

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ESTILO DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO
EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD LAJAS, CHOTA – 2026**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADAS EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS

Bach. IRIGOIN BUSTAMANTE, JENIFFER FIORELLA [0009-0004-9006-643X](tel:009-0004-9006-643X)

Bach. TARRILLO OCHOA, DIANA VANESSA [0009-0008-6767-2342](tel:009-0008-6767-2342)

ASESORA

DRA. BUSTAMANTE LÓPEZ, LUZ GUISELA

Orcid [0000-0002-1309-8524](https://orcid.org/0000-0002-1309-8524)

CHOTA – PERÚ

2026



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Licenciada por la SUNEDU / Resolución de Consejo Directivo N° 160-2018-SUNEDU/CD

Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación



C.O. N° 020-2026-UI-FCCSS

Chota, 01 de julio de 2026.

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

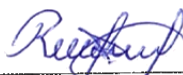
El que suscribe, Responsable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: “ESTILO DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL ADULTO

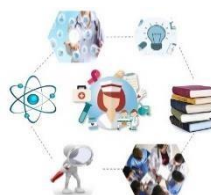
MAYOR DEL CENTRO DE SALUD LAJAS, CHOTA – 2026” elaborado por las Bachilleres en enfermería: Jeniffer Fiorella Irigoin Bustamante y Diana Vanessa Tarrillo Ochoa, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 19%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

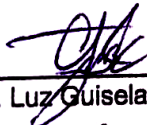
Atentamente,




Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH


Dra. Luz Guisela Bustamante López
Asesor

FIGURELLA IRIGUIN

ESTILO DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ...

 PROYECTOS Y TESIS INVESTIGACIÓN Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la
entrega

trn:oid::1:36032823
03

Fecha de entrega

28 jun 2026, 9:00 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

28 jun 2026, 9:08 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

FIGURELLA_IRIGUIN_BUSTAMANTE_Y_DIANA_VANESSA_TARRILLO_OCHOA_1.do
CX

Tamaño del archivo

93.0 KB

47 páginas

11.045 palabras

61.124 caracteres

19% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía

Fuentes principales

- 19%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

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

Fuentes principales

19%	 Fuentes de Internet
8%	 Publicaciones
0%	 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	repositorio.unach.edu.pe	5%
2	Internet	hdl.handle.net	3%
3	Internet	repositorio.unc.edu.pe	2%
4	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
5	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
6	Internet	www.slideshare.net	<1%
7	Internet	repositorio.upsjb.edu.pe	<1%
8	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
9	Internet	dspace.unitru.edu.pe	<1%
10	Internet	es.scribd.com	<1%
11	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%

12	Internet	polodelconocimiento.com	<1%
13	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%
14	Internet	repositorio.usanpedro.edu.pe	<1%
15	Internet	noti-america.com	<1%
16	Internet	www.udocz.com	<1%
17	Publicación	"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derech...	<1%



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación



Acta de sustentación Informe final de tesis

El jurado evaluador designado con RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 165-2025-FCCSS-UNACH/C :

Nombres y apellidos	Cargo
Dra. Erlinda Holmos Flores	Presidente
Dra. Elisa Ramos Tarrillo	Secretario
Mg. Delis Alexander Acuña Díaz	Vocal

De la tesis titulada:

Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud de Lajas, Chota – 2026

Que ha sustentado el (los) Bachiller (es):

Nombres y apellidos	DNI
Diana Vanessa Tarrillo Ochoa	70036410
Jeniffer Fiorella Irigoin Bustamante	75476000

Para obtene el título profesional de:

Licenciado(a) en Enfermería

Acuerdan por:

☒	Unanimidad
☐	Mayoria

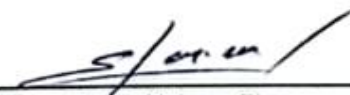
☒	Aprobar
☐	Desaprobar

Otorgando la calificación de:

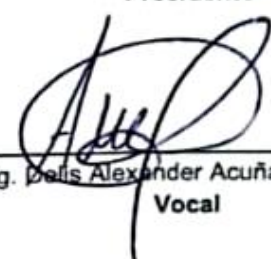
☒	Aprobado
☐	Excelente
16	Bueno
☐	Regular

☐	Desaprobado
--------------------------	-------------

Colpa Matara, 16 de junio de 2026


Dra. Erlinda Holmos Flores
Presidente


Dra. Elisa Ramos Tarrillo
Secretario


Mg. Delis Alexander Acuña Díaz
Vocal




Dra. Luz Guisela Bustamante López
Asesor



HOJA DE FIRMA DE JURADOS

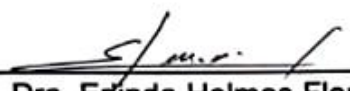
Título de la Tesis:

**ESTILO DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIHIPERTENSIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE
SALUD LAJAS, CHOTA – 2026**

Autor(es):

Bach. IRIGOIN BUSTAMANTE, JENIFFER FIORELLA

Bach. TARRILLO OCHOA, DIANA VANESSA



Dra. Erinda Holmos Flores
Presidente



Dra. Elisa Ramos Tarrillo
Secretario



Mg. Delis Alexander Acuña Díaz
Vocal

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, por guiarnos con su luz y concedernos fortaleza, sabiduría y constancia a lo largo de todo el proceso de investigación. Su presencia fue fundamental para afrontar las dificultades y alcanzar los objetivos propuestos.

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de Chota (UNACH) por brindarnos una formación académica de calidad. En un entorno que promueve el compromiso social y el desarrollo integral, valoramos profundamente la oportunidad de formar parte de esta institución, que ha contribuido significativamente a nuestro crecimiento profesional y personal.

A la Dra. Luz Guisela Bustamante López, por su acompañamiento permanente, sus valiosos aportes y su orientación académica durante el desarrollo de este trabajo. Asimismo, extendemos nuestro reconocimiento a todos nuestros docentes, por su dedicación, compromiso y apoyo constante en nuestra formación profesional.

Finalmente, agradecemos a los adultos mayores del Centro de Salud Lajas que participaron voluntariamente en la recolección de datos, ya que su colaboración fue clave para la culminación exitosa del presente estudio.

A:

Dios, por brindarnos fortaleza, sabiduría y perseverancia a lo largo de este proceso, permitiéndonos culminar satisfactoriamente esta importante etapa de nuestra formación profesional.

Nuestros padres, parientes y amigos, que han sido un soporte fundamental para alcanzar nuestras metas. Agradecemos profundamente su comprensión, paciencia y amor incondicional en cada fase de este trayecto académico. Gracias por motivarnos constantemente a seguir adelante, por confiar en nuestras capacidades y por brindarnos apoyo en las épocas difíciles. Su aliento y compañía fueron esenciales para continuar este proceso con determinación.

Jeniffer y Diana

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases conceptuales	9
2.3. Definición de términos básicos	21
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	22
3.1. Ámbito de estudio	22
3.2. Diseño de investigación	22
3.3. Población y muestra	23
3.4. Operacionalización de variables	24
3.5. Descripción de la metodología	25
3.6. Procesamiento y análisis de datos	27
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
4.1. Caracterizar social y demográficamente a los adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.	28
4.2. Determinar el estilo de vida en el adulto mayor según sus dimensiones del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.	32
4.3. Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo según dimensiones en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.	36
4.4. Determinar la relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.	39
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociales y demográficas de los adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.	28
Tabla 2. Estilo de vida en el adulto mayor según sus dimensiones del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.	32
Tabla 3. Adherencia al tratamiento antihipertensivo según dimensiones en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.	36
Tabla 4. Relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.	39

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AM	: Adulto Mayor
ALC	: América Latina y el Caribe
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENT	: Enfermedades no transmisibles
EKG	: Electrocardiograma
HTA	: Hipertensión arterial
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
ONU	: Organización de las Naciones Unidas
UNACH	: Universidad Nacional Autónoma de Chota

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota-2026. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, nivel relacional, diseño no experimental y corte transversal, en el que participaron 115 adultos mayores. La recolección de datos se realizó mediante la técnica de encuesta, utilizando como instrumentos la Escala Perfil de Estilo de Vida y la Escala de Adherencia al Tratamiento. Respecto a las características sociodemográficas, el 74,8% fueron mujeres; el 38,2% tenía entre 80 y 89 años; el 53,0% era casado o conviviente; el 87,8% profesaba la religión católica; y el 60,9% no contaba con estudios. En relación con los estilos de vida, el 78,3% presentó estilos de vida no saludables de forma general. En la dimensión biológica predominó el estilo de vida saludable con 73,1%; sin embargo, en las dimensiones social y psicológica predominaron los estilos de vida no saludables, con 71,3% y 93,9%, respectivamente. En cuanto a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 53,9% presentó un alto grado de adherencia de manera general. La adherencia alta predominó en la dimensión relación profesional-paciente con 63,2%; por otro lado, en las dimensiones cumplimiento del tratamiento e implicación personal predominó la adherencia media, con 54,0% y 54,8%, respectivamente. Además, el 47,8% de los adultos mayores con estilos de vida no saludables presentó una adherencia terapéutica alta. Se concluye que existe relación significativa entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, según la prueba Chi cuadrado de independencia ($\chi^2 = 11,246$; $p = 0,004$).

Palabras clave: estilo de vida, adherencia terapéutica, adultos mayores.

ABSTRACT

The research aimed to determine the relationship between lifestyle and adherence to antihypertensive treatment in older adults at the Lajas Health Center, Chota, in 2026. This quantitative, relational, non-experimental, cross-sectional study included 115 older adults. Data were collected through a survey using the Lifestyle Profile Scale and the Treatment Adherence Scale as instruments. Regarding sociodemographic characteristics, 74,8% were women, 38,2% were between 80 and 89 years old, 53,0% were married or cohabiting, 87,8% were Catholic, and 60,9% had no formal education. Overall, 78,3% presented unhealthy lifestyles; in the biological dimension, 73,1% presented healthy lifestyles; while the most unhealthy lifestyles were found in the social dimension (71,3%) and the psychological dimension (93,9%). Overall, 53,9% of participants demonstrated a high degree of adherence; high adherence was most prevalent in the professional-patient relationship dimension (63,2%), while moderate adherence predominated in the treatment compliance and personal involvement dimensions (54,0% and 54,8%, respectively). Furthermore, 47,8% of older adults with unhealthy lifestyles exhibited high therapeutic adherence. The study concludes that a relationship exists between lifestyle and adherence to antihypertensive treatment, as demonstrated by the chi-square test of independence ($\chi^2 = 11,246$; $p\text{-value} = 0,004$).

Keywords: Lifestyle, therapeutic adherence, older adults.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida y la adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor (AM) constituyen factores esenciales para alcanzar un control adecuado de la hipertensión arterial, condición estrechamente relacionada con complicaciones cardiovasculares y un mayor riesgo de mortalidad, la evidencia señala que prácticas como una alimentación inadecuada, inactividad física y el incumplimiento del tratamiento afectan negativamente la evolución clínica del paciente [1].

La etapa del AM es considerada el último ciclo de la vida y se caracteriza por cambios biológicos, sociales y mentales, los cuales pueden predisponer a un estilo de vida más limitado y a la necesidad de cuidados de salud diferenciados, con el propósito de prevenir enfermedades y conservar una mejor calidad de vida. [2].

Por ello, el envejecimiento viene constituyendo un problema de salud pública, ya que todos los países del mundo han experimentado un incremento de personas adultas mayores. Tal es así, que existen 1400 millones de adultos mayores, estimando que para el 2050 representará el 22% de la población total y el 80% vivirán en países donde los ingresos son bajos y medianos, lo que significa un incremento de problemas de la salud en este grupo etario [3].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 1,280 millones de personas con edades entre 30 y 79 años padecen de hipertensión arterial. De ellas, aproximadamente 580 millones (41% mujeres y 51% hombres) desconocen su condición porque nunca han sido diagnosticadas, y alrededor de 720 millones (53% mujeres y 62% hombres) no reciben ningún tipo de tratamiento médico. Estos datos evidencian una baja adherencia terapéutica antihipertensiva [4,5].

Por otro lado, se ha observado que, de la población mundial con hipertensión arterial (HTA), solo el 42% tienen adherencia terapéutica y el 21% tiene controlada dicha enfermedad [3]. Esto se debe a que la mayoría de personas llevan un conjunto de estilos de vida desordenadas; tal es así que, cuatro de cada cinco personas con HTA no reciben un tratamiento adecuado; si los países lograrían

ampliar la adherencia terapéutica se podrían evitarse 76 millones de defunciones entre 2023 y 2050 [5, 6].

