none"> • La medida de la presión arterial será realizada según protocolo y se realizarán tres medidas de forma aleatoria durante una semana, mediante visita domiciliaria, determinantes al final una media de estas medidas.
---	--	---	--	--	--

ANEXO N° 02

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

El (la) Presidente y el Secretario Técnico del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de Barranca, CERTIFICA, que los integrantes del Comité de Ética para la Investigación evaluaron en la reunión del día **23/04/2025**, el proyecto de tesis titulado: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL DE BARRANCA CAJATAMBO Y SBS, aprobado con R.C.O. N°031-2025-UNAB**, los investigadores principales: Isabel Sofía García Simón, Diana Carolina Vilcabana Manayay.

Código de Registro:

003-2025

Escuela Profesional:

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Asesora: **Dra. Kattia Ochoa Vigo**

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos vigentes.
- Los documentos normativos del CEI de la UNAB

Terminada la revisión del proyecto, el CEI consideró para la realización del estudio, la condición de:

APROBADO APROBADO CON CONDICIONES NO APROBADO

Además, deberá presentar un reporte único de su investigación e informar el término de su investigación.


UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA
Mg. Mercedes Sagorras Morillo Orozco
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Presidente del CEI


UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA
Mg. Efraín Ludogantze Ochoa Rodríguez
Secretario Técnico del Comité de Ética en Investigación

Secretario técnico del CEI

ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA
DIRECCIÓN ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Barranca, 15 de abril de 2025

CARTA N° 068-2025-DEPE-UNAB

Dr. Jorge Luis Ruiz Prieto

Director Ejecutivo del Hospital de Barranca y Red de Salud Barranca - Cajatambo

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a Ud., para saludarle cordialmente, y a la vez, hacer de su conocimiento que las bachilleres en Enfermería: **GARCÍA SIMÓN ISABEL SOFÍA** y **DIANA CAROLINA VILCABANA MANAYAY**, vienen desarrollando el Proyecto de Tesis titulado: *"ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS"*, motivo por el cual acudimos a su representada para solicitar la autorización para que puedan aplicar los instrumentos de recolección de datos de manera presencial.

Es propicia la ocasión para reiterarle mi estima y consideración personal.

Atentamente,

Mg. JUAN DAVID TOLEDO FIGUEROA
Responsable de la Dirección de la Escuela Profesional
de Enfermería

ANEXO N° 04



Reg. Doc: 6472910
Reg. Exp: 3759717

“Año de la recuperación y consolidación de la eco

Barranca, 09 de junio del 2025

OFICIO N° 1112 -2025-GRL-GRDS-DIRESA-L-UE-1289/UAD

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA TRÁMITE DOCUMENTARIO RECIBIDO			
EXP. EXTERNO:	003168-2025-TD	FOLIO:	13
FECHA:	12/06/2025	FIRMA:	V'B
<small>“La recepción de este documento no implica la conformidad del mismo”</small>			

Sr.

MG. JUAN DAVID TOLEDO FIGUEROA

Responsable de la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNAB

Presente.-

ASUNTO : RESPUESTA A LO SOLICITADO

**REF : INFORME N° 0109-2025-GRL-GRDS-DIRESA-L-UE-1289/UAD
INFORME N° 0030-2025-GRL-GRDS-DIRESA-L-UE-1289/COMITÉ EI
CARTA N° 068-2025-DEPE-UNAB
ACTA N° 04-2025 COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA E INVESTIGACION**

De mi especial consideración:

Por el presente saluda a Ud. cordialmente y molesto su atención para hacer de su conocimiento lo siguiente.

Que, esta Dirección, previo informe de la referencia emitido por la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación y el Comité Institucional de Ética e Investigación, autoriza el desarrollo del proyecto de tesis.

Asimismo, se señala que se dejara una copia del informe final del trabajo, al jefe de la Unidad Orgánica del Hospital de Barranca.

Sin otro particular expreso a Ud. las muestras de mi especial consideración y alta estima personal.

Atentamente.



M.C. Jorge Luis Ruiz Prieto
DIRECTOR EJECUTIVO

ANEXO N° 05



CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO:

- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS.

NOMBRE DE INVESTIGADORES

Investigador responsable (o tesista):

- García Simón, Isabel Sofía
- Vilcabana Manayay, Diana Carolina

Asesor:

- Dra. Kattia Ochoa Vigo

ESCUELA PROFESIONAL: Escuela Profesional de Enfermería

INSTITUCIÓN: Universidad Nacional de Barranca (UNAB)

INSTITUCIÓN COLABORADORA: Hospital Barranca – Cajatambo

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

Mediante la presente, lo(a) invitamos a participar de un estudio cuyo objetivo es: Determinar la adherencia al tratamiento mediante el control de la presión arterial en los adultos mayores hipertensos que asisten al Hospital Barranca Cajatambo y SBS; siendo un estudio que no será financiado por la Universidad Nacional de Barranca (UNAB).