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Egipto (50%), Nigeria (52,3%) y África (40%) son las áreas donde más personas sufren de HTA debido a hábitos de vida inapropiados y escasa adherencia al tratamiento antihipertensivo. En contraste, países de Europa Occidental como Portugal, Irlanda, Noruega y Finlandia, presentan una prevalencia inferior al 40% de personas con HTA [7].

En España, el 32,9% de la población presenta HTA (10 millones de personas), de los cuales 3,12 millones no han sido diagnosticadas, 1,1 millones no reciben tratamiento médico y 2,44 millones reciben tratamiento, lo que evidencia una baja adherencia terapéutica. Este problema de salud está relacionado con personas adultas mayores debido a sus estilos de vida desordenados, como el sobrepeso 50%, el 30% de consumo excesivo de sal y el 16% de actividad física insuficiente son factores que predisponen a la HTA [8].

En América Latina y el Caribe (ALC), alrededor de los 250 millones de personas padecen de hipertensión arterial, afectando entre el 20% y el 40% de los AM; de éstos, las enfermedades cardiovasculares representan el 30% de defunciones a causas de tener baja adherencia al tratamiento antihipertensivo. Esta problemática, está vinculado con los estilos de vida no apropiados, como el consumo excesivo de sal, el sedentarismo, la obesidad, el consumo de alcohol, tabaco, diabetes mellitus, además de la limitada disponibilidad de recursos económicos y la baja adherencia terapéutica [9].

Un estudio realizado en AM a nivel de América Latina, se encontró que los países con más casos de HTA fueron México (49,2%), Argentina (36,3%) y Uruguay (29,2%); en contraste con Ecuador (25,8%), Perú (23,7%), Colombia (24%) y Venezuela (23,6%), presentaron menor prevalencia. La baja adherencia al tratamiento, junto con un modo de vida poco saludable (como el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios y la facilidad para transportarse) han contribuido a este problema de salud [10].

En Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), mediante un informe realizado sobre enfermedades no transmisibles (ENT), señala que 5,5 millones de individuos con más de 15 años padecen HTA, afectando más a hombres (20,1%), que mujeres (12,5%); además, se identificó que el mayor número de casos se da en la zona urbana (17,2%) en comparación con la zona rural (11,9%). Las regiones que más presentaron mayores casos de HTA, fueron Callao (21,3%), Lima Metropolitana (21,1%), Departamento de Lima (20,2%), Tumbes y Moquegua (16,4%); mientras que Huancavelica (9,3%), Madre de Dios (5,6%) y Ucayali (4,4%) registraron menores casos. [11]. Estas cifras son las consecuencias de la práctica de estilos de vida inapropiados, además del incumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

En la región de Cajamarca, se encontró que el 77% de los AM no cumplen con las pautas terapéuticas. Respecto al rango etario, se evidenció que el 67% de personas de 70 años en adelante tienen baja adherencia terapéutica antihipertensiva. Asimismo, la HTA, afecta más a las mujeres (58,4%) que hombres (41,6%). Este problema de salud se relaciona con estilos de vida y factores sociales como, la deficiencia de economía para satisfacer necesidades básicas (54,7%), no imposibilidad de adquirir medicamentos (46,7%), la dificultad para realizar cambios en la dieta (57,3%) y la falta de apoyo familiar o del cuidador (59,3%) [12].

A nivel de Chota (2023), un estudio muestra que el 89,7% de AM tuvieron estilos de vida no saludables, de los cuales el 66,7% hace referencia a pacientes con HTA; asimismo, existió relación estadística significativa entre los estilos de vida y la HTA [13].

Frente a este contexto, se propuso realizar el estudio, titulado “Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026”, toda vez que, los estilos de vida no saludables, constituye uno de los principales factores por el cual el AM no cumple con el tratamiento antihipertensivo. Ante esta situación se planteó la siguiente formulación del problema: ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026?, como hipótesis alterna se planteó: Existe relación significativa entre los

estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.

El objetivo general, fue: determinar la relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026; y los objetivos específicos planteados, fueron: caracterizar social y demográficamente a los adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026, determinar el estilo de vida en el adulto mayor según sus dimensiones del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026, y determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo según dimensiones en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.

En características sociodemográficas, el 74,8% fueron mujeres, el 38,2% tiene entre 80 y 89 años, 53,0,4% casados o convivientes, el 87,8% católicos y 60,9% sin estudios. El 78,3% presentaron estilos de vida no saludables de manera general; en la dimensión biológica, el 73,1% presentó estilos de vida saludables; mientras que, en estilos de vida más altos no saludables se encontraron en las dimensiones social 71,3% y psicológica con 93,9%. El 53,9% tienen alto grado de adherencia en términos generales; la adherencia alta predominó en la dimensión relación profesional-paciente, con 63,2%; mientras que, en las dimensiones de cumplimiento al tratamiento e implicación personal, la adherencia media predomina con 54,0% y 54,8%, respectivamente. Además, se encontró relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo mediante el Chi cuadrado de independencia ($\chi^2 = 11,246$; p-valor = 0,004).

La tesis consta de cinco capítulos: Capítulo I, abarca la introducción, que corresponde a la formulación del problema, con las estadísticas más importantes vinculadas con las variables en estudio. El capítulo II abarca el marco teórico, que comprende las bases conceptuales, los antecedentes de la investigación y la definición de términos básicos. El Capítulo III que muestra el marco metodológico, describe la población, la muestra y la unidad de análisis, además de la hipótesis y la operacionalización de las variables, también incluye métodos, técnicas e instrumentos usados para recopilar datos. El Capítulo IV comprende los hallazgos y discusión, en línea con los objetivos propuestos. Por último, el Capítulo V incluye

las conclusiones y recomendaciones, así como los anexos y las referencias de la bibliografía.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Nivel internacional

Montealegre LP. (Colombia, 2022), en el estudio “Adherencia terapéutica y no terapéutica antihipertensiva y su relación con el estilo de vida y creencias en personas de Colombia”, el objetivo fue valorar la asociación entre el nivel de adhesión a la terapia antihipertensiva y la condición de vida. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con 384 personas. La edad promedio fue $63,52 \pm 12,70$ años, el 76% mujeres, 50% casados, 62% se dedican a los quehaceres del hogar y el 26,5% primaria completa. El 68% de los individuos no tuvieron adherencia terapéutica y 32% si presentaron; en lo que respecta al estilo de vida, tuvieron un mayor compromiso con el cuidado de su salud. Concluyendo que los hábitos de vida contribuyen a la adherencia al tratamiento en personas con HTA [14].

Santos AS., et al. (Portugal, 2021), estudiaron “Relación entre los estilos de vida y la adherencia terapéutica antihipertensiva en Portugal”, con el objetivo de evaluar el estilo de vida y la adherencia terapéutica antihipertensiva. Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en 314 pacientes hipertensos. El 63,7% fueron mujeres, la edad promedio fue de 68 ± 8 años y 72% casados; en cuanto a la adherencia terapéutica, el 88,2% fueron adherentes. En cuanto al estilo de vida, el 94,3% no tenía mucha probabilidad de ingerir bebidas alcohólicas; el 96,2% contaba con hábitos alimentarios apropiados; y el 5,1% eran fumadores. Concluyen que es necesario fomentar la adherencia terapéutica y empoderar a los individuos para que adopten un estilo de vida sano [15].

Islas JJ. (México, 2021), investigó “Relación entre adherencia terapéutica y el estilo de vida en personas hipertensas”, teniendo como objetivo determinar la relación entre adherencia terapéutica y el estilo de vida. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con 202 pacientes con hipertensión arterial. Los

resultados muestran que la edad promedio fue 48 ± 7 años, el 51% mujeres y 49% masculino. El 61% mostró una adherencia al tratamiento alta, el 25% regular y 14% baja. En estilo de vida, el 44% fue regular, el 39% bueno y 17% malo. Concluye que hay relación entre la adherencia al tratamiento y el estilo de vida en aquellos pacientes con hipertensión arterial ($p < 0,0001$, Chi cuadrado=68,9) [16].

A nivel nacional

Ayala CA. (Perú, 2024), investigó “Estilo de vida saludable y adherencia terapéutica antihipertensiva - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 - 2022”, con el objetivo de determinar la relación entre estilo de vida saludable y adherencia terapéutica. Estudio cuantitativo y transversal, descriptivo-correlacional, en el que participaron 15,470 personas con HTA. El 63,1% fueron mujeres, edad promedio 65 a más años, 32,5% primaria, 30,4% secundaria, el 84,1% de zona urbana; los que no presentaban estilo de vida adecuada tuvieron una adherencia al tratamiento del 86,3% y los que sí presentaban un estilo de vida saludable tuvieron una adherencia al tratamiento del 86,5%. Concluye que no hay relación entre estilo de vida saludable y la adherencia terapéutica antihipertensiva [17].

Velásquez Y. (Perú, 2023), en su investigación “Estilos de vida saludable y adherencia terapéutica hipertensiva de un hospital de Piura, 2023”, con el objetivo de determinar la relación entre estilos de vida saludable y adherencia terapéutica antihipertensiva. Estudio relacional y observacional, con 76 pacientes. En cuanto al estilo de vida, el 42% tuvo un nivel bajo, el 36% un nivel medio y el 22% un nivel alto. Sobre la adherencia terapéutica, el 41% mostró un nivel medio, el 32% un nivel bajo y el 21% un nivel alto. Concluye que no existe relación entre estilos de vida y adherencia terapéutica mediante la prueba estadística Rho de Spearman, cuyo p-valor es 0,883 [18].

Cajachagua M, et al., (Perú, 2021), estudiaron “Estilos de vida y adherencia terapéutica antihipertensiva en pacientes”, el objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y la adherencia terapéutica. Estudio relación y de corte transversal, llevado a cabo en 250 pacientes HTA. Los resultados muestran que

el 44,8% tenían una edad promedio 72 años, el 55,2% varones, 29,6% casados y 28% convivientes. Con respecto al estilo de vida, el 58,8% tuvo estilos de vida no saludables. En cuanto a la adherencia al tratamiento, el 41,6% sí se adhirió y el 58,4% no lo hizo. Concluyeron que la mayoría de pacientes hipertensos no tienen estilo de vida adecuado y no llevaron el tratamiento adecuado [19].

Quispe M. (Perú, 2021), estudió “Adherencia terapéutica y calidad de vida en personas hipertensas de San Martín de Porres, 2021”, tuvo como objetivo determinar la relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en los hipertensos. Estudio cuantitativo, correlacional, transversal, conformada por 114 participantes. El 70,2% fueron de sexo femenino, con una edad promedio de 50,61 años, en el estado civil predominó conviviente con el 65,8%; con respecto a la adherencia al tratamiento el 52,6% adherente y el 47,4% no adherente; la calidad de vida muestra que el 73,7% fue buena y el 25,4% mala. Concluyo que la prueba de Chi-cuadrado se obtuvo 0,001 lo que determina que existe relación significativa ($p < 0,05$) [20].

A nivel regional

Chuquiruna YY. (Cajamarca, 2023), investigó “Adherencia terapéutica antihipertensiva en los pacientes de Centro de Salud de Magdalena - Cajamarca, 2022 – 2023”, teniendo como objetivo determinar y analizar el nivel de adherencia terapéutica antihipertensiva. Estudio de diseño no experimental, descriptivo y prospectivo; con 150 pacientes hipertensos. Se encontró que el 40% eran varones y 60% mujeres; edad promedio mayor a 70 años, el 57% casados, 43,3% analfabetos y 76% desempleado; en lo que respecta a la adherencia terapéutica antihipertensiva, el 77% no era adherente. Concluye que el factor socioeconómico influye en la falta de adherencia al tratamiento [12].

A nivel local

Mejía D. (Chota, 2023), estudió “Estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores de la Microred Patrona de Chota, 2021”, con el objetivo de determinar la relación entre estilos de vida y la HTA en adultos y AM. Estudio cuantitativo, no experimental, correlacional, con 215 adultos. La

edad media era entre 40 y 59 años, el 67% eran mujeres, el 79,9% estaban casados o convivían con alguien, el 90,3% se identificaban como católicos, el 43,5% habían completado la educación primaria y el 70,1% vivían en zonas rurales. Sobre el estilo de vida, el 89,7% presentó estilos de vida no saludables. Concluye que la HTA en la población adulta y de mayor edad está relacionada con el llevar estilos de vida saludables [13].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

La teoría de Dorothea Orem, citada por Naranjo y otros [21], constituye la base teórica del presente estudio. La teoría del déficit de autocuidado se compone de tres elementos: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

Esta teoría hace referencia a las actividades que realiza el ser humano para proteger y conservar su salud frente a diversas enfermedades, con el propósito de mantener su bienestar y prevenir complicaciones. Orem mencionó que existen requisitos que ayudan a la persona a mantener el autocuidado [21]. Los requisitos universales son importantes para la adecuada preservación del agua, aire, suelo y alimentos, así como para mantener el equilibrio entre descanso y actividad, además de prevenir peligros que afecten la salud. Estos contribuyen a mejorar las condiciones necesarias para la vida mediante la promoción y prevención de la salud. Por otro lado, las necesidades en la desviación o alteración de la salud hacen referencia a las personas que padecen alguna enfermedad y requieren control, tratamiento y atención sanitaria para mantener su estado de salud [21].

La teoría del déficit de autocuidado establece una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la capacidad de la persona para autocuidarse, contribuyendo a orientar al individuo en su propio cuidado y al profesional de enfermería en el apoyo brindado al paciente para realizar actividades relacionadas con su salud [21]. Asimismo, incluye cinco métodos de ayuda que el enfermero puede aplicar para fortalecer el autocuidado del individuo: actuar o hacer por la persona, guiar y

orientar, proporcionar apoyo físico y psicológico, propiciar un ambiente favorable y brindar enseñanza [21].

El déficit de autocuidado ocurre cuando la persona no tiene la capacidad suficiente para realizar acciones orientadas al cuidado de su salud, debido a limitaciones físicas, psicológicas o sociales, requiriendo apoyo del profesional de enfermería. En ese sentido, el enfermero cumple un rol fundamental al orientar, educar y fortalecer las capacidades del individuo para mejorar su autocuidado y prevenir complicaciones relacionadas con la enfermedad [21].

La teoría de los sistemas de enfermería comprende las actividades que realizan los profesionales de enfermería para ayudar a las personas a adquirir actitudes de compromiso frente a su autocuidado [21]. En el sistema totalmente compensatorio, el enfermero realiza las actividades necesarias cuando la persona es completamente dependiente. En el sistema parcialmente compensatorio, el profesional brinda apoyo mientras el paciente participa en las decisiones y acciones relacionadas con su autocuidado. Finalmente, en el sistema de apoyo-educativo, el enfermero orienta y ayuda a la persona a aprender y adaptarse a nuevas situaciones relacionadas con el cuidado de su salud [21].

Según la teoría del déficit de autocuidado de Orem, existe una estrecha relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en las personas adultas mayores. Esta teoría sostiene que el autocuidado comprende todas las actividades que realiza la persona para preservar su salud, prevenir complicaciones y mantener su bienestar. En ese sentido, la práctica de estilos de vida saludables, como una alimentación adecuada, actividad física, control emocional y cumplimiento del tratamiento farmacológico, constituyen acciones fundamentales de autocuidado en el adulto mayor hipertenso. Asimismo, cuando el individuo presenta limitaciones para desarrollar estas conductas, el profesional de enfermería interviene mediante el sistema de apoyo-educativo, orientando, motivando y fortaleciendo capacidades

para mejorar la adherencia terapéutica y promover un adecuado control de la hipertensión arterial. Por ello, la teoría de Orem sustenta la relación existente entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo abordadas en la presente investigación.

2.2.2. Estilos de vida

A. Definición

Son una serie de conductas o comportamientos que las personas adquieren en su vida diaria. Estos, están relacionados con la alimentación, ejercicio físico, manejo del estrés y relaciones sociales; considerando que un buen estilo de vida beneficiará a la persona de manera biopsicosocial [22].

Los estilos de vida también se refieren a la capacidad y autonomía que tiene el individuo para organizar, direccionar y tomar sus propias decisiones durante su vida, que le ayudaran a mantener y mejorar su calidad de vida y adoptar hábitos saludables. De este modo, puede alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social [23].

B. Tipos de estilos de vida

- **Estilo de vida saludable:** Se refiere al conjunto de conductas orientadas a promover y preservar la salud, las cuales ayudan a prevenir enfermedades y a evitar el deterioro del funcionamiento del organismo; estas prácticas comprenden llevar una alimentación equilibrada, realizar actividad física de manera regular, disponer de un descanso adecuado, mantener relaciones sociales satisfactorias y evitar el consumo de tabaco, entre otros hábitos beneficiosos, lo que permite que las personas adultas mayores aumenten su esperanza de vida y alcancen una vejez saludable y plena [24].
- **Estilos de vida no saludables:** Es el conjunto de comportamientos y costumbres que las personas incorporan y que perjudican su forma de vida, disminuyendo su bienestar y calidad de vida, influyendo de manera

directa en el deterioro de la salud y el bienestar general al comprometer diversas dimensiones del desarrollo humano [25].

Estos comportamientos incluyen una alimentación inadecuada, una higiene personal deficiente, alteraciones del sueño, sedentarismo, baja autoestima, relaciones interpersonales nocivas y estados emocionales negativos los cuales incrementan la vulnerabilidad a enfermedades limitan el desempeño diario y obstaculizan el crecimiento personal y social [25].

C. Importancia de los estilos de vida del adulto mayor

- **Prevención de enfermedades:** La adopción de hábitos saludables como la práctica regular de actividad física al menos 150 minutos semanales, una alimentación equilibrada rica en frutas y verduras y un descanso adecuado reduce de forma significativa el riesgo de diabetes, hipertensión, obesidad y diversos tipos de cáncer, con evidencia de beneficios en hasta el 87,5 % de los AM, ya que estos estilos de vida contrarrestan el sedentarismo y la malnutrición frecuentes en la vejez y contribuyen al mantenimiento de la salud física y mental y a llevar una mejor calidad de vida [26].
- **Mejora de calidad de vida:** Ayuda a promover la autonomía, el bienestar emocional y la longevidad a través del fortalecimiento de las relaciones sociales y el adecuado manejo del estrés, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para un envejecimiento saludable, mientras que las intervenciones tempranas en nutrición y actividad física contribuyen al fortalecimiento cardiovascular, mejoran la función y circulación neuronal y previenen la aparición de discapacidad progresiva [25].

D. Dimensiones del estilo de vida

Para obtener un estilo de vida saludable, es esencial considerar los siguientes aspectos:

D.1. Dimensión biológica

Nutrición: es el proceso mediante el cual el organismo obtiene, asimila y utiliza los nutrientes esenciales que necesita para su adecuado funcionamiento [27]. Además, la nutrición también está relacionado con la cantidad y calidad de alimentos que la persona ingiere, incluyendo una dieta equilibrada y variada para mantener un bienestar general, como también será beneficioso y fundamental para la salud física, social y mental [28].

Actividad física: es el conjunto de actividades corporales que atribuyen al correcto funcionamiento del organismo [29]. Incluye la práctica de ejercicios físicos, deportes, caminatas y otras actividades, las cuales favorecen el mantenimiento de una buena condición física, el fortalecimiento de los músculos y huesos, esto ayudará a reducir el riesgo de padecer enfermedades como la diabetes y los problemas cardiovasculares [30].

Descanso: es la tranquilidad o reposo, en el cual la persona se relaja y recupera energía que el cuerpo necesita. Por ello, el descanso es una necesidad básica que cada individuo realiza después de la realización de alguna actividad con la finalidad de recuperar el cuerpo y la mente y así reducir el estrés [31].

D.2. Dimensión psicológica

Responsabilidad en salud: es la autodisciplina que la persona adquiere para decidir por alternativas saludables como el compromiso de una adecuada alimentación, realizar ejercicios y/o alguna actividad física, la atención médica, entre otros que ayudan al completo bienestar biopsicosocial del individuo [32].

Manejo de estrés: son técnicas o estrategias que ha desarrollado la persona para controlar y reducir los niveles de estrés en espacios o situaciones desfavorables. Ya que tener un dominio del estrés

ayudara en la prevención de enfermedades, a reducir la ansiedad y mejorar la energía corporal, la concentración, la creatividad, la comunicación y su calidad de vida [33].

Autorrealización: es la potencialización de las habilidades, valores y habilidades que cada ser tiene con la finalidad de alcanzar su bienestar integral físico, mental y social. Por ello, el desarrollo personal es un proceso de autoconocimiento para tener el control sobre los pensamientos sentimientos y acciones; y así alcanzar nuestro máximo potencial [34].

D.3. Demisión social

Relaciones sociales: es la comunicación individual o colectiva que se realiza en el entorno social, ya que está basado en emociones y sentimientos que la persona expresa por medio de la interacción y la relación correctas de forma efectiva etc., enfocado en el respeto, la confianza, el apoyo y la igualdad [35].

Apoyo familiar: es un proceso psicológico y emocional que es esencial para el desarrollo personal y para la fomentación de hábitos saludables, también implica el apoyo práctico y económico para la satisfacción de las necesidades y así evitar problemas de salud y mejorar la calidad de vida del AM [36].

Consumo de tabaco y alcohol: es la acción y efecto de consumir algo. Por ello el consumo de tabaco y alcohol es un riesgo grave en la salud de las personas, ya que, este tipo de conductas inadecuadas están asociados al aumento de padecer enfermedades cardiovasculares, digestivas y trastornos depresivos. Por eso, la atención a estos hábitos es fundamental para mejorar la calidad de vida y la salud del adulto mayor [37].

2.2.3. Adherencia al tratamiento antihipertensivo

A. Definición

Es la conducta que presenta una persona para tomar un determinado tratamiento, seguir un régimen terapéutico y/o alimentario. Consiste en realizar modificaciones en el estilo de vida siguiendo las recomendaciones establecidas por el profesional de la salud [38].

B. Clasificación

Adherencia al tratamiento: la adherencia es fundamental para la mejora de la salud del paciente, esto se refiere a que el paciente no olvida tomar los medicamentos, cumple con el plan de tratamiento y horas indicadas por los profesionales de la salud, continúa tomando la medicación, aunque esté mal o bien [39].

No adherencia al tratamiento: Se refiere a la falta de seguimiento o cumplimiento con el tratamiento, en este caso se puede evidenciar cuando el paciente se olvida tomar los medicamentos, no asistir a las citas médicas programadas, no se toma los medicamentos a la hora que se indica, no completa los tratamientos recomendados, sigue tomando tratamiento cuando aún ya está bien y no lo requiere [40].

Complicaciones o riesgos de la no adherencia al tratamiento:

La baja adherencia al tratamiento antihipertensivo constituye un problema de gran relevancia para la salud pública, ya que, el incumplimiento de las indicaciones médicas aumenta el riesgo de crisis hipertensivas, accidentes cerebrovasculares, complicaciones cardíacas y daño renal, lo que incrementa de manera considerable la morbilidad y la mortalidad asociadas a la HTA [41].

Asimismo, el no seguimiento del tratamiento afecta de manera directa el bienestar del adulto mayor, generando episodios de descompensación, mayor dependencia funcional y un deterioro

progresivo de su calidad de vida; estas consecuencias refuerzan la importancia de implementar estrategias que favorezcan la adherencia terapéutica, fortalezcan el autocuidado y contribuyan a frenar la progresión de las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial [41].

C. Hipertensión arterial

Es el aumento de la presión dentro de los vasos sanguíneos, cuando la presión arterial es igual o superior a 140/90 mmHg. Como consecuencia, los vasos se deterioran de forma gradual, lo que la hace uno de los motivos principales de varias afecciones cardiovasculares, como el infarto cardíaco, el accidente cerebrovascular y la insuficiencia del corazón [42].

D. Tipos de hipertensión arterial

- Hipertensión arterial esencial o idiopática

Se conoce como hipertensión de origen desconocido y afecta a 9 de cada 10 personas. Está vinculado con la interacción de factores genéticos que propician una alta presión sanguínea y elementos del entorno que favorecen su aparición, como la edad avanzada, sobrepeso, inactividad física, una alimentación poco saludable, consumo de alcohol, el estrés, entre otros [43].

- Hipertensión secundaria

Es el resultado de que hay demasiado líquido dentro del sistema circulatorio, lo cual disminuye la habilidad del circuito para contener sangre; este tipo de hipertensión se manifiesta debida a diversas enfermedades como: enfermedades renales, vascularrenal, coartación de aorta, síndrome de apnea del sueño, enfermedades metabólicas (hipercalcemia, acromegalia, enfermedad de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo), causas neurológicas, medicamentos(corticoides, estrógenos, anti inflamatorios, entre otros) [44].