Millones de personas son afectadas por el problema de salud pública, el aumento de las complicaciones crónicas sigue siendo la necesidad de realizar investigaciones en el campo para identificar las situaciones que dañan significativamente. La falta de adherencia al tratamiento obstaculiza el control óptimo de la hipertensión en los pacientes, incrementado directamente el riesgo de morbilidad y mortalidad.

PROCEDIMIENTOS:

En caso de que usted acepte participar en esta investigación, deberá permitir la medición de la presión arterial y la realización de la entrevista para evaluar la adherencia terapéutica. Si por alguna circunstancia tendríamos que volver a realizar la entrevista para continuar con la toma de datos, se le comunicará con anticipación. El cuestionario será llenado de manera anónima, está compuesta por 12 preguntas, tendrá una duración de 15-20 minutos y se realizará por única vez. Para la medición de la presión arterial, se realizará tres medidas durante una semana en días aleatorios mediante visita domiciliaria.

RIESGOS:

Su participación en este estudio no implica riesgo de daño físico y psicológico para usted.

BENEFICIOS: (SE DEBE PONER CUAL ES EL BENEFICIO DIRECTO)

De acuerdo con los resultados esperados en esta investigación que es (adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en adultos mayores hipertensos) los datos le serán proporcionados al finalizar el estudio de investigación.

COSTOS Y COMPENSACIÓN:

Las investigadoras del proyecto aseguran la total cobertura de costos del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio no involucra pago o beneficio económico alguno.

CONFIDENCIALIDAD:

Todos los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos y de carácter privado. Además, los datos sólo se usarán para los fines científicos de la investigación, siendo los datos del participante absolutamente confidenciales. El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será el investigador Responsable del Proyecto, quien tomará todas las medidas cautelares para el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

Su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y tiene derecho a negarse a participar o suspender su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones, ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión. Si decide participar o presenta dudas sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo.

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio o considera que sus derechos han sido vulnerados, puede comunicarse con el Comité de Ética para investigación de la Universidad Nacional de Barranca, al correo: comité.etica@unab.edu.pe

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

NOTA: El presente documento, es una propuesta del Consentimiento Informado, el mismo puede ser modificado por el investigador de acuerdo a la naturaleza de la investigación, en caso lo considere necesario.

ANEXO N° 06



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DIRIGIDO
AL PARTICIPANTE

Yo, participante con DNI en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS”**, del investigador responsable (o tesistas): García Simón, Isabel Sofía; Vilcabana Manayay, Diana Carolina.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al investigador responsable y en caso sienta que mis derechos fueron vulnerados, podre contactarme con el Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Nacional de Barranca (comité.etica@unab.edu.pe)

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio, cuando este haya concluido.

Para esto, puedo contactar al investigador(es) del proyecto a (los) correo(s) electrónico(s) igarcias182@unab.edu.pe; dvilcabanam171@unab.edu.pe o al celular(es) 910234093 – 953900367.

Barranca,.....de.....del.....

Participante

Huella

Tesista/Investigador

Huella

ANEXO N° 07



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA

Escuela Profesional De Enfermería

Cuestionario para la evaluación de la adherencia
terapéutica MBG (Martín- Bayarre-Grau)

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS**

INSTRUCCIONES

Luego de haber firmado la hoja de consentimiento informado y haber entendido la forma de su participación en el estudio, pasó a hacerle algunas preguntas de información general sobre usted y datos de su enfermedad. Inmediatamente pasará a preguntarle cómo realiza y sigue el tratamiento indicado por su médico y en un tercer momento, le medirá su presión arterial.

1. DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL

Nombre:___(Siglas) Edad: ___ Sexo: __ Estado Civil:_____

Situación laboral actual:_____ Grado de Escolaridad: _____(en años)

Procedencia:_____ Tiempo de Enfermedad: _____ Ingreso S/: _____

Con quien vive:_____ Otras enfermedades que padece: .

2. DATOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- 1) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

- a) Dieta sin sal o baja de sal
- b) Consumir grasa no animal
- c) Realizar ejercicio físico

2) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

a) Si

b) No

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1.Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3.Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4.Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos Indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria.					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12.Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

3. DATOS DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

MEDICIÓN 1 Fecha:	MEDICIÓN 2 Fecha:	MEDICIÓN 3 Fecha:
Sistólica: _____mmHg	Sistólica: _____mmHg	Sistólica: _____mmHg
Diastólica: _____mmHg	Diastólica: _____mmHg	Diastólica: _____mmHg

ANEXO N° 08

CORRELACION DE RHO DE SPEARMAN

CORRELACIONES

Rho de Spearman		NIVEL DE ADHERENCIA	HIPERTENSIÓN EN DOS CATEGORIAS
NIVEL DE ADHERENCIA	Coefficiente de correlación	1,000	-,391**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	205	205
NIVEL DE ADHERENCIA	Coefficiente de correlación	1,000	-,403**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	205	205

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).