E. Clasificación

Según el MINSA [44], la presión arterial se clasifica en las siguientes categorías:

Cuadro N°1: Clasificación de la presión arterial

	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg.
Pre-Hipertensión	120 – 139 mmHg	80 - 89 mmHg
Hipertensión estadio I	140 – 159 mmHg	90 - 99 mmHg
Hipertensión estadio II	≥ 160 – 179 mmHg	≥ 100 - 109 mmHg

Fuente: Ministerio de Salud, 2015 [44]

F. Manifestaciones clínicas

En la hipertensión arterial la mayoría de los casos no presenta síntomas, por lo que es necesario un diagnóstico precoz [45]:

- Cefalea
- Náuseas o vómitos
- Confusión
- Alteraciones en la visión
- Sangrado nasal
- Ansiedad
- Sensación de opresión torácica
- Temblores musculares

G. Fisiopatología

El sistema renina angiotensina aldosterona cumple un papel fundamental en la regulación de la presión arterial mediante una serie de mecanismos hormonales y enzimáticos que se activan cuando esta disminuye de manera significativa. Ante una reducción de la presión arterial sistólica a valores iguales o menores de 100

mmHg los riñones liberan renina al torrente sanguíneo la cual actúa sobre el angiotensinógeno transformándolo en angiotensina I una sustancia con escasa actividad biológica que posteriormente es convertida en angiotensina II por acción de la enzima convertidora de angiotensina [46].

La angiotensina II es una hormona de gran potencia que induce vasoconstricción y eleva la presión arterial además de estimular la secreción de aldosterona por las glándulas suprarrenales y de vasopresina por la hipófisis. Estas hormonas favorecen la reabsorción de sodio y agua a nivel renal lo que incrementa el volumen sanguíneo y contribuye al aumento sostenido de la presión arterial mientras que la aldosterona también participa en la regulación del potasio manteniendo el equilibrio hidroelectrolítico del organismo [46].

H. Diagnóstico

- Frecuencia de controles en pacientes continuadores

Los pacientes continuadores requieren controles cada 3 a 6 meses si la presión arterial se encuentra controlada (<140/90 mmHg), o mensuales si no está controlada o existen cambios terapéuticos. Asimismo, se recomienda evaluar anualmente el riesgo cardiovascular global mediante la escala de la Organización Mundial de la Salud (OMS) u otra herramienta similar. En el primer nivel de atención, la estrategia HEARTS implementada por el Ministerio de Salud del Perú (HEARTS-MINSA) establece la estratificación del riesgo cardiovascular, recomendando cuatro controles al año para pacientes con riesgo bajo o moderado y controles más frecuentes para aquellos con alto riesgo [46].

- Medición de la presión arterial

Se recomienda efectuar entre dos y tres mediciones de la presión arterial en distintos momentos utilizando el tensiómetro. El paciente debe permanecer sentado en una silla por más de cinco minutos,

con el brazo extendido y apoyado a la altura del corazón. Además, no debe haber realizado ejercicio, fumado ni consumido cafeína al menos 30 minutos antes de la medición. La presión debe tomarse en ambos brazos, ya que una diferencia mayor a 15 mmHg entre uno y otro requiere la valoración de la vasculatura del miembro superior [47].

- Anamnesis

Incluye antecedentes y síntomas, antecedentes familiares, sexo, edad, raza, uso de medicamentos, duración de la hipertensión; antecedentes sociales (niveles de ejercicio, consumo tabaco y alcohol) y antecedentes dietéticos [45].

- Análisis complementarios

Las pruebas pueden incluir: análisis de orina y la relación albúmina panel lipídico, panel metabólico completo y glucemia en ayunas, electrocardiograma (EKG) luego de realizar las pruebas antes mencionadas pueden ser necesarias otras pruebas como (ecografía renal) [48].

I. Tratamiento

- Medidas generales

Estas acciones contemplan medidas como disminuir el consumo de sal, evitar la ingesta de alcohol, aumentar el consumo de frutas, verduras y alimentos bajos en grasa, controlar el peso corporal, realizar ejercicio de manera habitual y no exponerse al humo del tabaco [45].

- Tratamiento farmacológico

Durante el inicio del diagnóstico de hipertensión arterial realizado en el primer nivel de atención, quien debe iniciar con [49]:

- Enalapril, administración cada 12 horas, con una dosis de 10 a 20 mg/día.

- Captopril, administrado cada 8 o 12 horas, con una dosis de 25 a 50 mg/día.
- Losartán, administración cada 12 horas, con una dosis de 50 a 100 mg/día.
- Amlodipino, administración cada 24 horas, con una dosis de 5 a 10 mg/día.

J. Medidas de prevención

- Limitar o evitar la ingesta de alcohol recomendando un consumo menor a 14 unidades mensuales en varones y menos de 8 unidades en mujeres.
- Mantener un peso corporal adecuado evitando la obesidad mediante un índice de masa corporal entre 23 y 28 kg/m², así como, un perímetro abdominal ≤102 cm en hombres y ≤88 cm en mujeres.
- Realizar actividad física de forma regular priorizando ejercicio aeróbico al menos 30 minutos diarios o 150 minutos semanales de intensidad moderada.
- Adoptar una alimentación cardiosaludable basada en mayor consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, frutos secos, aceite de oliva, pescado y aves reduciendo las carnes rojas y el exceso de sal [50].

2.2.4. Adulto mayor

Se considera adulto mayor a toda persona que ha alcanzado los 60 años de edad a más, etapa caracterizada por cambios progresivos a nivel biológico, psicológico y social, propios del proceso de envejecimiento [51].

➤ **Clasificación de la atención del AM**

Persona adulta mayor saludable: No presenta antecedentes de riesgo, mantiene un estado general de salud favorable y no evidencia la presencia de enfermedades o condiciones patológicas.

Persona adulta mayor enferma: Persona que presenta alguna enfermedad o alteración de diversa intensidad, pero que no se encuentra en condición de invalidez ni ha perdido su capacidad funcional básica.

Persona adulta mayor frágil: Presenta algún grado de dependencia, es susceptible a riesgos sociales y caídas, y suele convivir con múltiples patologías y enfermedades crónicas no transmisibles.

Paciente geriátrico complejo: Adulto mayor de 80 años o más que presenta varias patologías, dependencia completa, discapacidad marcada o se encuentra en fase terminal, entre otras condiciones que aumentan su vulnerabilidad [52].

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Estilos de vida

Son una serie de conductas que los individuos o comunidades adquieren en su vida diaria. Están relacionados con la alimentación, el ejercicio físico, manejo del estrés y relaciones sociales [22].

2.3.2. Hipertensión arterial

Es el incremento de la presión interior de vasos sanguíneos igual o mayor de 140/90 mmHg [42].

2.3.3. Adherencia al tratamiento

Es la conducta que presenta una persona para tomar un determinado tratamiento, seguir un régimen terapéutico y/o alimentario [39].

2.3.4. Adulto mayor

Son aquellas personas que tienen 60 años o más [51].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

La investigación se realizó en la provincia de Chota, localizada en la meseta de Acunta, en los Andes peruanos, a 2.388 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra a 212 km al este de Chiclayo y a 150 km al norte de Cajamarca, con una extensión de 261,75 km². Posee un clima templado y una temperatura media de 17,8 °C. En términos geográficos, está circundada por los ríos Chotano, San Mateo y Colpamayo; al norte colinda con los distritos de Chiguirip y Conchán; al oeste con Lajas; al este con Chalamarca; y al sur con Bambamarca (Hualgayoc) [53].

El escenario donde se desarrolló el estudio fue el Centro de Salud Lajas, que está ubicado en el distrito de Lajas, provincia de Chota. Es un establecimiento que pertenece a la Microred Lajas y corresponde al nivel de atención I-4 con internamiento, brinda una atención de 24 horas y cuenta con diversos servicios, entre ellos, consulta externa, farmacia, emergencia, patología clínica, hospitalización, medicina general, radiología, ginecología y obstetricia, entre otros. Actualmente, el Centro de Salud Lajas ofrece una atención integral y orientada a la calidad, enfocada en satisfacer las necesidades de la población mediante actividades de promoción, prevención, detección y recuperación de la salud [54].

3.2. Diseño de investigación

La presente investigación adoptó un enfoque cuantitativo, porque se utilizaron herramientas de análisis matemático y estadístico para la medición de sus variables; de nivel descriptivo- relacional; puesto que, en esta investigación se describieron y dió a conocer la relación entre variables (estilos de vida y adherencia terapéutica antihipertensiva en el AM) y corte transversal, porque los datos fueron recopilados en un solo momento y tiempo determinado [55].

3.3. Población y muestra

La población estuvo conformada por 115 adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial y que recibían tratamiento antihipertensivo en el Centro de Salud Lajas.

Debido a que la población fue finita, accesible e identificable por las investigadoras, no se realizó procedimiento de muestreo; por ello, la muestra estuvo constituida por la totalidad de la población, es decir, por los 115 adultos mayores hipertensos que cumplieron con los criterios establecidos para la investigación.

La unidad de estudio estuvo representada por cada adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial que recibía tratamiento antihipertensivo y era atendido en el Centro de Salud Lajas, Chota.

Para la selección de los participantes, se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- AM que recibieron atención en el Centro de Salud Lajas Chota.
- AM con diagnóstico de hipertensión arterial.
- AM que aceptaron participar voluntariamente del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- AM que acudían de manera irregular al establecimiento de salud.
- AM que presentaban limitaciones auditivas o visuales que dificultaban la recolección de la información.
- AM que, después de haber recibido la información correspondiente sobre el estudio, no aceptaron participar o no firmaron el consentimiento informado.

3.4. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Estilos de vida	Son una serie de conductas o comportamientos que los adultos mayores adquieren en su vida diaria [22]	Biológico	• Nutrición • Actividad física • Descanso	• Estilo de vida no saludable 30-75 puntos • Estilos de vida saludable 76-120 puntos
		Psicológico	• Responsabilidad en salud • Manejo de estrés • Autorrealización	
		Social	• Relaciones sociales • Apoyo familiar • Consumo de tabaco y alcohol	
Adherencia al tratamiento	Es la conducta que presenta una persona para tomar un determinado tratamiento [39].	Cumplimiento del tratamiento	• Horario • Dosis • Indicación • Asistencia • Ejecución	• Alta 36 a 52 puntos • Medio 18 – 35 puntos • Bajo 0 – 17 puntos
		Implicación personal	• Adaptación • Independencia familiar • Colaboración • Recursos personales	
		Relación profesional – paciente	• Decisión • Análisis • Manifestación	

3.5.Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

Técnicas de recolección de datos

Se llevó a cabo un estudio sincrónico mediante la técnica de encuesta, que sirvió para recolectar información sobre las variables estudiadas (la adherencia terapéutica antihipertensiva y el estilo de vida en los AM).

Procedimientos de recolección de datos

Centro de Salud Lajas, con la finalidad de obtener la autorización para la recolección de información. Una vez concedido el permiso, se llevó a cabo una reunión con el personal de salud y los adultos mayores para informarles sobre el propósito y los alcances del estudio. Posteriormente, se citó a los adultos mayores hipertensos participantes al establecimiento de salud y, en los casos necesarios, se realizaron visitas domiciliarias para la aplicación de los instrumentos, previa firma del consentimiento informado.

3.6.2. Materiales

Instrumentos de medición

Para la recolección de datos se tuvo por conveniente utilizar dos instrumentos. El primero “Escala de estilo de vida de los AM” instrumento cuyos autores originales son Walker, K. Sechrist (2007) citado por Mejía D, 2023 [56], consta de 30 preguntas distribuida en 3 dimensiones: Estilo de vida biológico (pregunta 1 a la 11); estilos de vida psicológico (pregunta 12 a la 22) y estilo de vida social (pregunta 23 a la 30).

Es una escala tipo Likert donde las opciones de respuesta son: nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3), y siempre (4); el rango de puntuación general lo clasifica en:

- Estilos de vida no saludable. 30-75 puntos.
- Estilos de vida saludable: 76-120 puntos.

Para obtener la puntuación del estilo de vida por dimensiones, se realizó una baremación, como se muestra en el siguiente cuadro:

Dimensión	Ítems	No saludable	Saludable
Biológico	01 – 11	11 – 27	28 – 44
Psicológico	12 – 22	11 – 27	28 – 44
Social	23 – 30	8 – 20	21 – 32

La validez del instrumento fue determinada mediante juicio de tres expertos, obteniéndose una puntuación superior a 41 puntos en cada evaluación, lo cual evidencia una adecuada validez de contenido para su aplicación en la presente investigación. Para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a 20 pacientes en la que se utilizó el estadístico alfa de Cronbach obteniendo una puntuación de 0,845 indicando que el instrumento es altamente confiable.

El segundo instrumento fue el "Martín Bayarre Grau", el cual fue mencionado por Pacherre M. (2018) [57] y sirve para calcular la adherencia a la terapia antihipertensiva. de 13 preguntas organizadas en tres dimensiones, cada una vinculada con el seguimiento del tratamiento: cumplimiento del tratamiento (5 ítems), la implicancia personal (4 ítems) y la relación profesional - paciente (4 ítems) se evalúan con los siguientes puntajes: siempre (S): 4 puntos, casi siempre (CS): 3 puntos, a veces (AV): 2 puntos, casi nunca (CN): 1 punto y nunca (N): 0 puntos.

La puntuación, en términos de dimensiones, es: Adherencia al tratamiento: En la dimensión de implicación personal: alto de 12 a 16 puntos, medio de 6 a 11 puntos y bajo de 0 a 5 puntos; en la dimensión relación profesional-paciente: alto de 12 a 16 puntos, medio de 6 a 11 puntos y bajo de 0 a 5 puntos; en la dimensión adherencia: alta entre los valores de 14 y 20; media entre los valores de 7 y 13; baja entre los valores 0 y 6 [57]. Lo categoriza, en términos generales, en: Adherencia

Alta: 31 - 52 puntos; Adherencia Medio: 18 – 35 puntos; y Bajo: 0 – 17 puntos.

La validez del instrumento se estableció a través de la evaluación realizada por tres jueces expertos, quienes otorgaron puntuaciones mayores a 41 puntos, demostrando así una adecuada consistencia y pertinencia del contenido para su utilización en el estudio. Respecto a la confiabilidad, se realizó una prueba piloto con 20 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, con la finalidad de adecuar los instrumentos a las características de la población de estudio. Como resultado, se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,856 (Anexo 5), valor que demuestra una elevada consistencia interna, confirmando que ambos instrumentos fueron confiables para su aplicación en la población

Recursos

En la presente investigación se hizo uso de recursos humanos, conformado por las investigadoras, asesora y el jurado evaluador.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez concluida la recolección presencial de datos mediante la aplicación de la Escala de Estilos de Vida y la Escala de Adherencia al Tratamiento, la información obtenida fue codificada y registrada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, lo que permitió su organización y tabulación sistemática. Posteriormente, la base de datos fue exportada al programa SPSS v26 para el procesamiento y análisis estadístico correspondiente.

Para el análisis descriptivo, se realizó a través frecuencias absolutas y relativas; y para, el análisis inferencial, se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrada, que permitió determinar la relación entre estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, cuyo p-valor es $< 0,05$.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Caracterizar social y demográficamente a los adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.

Tabla 1. Características sociales y demográficas de los adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.

Características sociodemográficas	N°	%
Sexo		
Masculino	29	25,2
Femenino	86	74,8
Edad		
60 a 69 años	24	20,9
70 a 79 años	37	32,2
80 a 89 años	44	38,2
90 a más años	10	8,7
Estado civil		
Soltero (a)	25	21,8
Conviviente / Casado (a)	61	53,0
Separado (a)	6	5,2
Divorciado (a)	3	2,6
Viudo (a)	20	17,4
Religión		
Católica	101	87,8
Evangélica	12	10,4
Otras	1	0,9
Ninguna	1	0,9
Nivel de estudios		
Sin instrucción	70	60,9
Primaria incompleta	25	21,8
Primaria completa	10	8,7
Secundaria incompleta	6	5,2
Secundaria completa	2	1,7
Superior no universitaria	2	1,7
Total	115	100,0

Fuente: Escala estilos de vida de los AM.

La Tabla 1 muestra que el 74,8% de los adultos mayores fueron mujeres y que el 38,2% tenían entre 80 y 89 años. En cuanto a su estado civil, el 53,0% eran casados o convivían, el 87,8% profesaban la religión católica y el 60,9% de los participantes no contaban con grado de instrucción. Estos resultados posibilitan la identificación de un perfil sociodemográfico que se distingue por una prevalencia de mujeres longevas, con vínculos matrimoniales estables, creencias en el catolicismo y acceso restringido a la educación formal [58].

Los resultados son semejantes a los de Montealegre [14], quien informó que el 76% de las personas en su muestra eran mujeres, el 50% estaban casadas y el 62% se ocupaban de las tareas del hogar. Asimismo, Santos et Al.[15] hallaron que el 63,7% de los AM eran mujeres con una edad media de 68 ± 8 años y que el 72% estaban casados.

De igual manera, Quispe [20] demostró que la mayoría de su población era del sexo femenino 70,2% y que el estado civil más frecuente era el de conviviente 65,8%, por lo que concuerdan con la observación en este estudio actual de una mayor presencia femenina y un porcentaje elevado de personas convivientes/casadas. Asimismo, el informe de Chuquiruna [12] indicó que el 60% de los AM eran mujeres y el 40 % hombres, con una edad media mayor a 70 años. Además, el 57% estaban casados y el 43,3% no sabían leer ni escribir; estos datos también están vinculados con la escasa instrucción educativa que se detectó en el estudio.

En términos generales, los antecedentes analizados apoyan la tendencia que se ha observado en el estudio actual, mostrando una mayoría de mujeres entre la población de AM y un porcentaje significativo de individuos con escasa educación y estado civil de convivencia o matrimonio. Estos hallazgos no representan casos aislados, sino tendencias sociodemográficas frecuentes en diversos entornos, sobre todo en las sociedades de Latinoamérica [58]

Probablemente, la esperanza de vida más alta de las mujeres está vinculada con el predominio femenino, mientras que el escaso nivel educativo es indicativo de las restricciones históricas para acceder a la educación en generaciones anteriores. A su vez, la gran cantidad de personas que viven en pareja o están casadas puede

estar relacionada con estructuras familiares tradicionales y redes de apoyo todavía existentes. En general, estas características refuerzan la coherencia de los resultados y su coincidencia con la literatura científica actual [58].

En numerosos contextos se ha notado esta tendencia: las mujeres tienden a vivir más que los hombres debido a razones sociales y biológicas vinculadas con diferencias en hábitos de vida, prácticas sanitarias y una menor mortalidad en la infancia. En zonas rurales de Perú, se ha encontrado que más de la mitad de la población evaluada mayor es mujer; esto respalda esta tendencia demográfica generalizada del envejecimiento con predominancia femenina [58].

La mayor parte de las mujeres AM se agrupa entre los 70 y 79 años, es consistente con las cifras oficiales sobre el envejecimiento poblacional en Perú. En concordancia con los informes del INEI, en el país se está realizando una transición demográfica sostenida, la cual está marcada por una baja en el índice de fecundidad, un aumento en la expectativa de vida y una reducción paulatina de la mortalidad. Estos factores han conducido a que, durante las últimas décadas, aumente el número de personas AM [59].

Alrededor de la tercera parte de los AM son convivientes o casados, lo que muestra una dinámica familiar significativa. La calidad de vida y la red de apoyo social de los AM están influenciadas por el estado civil; los AM en estas condiciones tienden a tener una mejor calidad emocional y social en comparación con aquellos que son viudos o viven solos. A pesar de que las proporciones no siempre son las mismas, se nota diversidad en los índices de viudos y casados en escenarios recientes de Latinoamérica; sin embargo, el hecho de que una parte importante sea conviviente o casado podría ser un reflejo de estructuras familiares con apoyo intergeneracional [60].

Por otro lado, el catolicismo continúa siendo la religión mayoritaria en las sociedades tradicionales de América Latina como el Perú, por lo que más de la mitad de los individuos con fe católica es congruente con datos sociodemográficos de poblaciones AM en esos contextos. Esto tiene repercusiones en las redes

sociales, el soporte comunitario y las costumbres culturales, elementos que pueden afectar cómo los ancianos manejan su envejecimiento [60].

Además, cerca de la mitad de los AM no tienen grado de instrucción formal, lo que señala un problema educativo significativo. Estudios indican que es común el escaso nivel educativo en personas de edad avanzada, especialmente en regiones rurales o con menos acceso a la educación durante décadas pasadas. Según el INEI, los niveles de analfabetismo y educación baja son considerablemente más altos entre los AM que entre las generaciones más jóvenes, llegando a ser tres veces superiores al nivel observado en hombres en ciertos casos; esto tiene una evaluación directa con la vulnerabilidad en términos de salud, acceso a información y participación social [59].

4.2 Determinar el estilo de vida en el adulto mayor según sus dimensiones del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.

Tabla 2. Estilo de vida en el adulto mayor según sus dimensiones del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.

Estilos de vida	N°	%
Estilo de vida general		
No saludable	90	78,3
Saludable	25	21,7
Estilo de vida biológico		
No saludable	33	28,7
Saludable	82	71,3
Estilo de vida psicológico		
No saludable	108	93,9
Saludable	7	6,1
Estilo de vida social		
No saludable	82	71,3
Saludable	33	28,7
Total	115	100,0

Fuente: Escala estilos de vida de los AM.

La Tabla 2 muestra que en la dimensión estilos de vida en general, el 78,3% de las personas mayores practican estilos de vida no saludables. Este hallazgo indica que un porcentaje significativo de la población analizada está expuesto a factores de riesgo que tienen el potencial de perjudicar su calidad de vida y su bienestar. En la dimensión biológica, el 71,3% presentó estilos de vida saludables; esto muestra que, más de la cuarta parte de AM tienen aún estilo de vida no saludable. Sin embargo, los estilos de vida más altos que no son saludables se encontraron en las dimensiones social con 71,3% y la psicológica con 93,9%.

Estos resultados demuestran que los mayores retos de esta población no están exclusivamente en la esfera biológica (nutrición, actividad física y descanso), sino también en las esferas social (relaciones sociales, apoyo familiar y consumo de tabaco y alcohol) y psicológica (responsabilidad en salud, manejo del estrés y autorrealización). Esto podría estar vinculado con elementos como el aislamiento, la soledad, la dependencia, la baja participación social o el estrés y los problemas de ánimo [61].

Los estilos de vida no saludables se refieren al conjunto de comportamientos y costumbres que las personas incorporan y que perjudican su forma de vida, disminuyendo su bienestar y calidad de vida, influyendo de manera directa en el deterioro de la salud y el bienestar general al comprometer diversas dimensiones del desarrollo humano [25]. Incluyen una alimentación inadecuada, una higiene personal deficiente, alteraciones del sueño, sedentarismo, baja autoestima, relaciones interpersonales nocivas y estados emocionales negativos los cuales incrementan la vulnerabilidad a enfermedades que limitan el desempeño diario y obstaculizan el crecimiento personal y social [25].

Los hallazgos evidenciaron que más de la mitad de los adultos mayores participantes presentaron estilos de vida no saludables. Este resultado coincide con lo reportado por el estudio realizado en el centro poblado de Llupa-Huaraz, donde el 77,5% de los adultos mayores también presentó estilos de vida no saludables, caracterizados por prácticas deficientes relacionadas con la alimentación, la actividad física, el manejo del estrés y el apoyo social [61]. La similitud entre ambos estudios refleja una problemática persistente en esta población, asociada a conductas poco saludables que pueden afectar negativamente su bienestar y favorecer la aparición o progresión de enfermedades crónicas. Asimismo, estos hallazgos guardan relación con los elevados porcentajes de estilos de vida no saludables encontrados en las dimensiones psicológica y social del presente estudio.

Este resultado coincide con lo reportado por Guerrero et al. [62], quienes encontraron que el 86,5% de los adultos mayores presentaban conductas no saludables, las cuales se asociaron con indicadores nutricionales y de bienestar

general. La similitud entre ambos estudios evidencia una elevada prevalencia de estilos de vida poco saludables en esta población, lo que sugiere que diversos componentes relacionados con la alimentación, la actividad física, el bienestar psicológico y las relaciones sociales pueden verse afectados durante el proceso de envejecimiento. Esta situación podría repercutir negativamente en la calidad de vida y favorecer la aparición o progresión de enfermedades crónicas.

Asimismo, Mejía [13], encontró que el 89,7% de los AM mostraron hábitos de vida poco saludables, lo que pone de manifiesto la existencia de un alto porcentaje de prácticas inapropiadas en este grupo poblacional. Cajachagua et al. [19] mostró que el 58,8% de los participantes también presentaba estilos de vida no saludables, lo cual confirma la persistencia de este problema en diferentes situaciones. Islas [16], por otro lado, observó resultados más diversos, indicando que el 44% de los AM tenía un estilo de vida regular, el 39% uno bueno y el 17% uno malo. Esto sugiere cambios en función de las características sociodemográficas y del entorno estudiado.

Estos antecedentes permiten contextualizar los resultados de la investigación actual y demostrar que, a pesar de que la magnitud puede ser variable, los estilos de vida poco saludables son una problemática habitual entre las personas AM. La existencia de factores de riesgo que se han ido acumulando durante el ciclo vital, tales como una alimentación inadecuada, un sedentarismo excesivo, una gestión del estrés deficiente y una interacción social escasa, se hace evidente en este contexto. En tal sentido, las intervenciones deben abordarse desde una perspectiva integral que no solo toma en cuenta el ámbito biológico, sino también los factores psicológicos y sociales que afectan su calidad de vida y bienestar [62].

Respecto a la dimensión biológica, aunque solo alrededor de la cuarta parte del estudio presentó estilos de vida no saludables, un estudio que se llevó a cabo en Tacna demuestra que los hábitos de vida (que incluyen la actividad física y las costumbres alimenticias) tienen una medición significativa con marcadores de salud como enfermedades no transmisibles, lo cual indica la importancia clínica de esta dimensión [63].

Los porcentajes más altos en las dimensiones social y psicológica subrayan la fragilidad relacional y emocional de los AM en la muestra, lo que concuerda con la literatura que destaca el valor de las relaciones y del apoyo social para la salud mental de los ancianos: un estudio ha revelado el estrés psicosocial y el aislamiento social están relacionados con peores resultados de salud y un riesgo elevado de mortalidad, lo cual sugiere que estas dimensiones son factores determinantes esenciales del bienestar en la vejez [64].

En conjunto, los resultados permiten sostener que la población de AM sigue teniendo estilos de vida no saludables, lo que representa un gran reto para el personal sanitario, en particular para enfermería. Asimismo, se admite que el envejecimiento saludable no solo está ligado a la falta de enfermedades, sino también a la conservación de la funcionalidad en términos físicos, psicológicos y sociales, lo cual facilita que el individuo mantenga su autonomía y bienestar en la vejez. De este marco, fomentar estilos de vida saludables es una estrategia esencial para evitar complicaciones, disminuir las hospitalizaciones y optimizar la percepción de calidad de vida. [63].

4.3 Determinar la adherencia al tratamiento antihipertensivo según dimensiones en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.

Tabla 3. Adherencia al tratamiento antihipertensivo según dimensiones en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026.

Adherencia al tratamiento	N°	%
Adherencia general		
Bajo	1	0,9
Medio	52	45,2
Alto	62	53,9
Cumplimiento al tratamiento		
Bajo	3	2,6
Medio	62	53,5
Alto	50	43,9
Implicancia personal		
Bajo	0	0,0
Medio	63	54,8
Alto	52	45,2
Relación profesional-paciente		
Bajo	3	2,6
Medio	40	34,2
Alto	72	63,2
Total	115	100,0

Fuente: Cuestionario adherencia al tratamiento antihipertensivo.

De acuerdo con la Tabla 3, se evidencia que el 53,9% de los adultos mayores presentó un alto grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo, mientras que el 45,2% mostró una adherencia media y solo el 0,9% una adherencia baja. Estos resultados indican que la mayoría de los participantes mantiene conductas favorables respecto al seguimiento de su tratamiento; sin embargo, aún existe un porcentaje considerable que no alcanza niveles óptimos de adherencia.

En este sentido, Islas [16] informó resultados similares a los del presente estudio, encontrando que la adherencia alta fue la más frecuente (61,0%), seguida de la adherencia regular (25%) y la baja (14%). Asimismo, una investigación realizada en Colombia reportó que, aunque los adultos mayores con enfermedades crónicas presentaban niveles aceptables de adherencia, alrededor del 30% mostraba incumplimiento del tratamiento farmacológico, situación influenciada por factores sociodemográficos como el estado de salud y el nivel educativo [65]. Estos hallazgos fortalecen la tendencia observada en el presente estudio hacia niveles favorables de adherencia terapéutica en la población adulta mayor.

Sin embargo, los resultados difieren de los reportados por Velásquez [18], quien encontró que el 41% de los participantes presentó adherencia media, el 32% adherencia baja y solo el 21% adherencia alta. Las diferencias observadas podrían estar relacionadas con las características sociodemográficas de la población estudiada, el contexto en el que se desarrolló la investigación o los instrumentos empleados para medir la adherencia terapéutica.

Respecto a las dimensiones evaluadas, en la dimensión cumplimiento al tratamiento predominó la adherencia media con 53,5%, seguida de la adherencia alta con 43,9%, lo que sugiere que algunos adultos mayores presentan dificultades para seguir de manera constante las indicaciones terapéuticas prescritas. De igual forma, en la dimensión implicancia personal predominó la adherencia media con 54,8%, mientras que el 45,2% alcanzó una adherencia alta, evidenciando que una proporción importante de participantes aún requiere fortalecer su compromiso y participación activa en el cuidado de su salud. Estos hallazgos coinciden con estudios que reportan niveles medios o bajos de adherencia en adultos mayores, atribuyéndolos a factores como la alfabetización en salud, la motivación y la autoeficacia para el manejo de la enfermedad [66,68,69].

Por otro lado, la dimensión relación profesional-paciente registró el porcentaje más elevado de adherencia alta (63,2%), lo que refleja una percepción favorable de la interacción y comunicación establecida con el personal de salud. Este resultado concuerda con la literatura, que identifica la confianza y la comunicación efectiva con los profesionales sanitarios como factores determinantes para mejorar la

adherencia terapéutica, ya que facilitan la comprensión de las indicaciones médicas y fortalecen el compromiso del paciente con su tratamiento [67].

En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la adherencia terapéutica mediante actividades de educación para la salud, asesoramiento y seguimiento continuo del adulto mayor y su familia. Resulta necesario implementar estrategias orientadas a fortalecer el autocuidado, simplificar los regímenes terapéuticos y promover la participación activa de los pacientes en el manejo de su enfermedad. Asimismo, el acompañamiento permanente contribuye a fortalecer la confianza hacia el personal de salud, favoreciendo una mejor adherencia al tratamiento y la adopción de estilos de vida saludables [68].

4.4 Determinar la relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.

Tabla 4. Relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.

Estilos de vida	Adherencia al tratamiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No saludable	0	0,0	35	30,4	55	47,8	90	78,3
Saludable	1	0,9	17	14,8	7	6,1	25	21,7
Total	1	0,9	52	45,2	62	53,9	115	100,0

Fuente: Escala estilos de vida y Cuestionario adherencia al tratamiento antihipertensivo.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Prueba estadística	Valor	Sig. (bilateral)
Chi cuadrado de independencia	11,246	0,004*

*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), $p = 0,004$.

La Tabla 4 revela que, de los adultos mayores con estilos de vida no saludables, el 47,8% tiene una adherencia alta y el 30,4% tiene una adherencia media. Estos resultados demuestran que, aunque persistan costumbres poco sanas, una parte significativa de esta población sigue las instrucciones terapéuticas de manera adecuada o moderada, lo cual indica que la adherencia al tratamiento no depende necesariamente del estilo de vida general.

Al relacionar las variables mediante la prueba Chi cuadrado de independencia se encontró (X^2 : 11,246; p -valor: 0,004). Esto demuestra que hay una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los AM y los estilos de vida; en otras palabras, los hábitos

relacionados con el cuidado personal, la actividad física, la alimentación y las relaciones sociales afectan el cumplimiento del tratamiento médico.

El hallazgo de este estudio es apoyado por Montealegre [14], que mostró que los hábitos de vida tienen un impacto importante en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, y enfatizó que tener comportamientos saludables propicia un mejor seguimiento del tratamiento. Asimismo, Islas [16] informó que los pacientes con HTA mostraban una conexión estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y el estilo de vida ($\chi^2 = 68,9$; $p < 0,0001$), lo cual fortalece la relación hallada en este estudio. Estos antecedentes corroboran que las conductas diarias y las prácticas de autocuidado son elementos clave para llevar a cabo el tratamiento antihipertensivo de manera apropiada.

Según la teoría del autocuidado de Orem [21], existe una estrecha relación entre los estilos de vida y el cumplimiento terapéutico antihipertensivo en las personas mayores. Según esta teoría, el autocuidado incluye las acciones que una persona lleva a cabo para preservar su salud y bienestar. El profesional de enfermería asiste al cumplimiento del tratamiento prescrito cuando hay escasez de autocuidado. Además, el sistema de apoyo-educativo propone que la enfermería asesora y dirige al paciente hacia la adopción de comportamientos saludables. En esta línea, es esencial fortalecer los hábitos de vida y fomentar la adherencia terapéutica. Así, se colabora en mejorar la calidad de vida del anciano y el control de la HTA.

Sin embargo, estos resultados contrastan con lo que informó Ayala [17], quien señaló que no hay una relación importante entre el estilo de vida saludable y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población estudiada. Asimismo, Velásquez [18] recomienda que no existe relación entre los estilos de vida y la adherencia terapéutica, de acuerdo con la prueba estadística Rho de Spearman ($p=0,883$), lo cual indica que ambas variables en su investigación son independientes. Las disparidades mencionadas podrían justificarse debido a que las características sociodemográficas de los AM y el medio sociocultural en el cual se llevaron a cabo los estudios.

Un estudio que se llevó a cabo en un consultorio geriátrico del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Lima-2023) reportó que hay una relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de estilo de vida en AM con hipertensión. Esto evidencia que el estilo de vida afecta la conducta de seguir un régimen terapéutico [70].

Estos resultados son consistentes con investigaciones internacionales que indican que un modo de vida saludable que engloba una dieta balanceada, ejercicio físico constante y manejo del estrés está vinculado con mayores tasas de control y adherencia a la hipertensión. Existe estudios que han demostrado que la combinación de seguir el tratamiento farmacológico con prácticas sanas de vida se relaciona con un riesgo reducido de mortalidad entre las personas hipertensas y con resultados de salud más positivos [71].

Además, las revisiones sistemáticas sobre estilos de vida en pacientes hipertensos subrayan que los factores económicos y sociales, la educación sanitaria y el respaldo del médico personal influyen significativamente en las alteraciones de conductas y en la adherencia a la terapia. Esto corrobora que los estilos de vida no solo están vinculados entre sí, sino que pueden ser cruciales para el éxito del tratamiento médico vinculados entre sí, que pueden ser cruciales para el éxito del tratamiento médico [72].

En conjunto, estos antecedentes apoyan los hallazgos de este estudio y enfatizan la relevancia de tratar tanto los elementos clínicos como los comportamentales en los programas de gestión de hipertensión, impulsando métodos educativos y de soporte que propicien tantas modificaciones saludables en el estilo de vida como una mayor adherencia a las terapias indicadas [71,72].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se determinó que existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026, mediante la prueba Chi-cuadrado de independencia. Estos resultados permiten aceptar la hipótesis alterna, evidenciando que los estilos de vida influyen en la adherencia terapéutica antihipertensiva.
- Las características sociodemográficas predominantes de los adultos mayores del Centro de Salud Lajas fueron: sexo femenino, edades entre 80 y 89 años, estado civil casado o conviviente, religión católica y ausencia de grado de instrucción.
- En relación con los estilos de vida, predominó el estilo de vida no saludable en la mayoría de los adultos mayores. Aunque en la dimensión biológica se evidenciaron prácticas relativamente saludables, las dimensiones psicológica y social presentaron mayores porcentajes de estilos de vida no saludables.
- Respecto a la adherencia al tratamiento antihipertensivo, predominó el nivel alto de adherencia terapéutica en términos generales. Sin embargo, en las dimensiones cumplimiento del tratamiento e implicación personal predominó la adherencia media.

RECOMENDACIONES

Al equipo multidisciplinario del Centro de Salud Lajas

- Implementar intervenciones integrales orientadas al fortalecimiento del apoyo familiar y social del adulto mayor hipertenso, considerando que las dimensiones psicológica y social presentaron mayores porcentajes de estilos de vida no saludables.
- Promover programas preventivos y de promoción de la salud enfocados en el adulto mayor hipertenso, priorizando actividades orientadas al autocuidado, adherencia terapéutica y modificación de estilos de vida, con participación activa de la familia y comunidad.

Al personal de Enfermería del Centro de Salud Lajas

- Fortalecer las estrategias de educación sanitaria dirigidas al adulto mayor con hipertensión arterial, promoviendo estilos de vida saludables relacionados con alimentación balanceada, actividad física, control emocional y cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, mediante sesiones educativas, consejería personalizada y seguimiento continuo.
- Realizar monitoreo y seguimiento periódico de la adherencia terapéutica antihipertensiva, especialmente en las dimensiones cumplimiento del tratamiento e implicación personal, a fin de prevenir complicaciones derivadas del inadecuado control de la hipertensión arterial.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH

- Fomentar programas de extensión universitaria y proyección social orientada a los adultos mayores, que sean liderados por estudiantes y docentes de Enfermería e incluyan talleres sobre prevención de enfermedades crónicas, actividad física, autocuidado y alimentación saludable.

- Formar asociaciones estratégicas con programas sociales locales y organizaciones del primer nivel de atención para crear intervenciones integrales y sostenibles que busquen mejorar la calidad de vida de los ancianos.

A los estudiantes de Enfermería de la UNACH

- Desarrollar estudios relacionados con estilos de vida y adherencia terapéutica antihipertensiva considerando otras variables como apoyo familiar, estado emocional, nivel socioeconómico y acceso a los servicios de salud, así como investigaciones con enfoque longitudinal o intervenciones educativas que permitan ampliar los resultados obtenidos en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cutti D. Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de consultorios externos de cardiología de un hospital público, Lima 2022. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2023 [citado 7 agosto 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/89423105-abdd-448f-a859-81727bd2452c>
2. Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 07 octubre 2025]; 25(2): 57-62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2024. [citado 07 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo,en%202020%20a%201400%20millones.>
4. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2023. [citado 07 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
5. Organización Mundial de la Salud. Más de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 07 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>

6. Guallo MJ, Parreño AF, Chávez JP. Estilos de vida saludables en adultos mayores. Rev Cuba Reumatol. [Internet]. 2022. [citado 07 octubre 2024]; 24 (4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000400008
7. Organización de las Naciones Unidas. La hipertensión alcanza a más de 1200 millones de personas, en su mayoría viven en países con pocos recursos [Internet]. Nueva York, Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas; 2021 [citado 08 octubre 2024]. Disponible en:
<https://news.un.org/es/story/2021/08/1495912>
8. Benegas JR, Sánchez M, Gijon T, López E, Graciani A, Guallar P, García J, Rodríguez F. Cifras e impacto de la hipertensión arterial en España. Revista Española de Cardiología. [Internet]. 2024. [citado 08 octubre 2024]; 77 (9): 767-778. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-cifras-e-impacto-hipertension-arterial-articulo-S0300893224001076>
9. Organización Panamericana de Salud. Hipertensión. [Internet]. OPS – 2024. [citado 08 octubre 2024]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
10. Martinez CJ, Quintana DN, Carche LP, Guillen M, Cajilema BX, Ina KL. Prevalencia, factores de riesgo y clínica asociada a la hipertensión arterial en adultos mayores en América Latina. Revista Dominio de la Ciencia. [Internet]. 2021. [citado 10 octubre 2024]; 7 (4): 2190-2216. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383987>
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2022. [Internet]. INEI – 2022. [citado 10 octubre 2024]. Disponible en:
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf

12. Chuquiruna YY. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en el Centro de Salud del distrito de Magdalena, diciembre 2022-febrero 2023 [tesis de licenciatura en Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023 [citado 10 octubre 2024]. Disponible en:
https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5675/T016_72646137_T.pdf
13. Mejía D. Estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Cajamarca. [Internet]. 2023. [citado 10 octubre 2024]. Disponible en:
https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5808/14.06.2023_DAGOBERTO%20MEJ%C3%8DA_ENF_UNC%20CHOTA..pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Montealegre LP. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el manejo de la hipertensión arterial y su relación con el estilo de vida y creencias en pacientes del régimen subsidiado en el distrito de Barranquilla – Colombia. [Tesis doctoral] [Internet]. Colombia: Universidad Autónoma de Barcelona, 2022 [citado 10 octubre 2024]. Disponible en:
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2022/hdl_10803_675524/lpme1de1.pdf
15. Santos AS, Marques B, Saraiva RF. Estilo de vida e adesão à terapêutica num grupo de pessoas portadoras de hipertensão arterial. Rev Glob Acad Nurs. 2021 [citado 11 octubre 2024]; 2(3). Disponible en:
<https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/200/313>
16. Islas JJ. Asociación de la adherencia al tratamiento médico y el estilo de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, en la UMF No. 28 Mexicali, BC. [Tesis de especialidad] [Internet]. Mexicali, México: Universidad Autónoma de California, 2023 [citado 11 octubre 2024]. Disponible en:
<https://repositorioinstitucional.uabc.mx/server/api/core/bitstreams/e06ffd78-748e-4e12-abab-05379087a541/content>

17. Ayala CA. Estilo de vida saludable y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos hipertensos peruanos según la ENDES 2013 – 2022. [Tesis Doctoral] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2022 [citado 10 octubre 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/e65eca24-d390-428c-9f37-811df58a8606/content>
18. Velásquez Y. Estilos de vida saludable y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital de Piura, 2023. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Piura, Perú: Universidad Cesar Vallejo, 2023 [citado 10 octubre 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/120966>
19. Cajachagua M, Vargas C, Ingles M, Chávez J. Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Rev Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica [Internet]. 2021 [citado 10 octubre 2024];40(4):389-395. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55971452010/html/>
20. Quispe M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022 [citado 12 octubre 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/0cba0e22-1a64-4074-99b1-c62aca45dd8d>
21. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría del Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. Cuba, 2017. [citado 11 agosto 2024]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
22. Nawas M. Estilo de vida. Revista Latinoamericana de Psicología. [Internet]. Colombia – 2020. [citado 11 octubre 2024]; 3 (1): 91-107. Disponible en: <https://scispace.com/pdf/el-estilo-de-vida-1yo18x8xco.pdf>

23. Vargas S. Los estilos de vida en la salud. [Internet]. 2020. [citado 13 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Los%20estilos%20de%20vida%20en%20la%20salud.pdf>
24. Wong MYC, Ou KL, Chung PK. Comportamiento de estilo de vida saludable, establecimiento de metas y personalidad entre adultos mayores: una síntesis de revisiones de literatura y entrevistas. *Geriatrics* [Internet]. 2022 [citado 08 agosto 2025];7(6):131. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/geriatrics7060131>
25. Jiron JB, Palomares GA. Estilos de vida y el grado de dependencia en el adulto mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2018. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018 [citado 12 enero 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3a86a8a2-ad21-4ddd-989c-0c8dd49129b6/content>
26. Organización Mundial de la Salud. Physical activity [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2024 [citado 07 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
27. Instituto Nacional del Cáncer. Nutrición. [Internet]. NIH-2024. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nutricion>
28. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. [Internet]. Ginebra, Suiza; Organización Mundial de la Salud 2024. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/nutrition>
29. Escalante Yolanda. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Rev. Esp. Salud Publica*. [Internet]. 2020 [citado 16 octubre 2024]; 85(4): 325-328. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400001

30. Ministerio de Sanidad. Estilos de vida saludable. [Internet]. España - 2024. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/queEs/home.htm>
31. Belando MR. La actividad y el descanso como contenidos preferentes de la educación para la salud en la vejez [Internet]. 2021 [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2244172.pdf>
32. Legrá M. Cambio de mentalidad: Responsabilidad sanitaria. Index Enferm. [Internet]. marzo de 2010 [citado 16 octubre 2024]; 19(1): 42-46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100009#:~:text=La%20responsabilidad%20ante%20nuestra%20salud,un%20riesgo%20para%20la%20salud.
33. Organización Internacional de Migraciones. Manual de gestión del estrés. [Internet]. 2024- Ginebra, Suiza. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/staff-welfare/manual_de_gestion_del_estres.pdf
34. Salas R. La autorrealización, según la teoría de Maslow. [Internet]. 2020. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.rafaelsalaspsicologo.com/autorrealizacion-teoria-maslow/>
35. Tapia DL, López P. Las relaciones humanas. [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo – 2023. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n6/e3.html>
36. Jiménez AE, Olmedo PA. Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. Av Psicol Latinoam [Internet]. 2011 [citado 15 octubre 2024];29(2):317-329. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242011000200011

37. Herrero E, Esquirol J. Consecuencias del consumo de alcohol y tabaco. [Internet]. España – 2024. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/hombre/recomendaciones/consumo-del-alcohol-tabaco-etc/>
38. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]. Washington D. C., Estados Unidos: OPS; 2024 [citado 02 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>
39. Pagès N, Valverde MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado 15 octubre 2024];59(3):163-172. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
40. Chalco ME, López C, Pascual JV. Propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia Terapéutica basada en comportamientos explícitos en pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista investig. Psicol [Internet]. 2023 [citado 15 octubre 2024]; 26 (1): 43 – 60. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/25070/19630>
41. Kamali M, Hossein M. Structural Relationships Between Depression, Perceived Stress, Sleep Quality, and Quality of Life: Evidence from Iranian Elderly. Thrita. [Internet]. 2020 [Citado 27 noviembre 2023]; 8(2): 101115. Disponible en: <https://brieflands.com/journals/thrita/articles/101115>
42. Sociedad española de medicina interna. Hipertensión arterial [Internet]. Barcelona- España. sf. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/hta-semi.pdf>
43. Sociedad española de medicina interna. Hipertensión arterial [Internet]. Barcelona- España. sf [citado 15 octubre 2024]. Disponible en:

<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/hta-semi.pdf>

44. Ministerio de Salud. Guía técnica de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la HTA. [Internet]. Lima – Perú: Ministerio de Salud; 2015. [citado 14 octubre 2023]. Disponible en: https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202015/RM031-2015-MINSA%20Dx%20tratamiento%20y%20Control%20de%20la%20Enfermedad%20Hipertensiva.pdf
45. MedlinePlus. Presión arterial alta en adultos - hipertensión [Internet]. Bethesda, Estados Unidos: Biblioteca Nacional de Medicina; 2024 [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>
46. Manual MSD. Hipertensión arterial [Internet]. Washington, Estados Unidos: Manual MSD; 2023 [Citado 08 diciembre 2025]. Disponible en https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n#Etiolog%C3%ADa_v932148_es
47. Sociedad Española de Cardiología. Presión arterial elevada e Hipertensión arterial: Novedades y recomendaciones. [Internet]. España – 2024. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.cardioteca.com/hipertension-arterial/5984-guia-esc-2024-presion-arterial-elevada-e-hipertension-arterial-novedades-y-recomendaciones.html>
48. George L, Bakris MD. Hipertensión. Manual MSD [Internet]. Chicago, Estados Unidos: University of Chicago School of Medicine; 2023 [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n#Diagn%C3%B3stico_v932218_es

49. Saldaña KF. Factores de riesgo y presencia de hipertensión arterial en pacientes atendidos en el consultorio de medicina, centro de salud la Tulpuna, Cajamarca – 2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. [citado 20 de mayo 2023]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3572/T016_748_13050_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Mazón P. Comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2019 [citado 07 diciembre 2025];72(2):104-108. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-comentarios-guia-esc-esh-2018-sobre-articulo-S0300893218306766>
51. Defensoría del pueblo. Adulto Mayor. [Internet] Lima – Perú – 2024. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/
52. Ministerio de Salud. Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010 [Citado 21 octubre 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
53. Municipalidad Provincial de Chota, Ubicación Geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad provincial de Chota; 2024 [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/index.php/municipalidad/ubicacion>
54. Ministerio de Salud. Centro de Salud Lajas. [Internet]. MINSA-2024. [citado 15 octubre 2024]. Disponible en: <https://www.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/5819>
55. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. 6ta ed. México: McGraw-Hill; 2018 [citado 15 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp->

<content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez.%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

56. Mejía D. Estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microrred Patrona de Chota, 2021. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, 2023 [citado 11 octubre 2024]. Disponible en:
https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5808/14.06.2023_DAGOBERTO%20MEJ%c3%8dA_ENF_UNC%20CHOTA..pdf?sequence=1&isAllowed=y
57. Pacherre M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en adultos mayores servicio de medicina hospital nacional dos de mayo diciembre 2016. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad privada San Juan Bautista, 2018 [citado 11 octubre 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/0f67e35f-ceae-4ac6-b665-f833dfad239b/content>
58. Delgado R, Gallardo MS, Gamero MT, Chávez H, Tello T, Ortiz PJ. Envejecimiento saludable en adultos mayores de una comunidad peruana rural de gran altitud [Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020 [citado 07 mayo 2026]. Disponible en:
<https://repositorio.upch.edu.pe/entities/publication/4d9a91cf-8c09-4928-bbbd-c4d08a935811>
59. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2025. [citado 02 febrero 2026]. Disponible en:
https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_adultomayor_1.pdf
60. Estudios Técnicos. Transformación demográfica y envejecimiento acelerado: la población de 65 años o más en Puerto Rico. Rev Estud Técnicos [Internet]. 2025 [citado 02 febrero 2026];32(4):1-8. Disponible en:
<https://newsismybusiness.com/wp-content/uploads/2025/05/Abril-2025-C.pdf>

61. Jamanca HR. Caracterización de los estilos de vida de los adultos mayores del centro poblado de Llupa - Huaraz, 2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Católica los Ángeles Chimbote, 2021 [citado 03 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/31294>
62. Guerrero ML, Campos YR, Hinostroza NM. Funcionamiento familiar y estilos de vida de los adultos mayores del distrito de Tapo Tarma 2022. Revista Enfermería la Vanguardia. [Internet]. 2025. [citado 03 febrero 2026]; 13(1): 27-36. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/645>
63. Rodríguez DN. Estilos de vida saludable y su relación según el grado de hipertensión arterial en la población adulto mayor atendida en el Centro de Salud Ciudad Nueva, Tacna, 2025. [Tesis de médico cirujano] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada de Tacna; 2025 [citado 03 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/4468>
64. Yang J, Huang J, Huang Q, Gao J, Liu D, Li Z, et al. El impacto del estrés social y un estilo de vida saludable en la mortalidad de los adultos mayores chinos: estudio de cohorte prospectivo. JMIR Aging [Internet]. 2025 [citado 03 marzo 2026];8:e75942. Disponible en: <https://aging.jmir.org/2025/1/e75942>
65. Barreto AM. Adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Bogotá, Colombia: Universidad ECCI, 2018 [citado 03 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ecci.edu.co/server/api/core/bitstreams/52d56bd9-13c6-405e-8ee2-a87cf01633fe/content>
66. Morales JP. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores de un Centro de Salud Chiclayo 2021. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Señor de Sipán, 2021 [citado 03 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11739>
67. Gualtieri L, Rigby M, Wang D, Mann E. Estrategias de gestión de medicamentos para apoyar la adherencia a la medicación: estudio de entrevistas con adultos

- mayores. Interact J Med Res [Internet]. 2024 [citado 03 marzo 2026];13:e53513. Disponible en: <https://www.i-jmr.org/2024/1/e53513>
68. Afshari M, Karimi-Shahanjarini A, Tapak L, Hashemi S. Determinantes de la adherencia a la medicación en adultos mayores con hipertensión arterial que viven en zonas desfavorecidas. Chronic Illn. [Internet]. 2024 [citado 03 marzo 2026];20(3):487-503. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38866539/>
69. Wang W, Luan W, Zhang Z. Asociación entre la alfabetización en medicación y la adherencia a la medicación, y el efecto mediador de la autoeficacia en personas mayores con multimorbilidad. BMC Geriatr [Internet]. 2023. [citado 03 marzo 2026]; 23 (1): 378. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-023-04072-0>
70. Nacarino KL. Estilo de vida y adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en consultorio de geriatría. Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-2023. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2023 [citado 03 marzo 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/items/a11df808-2044-435d-9dba-30a0911e427b>
71. Lu Q, Zhang Y, Geng T, Yang K, Guo K, Min X, et al. Asociación entre factores de estilo de vida y el uso de antihipertensivos con el riesgo de mortalidad por todas las causas y por causas específicas en adultos con hipertensión en China. JAMA Netw Open. [Internet]. 2022 [citado 03 marzo 2026];5(2):e2146118. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35103793/>
72. Organización Mundial de la Salud. Una revisión sistemática de la adherencia a las modificaciones del estilo de vida en pacientes hipertensos. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2025 [citado 03 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.emro.who.int/emhj-volume-31-2025/volume-31-issue-9/a-systematic-review-of-adherence-to-lifestyle-modifications-by-hypertensive-patients.html>

ANEXOS

Anexo 1. Carta de invitación

INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

“Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del
Centro de Salud Lajas, Chota - 2026”

Chota,.... de.....del 2026

Estimado(a) participante: nuestros nombres son Jeniffer Fiorela Irigoin Bustamante y Diana Vanessa Tarrillo Ochoa, somos bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería. La invitamos cordialmente a participar en la investigación titulada “Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota – 2026”, cuyo propósito es analizar la relación entre los estilos de vida y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los adultos mayores que acuden a dicho establecimiento de salud

Su participación es completamente voluntaria y confidencial y consistirá en responder un cuestionario estructurado relacionado con los hábitos de vida y la adherencia al tratamiento médico lo cual no le tomará más de 20 minutos y no representa ningún riesgo para su salud.

La información que usted brinde será de gran importancia ya que permitirá identificar factores asociados al estilo de vida y al cumplimiento del tratamiento contribuyendo a mejorar las estrategias de cuidado y promoción de la salud en el adulto mayor agradecemos de antemano su valioso tiempo y colaboración para el desarrollo de esta investigación

Gracias por su tiempo para responder este cuestionario.

Atentamente:

.....

.....

Anexo 2. Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026”

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Lajas, Chota - 2026.

Yo....., identificado (a) con DNI N°, habiendo recibido información clara y suficiente por parte de las bachilleres de Enfermería Irigoin Bustamante, Jeniffer Fiorela y Tarrillo Ochoa, Diana Vanessa, acepto brindar de manera voluntaria la información solicitada con fines de investigación en pleno conocimiento que, de los datos proporcionados serán tratados de forma confidencial y que mi identidad no será revelada en ningún momento.

Lajas,.....de..... del 2026.

Firma



Anexo 3. Formato de Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico Profesional de
Enfermería

*“Estilo de vida y adherencia al
tratamiento antihipertensivo en el adulto
mayor del Centro de Salud Lajas, Chota -
2026”*

ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

(Walker k, Sechrist, 2007)

INSTRUCCIONES: La presente escala es utilizada sólo para fines de investigación científica. Se le ruega responder con la máxima sinceridad en sus respuestas. Muchas gracias por su participación

I. Características sociodemográficas

1. **Edad (años):** _____

2. **Sexo:**

- a) Masculino:
- b) Femenino

3. **Estado civil**

- a) Soltero (a)
- b) Conviviente/Casado(a)
- c) Separado(a)/Viudo(a)
- d) Divorciado(a)
- e) Viudo(a)

4. **Religión**

- a) Católico
- b) Evangélica
- c) Otras
- d) Ninguna

5. **Nivel de estudios**

- a) Sin nivel
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Superior no universitaria

g) Superior universitaria

II. Instrucciones: El presente cuestionario es anónimo y es utilizado sólo para fines de investigación científica. Tener en cuenta lo siguiente:

1. **Nunca:** conducta que no realiza, 0 veces.
2. **Algunas veces:** conducta que pocas veces realiza, de 1 a 2 veces.
3. **Frecuentemente:** conducta que realiza varias veces, de 3 a 5 veces.
4. **Siempre:** conducta que realiza diariamente o a cada instante.

Nº	Ítems	1	2	3	4
Estilo de vida biológico					
1	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.				
2	Todos los días, consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, leche, menestras y cereales.				
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.				
4	Consume usted 2 a 3 frutas diarias.				
5	Consume alimentos bajo en grasas.				
6	Limita el consumo de azúcares (dulces).				
7	Consume alimentos con poca sal.				
8	Realiza Ud., ejercicio físico por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana (correr, trotar, caminar, otros).				
9	Diariamente realiza actividad física que incluya el movimiento de todo su cuerpo (como utilizar las escaleras, caminar después de almorzar, u otros).				
10	Duerme usted de 5 a 6 horas diarias como mínimo.				
11	Tiene usted diariamente un horario fijo para acostarse a dormir.				
Estilo de vida psicológico					
12	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.				
13	Usted lee o ve programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.				
14	Usted identifica situaciones que le preocupan en su vida.				

15	Usted utiliza métodos para afrontar el estrés.				
16	Desahoga usted de manera positiva sus tensiones (conversando, llorando).				
17	Realiza siestas después de desayunar, almorzar o cenar como parte de una relajación.				
18	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.				
19	Practica ejercicios de respiración como parte de una relajación.				
20	Usted se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.				
21	Usted se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
22	Usted se cuida y se quiere a sí mismo.				
Estilo de vida social					
23	Participa en actividades recreativas (caminatas, bailes, manualidades, ir de paseos).				
24	Se relaciona bien con los demás (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.)				
25	Tiene facilidad para demostrar sus preocupaciones, amor, cariño a otras personas.				
26	Pasa tiempo con su familia.				
27	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de su familia.				
28	Tiene usted facilidad para demostrar y aceptar contacto físico con las personas que le importan (un abrazo, apretón de manos, palmadas, otros).				
29	Consume usted cigarrillos.				
30	Consume usted bebidas alcohólicas (cerveza, cortos, sangría, etc.)				

Anexo 3. Formato de Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico Profesional de
Enfermería

*“Estilo de vida y adherencia al
tratamiento antihipertensivo en el adulto
mayor del Centro de Salud Lajas, Chota -
2026”*

ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

(Bayarre M. citado por Pacherre M)

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo y es utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas.

Cada ítem tiene la siguiente puntuación: siempre (S): 4 puntos, casi siempre (CS): 3 puntos, a veces (AV): 2 puntos, casi nunca (CN): 1 punto, nunca (N): 0 puntos.

N	Adherencia al tratamiento	S	CS	AV	CN	N
Cumplimiento del tratamiento						
1	Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2	Toma las dosis que le indicaron.					
3	Cumple con las indicaciones en relación a la dieta.					
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5	Realiza ejercicios físicos indicados.					
Implicación personal						
6	Acomoda sus horarios de medicación.					
7	Cumple el tratamiento sin la supervisión de su familia o amigos.					

8	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
9	Utiliza recordatorios que faciliten su tratamiento					
Relación Profesional – Paciente						
10	Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir.					
11	Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento.					
12	Usted y el profesional de enfermería analizan como cumplir el tratamiento.					
13	Tiene la posibilidad de manifestar aceptación al tratamiento prescrito por el médico.					

Muchas gracias

Anexo 4: Confiabilidad con Alfa de Cronbach

Escala: Estilo de vida de los adultos mayores

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,845	30

Escala: Adherencia al tratamiento antihipertensivo

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,856	13

Anexo 6: Validación de instrumentos por juicio de expertos

➤ EXPERTO 1

I.DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA

Institución donde labora : UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Especialidad : ENFERMERÍA

Instrumento de evaluación : ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Autor (s) del instrumento (s): WALKER, S Y SECHRIST, K.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4)
EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de					X

	manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL		45				

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 “Excelente”; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III.OPINIÓN DE APLICABILIDAD

El instrumento cumple los requisitos para ser aplicado en la presente investigación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

Dr. Jorge Román Tenorio Carranza

I.DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA

Institución donde labora : UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Especialidad : ENFERMERÍA

Instrumento de evaluación : ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Autor (s) del instrumento (s): BAYARRE M

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4)
EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X

INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL		44				

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 “Excelente”; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III.OPINIÓN DE APLICABILIDAD

El instrumento cumple los requisitos para ser aplicado en la presente investigación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

Dr. Jorge Román Tenorio Carranza

➤ **EXPERTO 2**

I.DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: WILDER OVIDIO CARRANZA CARRANZA

Institución donde labora : UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Especialidad : ENFERMERÍA

Instrumento de evaluación : ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Autor (s) del instrumento (s): WALKER, S Y SECHRIST, K.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4)
EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en					X

	función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL		49				

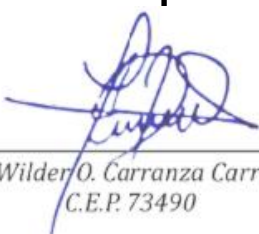
(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 “Excelente”; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III.OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Luego de la evaluación realizada, se concluyó que el instrumento reúne las condiciones necesarias para ser aplicado en la presente investigación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

99%


Mg. Wilder O. Carranza Carranza
C.E.P. 73490

Mg. WILDER OVIDIO CARRANZA CARRANZA

I.DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: WILDER OVIDIO CARRANZA CARRANZA

Institución donde labora : UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Especialidad : ENFERMERÍA

Instrumento de evaluación : ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Autor (s) del instrumento (s): BAYARRE M

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4)
EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X

SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL		49				

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 “Excelente”; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III.OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Luego de la evaluación realizada, se concluyó que el instrumento reúne las condiciones necesarias para ser aplicado en la presente investigación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 99%



 Mg. Wilder O. Carranza Carranza
 C.E.P. 73490

Mg. WILDER OVIDIO CARRANZA CARRANZA

➤ **EXPERTO 3**

I.DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ

Institución donde labora : UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Especialidad : ENFERMERÍA

Instrumento de evaluación : ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Autor (s) del instrumento (s): WALKER, S Y SECHRIST, K.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4)
EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X

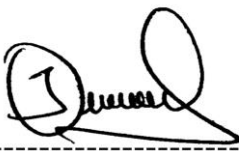
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL		46				

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 “Excelente”; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III.OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Tras la revisión efectuada, se determinó que el instrumento cumple con los criterios metodológicos requeridos para su aplicación en la presente investigación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 91%



 Dr. José Uberli Herrera Ortiz
 LIC. ENFERMERIA
 C.E.P. 70953

Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ

I.DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ

Institución donde labora : UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Especialidad : ENFERMERÍA

Instrumento de evaluación : ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Autor (s) del instrumento (s): BAYARRE M

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4)
EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X

SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.				X	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL		46				

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 “Excelente”; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III.OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Tras la revisión efectuada, se determinó que el instrumento cumple con los criterios metodológicos requeridos para su aplicación en la presente investigación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 91%



 Dr. José Uberli Herrera Ortiz
 LIC. ENFERMERIA
 C.E.P. 70953

Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