



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL ADULTO
MAYOR CON HIPERTENSIÓN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

E.E TERESA OJEDA CHACÓN

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME

CoDIRECTORA DE TESIS:

DRA. CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA

Cuernavaca Mor., junio 2023.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por permitirme vivir día a día una nueva experiencia en este proceso para obtener un logro más.

A mis hijos que han sido los inspiradores para tomar nuevos retos y a mis nietos que son mi fuente de energía a cada uno de ellos gracias por su amor y su apoyo moral e incondicional que me han brindado.

A mis amigos y docentes que me apoyaron y compartieron sus conocimientos y experiencias y que han hecho que el trabajo se realice con éxito.

DEDICATORIAS

El presente trabajo lo dedico a la memoria de mis padres porque siempre creyeron en mí, me dieron su amor y su ejemplo, me inculcaron valores y principios formando bases muy sólidas que me ayudaron a crecer como persona y profesionalmente.

A mis hijos Tania, Gilberto y Luis, mi razón de ser y existir.

A mis nietos Sarah Karina, Mía Fiorella, Santiago, Ian Mateo y Sebastián que son la luz en mi camino.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1. MARCO TEÓRICO	9
1.1 Adherencia terapéutica.	9
1.2 Factores relacionados con la falta de adherencia terapéutica	12
1.3 Envejecimiento.....	14
1.3.1 Envejecimiento de la población.	14
1.3.2 Envejecimiento de la población en México.	15
1.4 Hipertensión Arterial.....	19
1.4.1 Complicaciones de la hipertensión arterial	21
1.4.2 Tratamiento de la hipertensión arterial	22
1.5 Teoría de Dorotea Elizabeth Orem	27
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
3. JUSTIFICACIÓN.....	34
4. OBJETIVOS.....	36
4.1 General	36
4.2 Específicos:.....	36
5. METODOLOGÍA	37
5.1 Criterios de selección.....	37
5.2 Obtención de la información.....	37
5.3 Análisis de la información.....	39
5.4 Consideraciones éticas.....	40
6. RESULTADOS	433
7. DISCUSIÓN.....	488
8. CONCLUSIONES	49
9. RECOMENDACIONES.....	511
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	533
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.7

RESUMEN

Se ha considerado que la adherencia al tratamiento en personas con patologías crónicas es un problema de salud pública, por ser un problema que se puede resolver al conocer las causas que lo originan. La hipertensión arterial ocupa las primeras causas de morbilidad en adultos mayores y su falta de tratamiento afecta de manera importante el bienestar del paciente por ser causa de complicaciones como enfermedades vasculares, parálisis, afecciones cardíacas e incluso la muerte.

Objetivo. Distinguir el nivel de adherencia terapéutica del adulto mayor con hipertensión que se atiende en la consulta externa del Hospital Militar de Zona en Cuernavaca Mor., durante el periodo de abril a junio del 2022.

Metodología. Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Se aplicó la escala de Morisky a 99 adultos mayores del Hospital Militar de Zona en Cuernavaca Mor. Los datos obtenidos se analizaron en Stata14®. Se realizó análisis univariado y bivariado de las variables estudiadas y el nivel de adherencia.

Resultados. Los resultados de la escala de Morisky fluctuaron entre 0.5 a 7 puntos. La adherencia al tratamiento fue baja en un 52.53%; media en 47.47% y alta 0% sin encontrar diferencias significativas entre sexo, edad u otro factor sociodemográfico.

Conclusiones. El factor más frecuente relacionado a la baja adherencia fue el olvido de tomar el medicamento y tener dificultades habitualmente para recordar tomar todas sus medicinas.

Palabras clave: Adherencia terapéutica; cumplimiento de tratamiento; tratamiento de enfermedades crónicas, Hipertensión arterial.

SUMMARY

It has been considered that adherence to treatment in people with chronic pathologies is a public health problem, as it is a problem that can be solved by knowing the causes that originate it. Arterial hypertension occupies the first causes of morbidity in older adults and its lack of treatment significantly affects the well-being of the patient as it causes complication such as vascular diseases, paralysis, heart conditions and even death. **Objective.** Distinguish the level of therapeutic adherence of the elderly with hypertension who are treated in the outpatient clinic of the Zone Military Hospital in Cuernavaca Mor., during the months April to June 2022. **Methodology.** The Morisky scale was applied to 99 older adults from the Zone Military Hospital in Cuernavaca Mor. The data obtained were analyzed in Stata14®. Univariate and bivariate an analysis was performed. **Results.** The results of the Morisky scale ranged from 0.5 to 7 points. Adherence to treatment was low in 52.53%, average in 47.47% and high 0% without finding significant differences between sex, age, or any sociodemographic factor. **Conclusions.** The most frequent factor related to low adherence was forgetting to ingest the medication and habitually having difficulty remembering to take all their medications.

Key words: Therapeutic adherence; adherence to treatment; treatment of chronic diseases, arterial hypertension

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento es considerada como un problema de salud pública en personas con patologías crónicas, debido a que se ha observado que en pacientes con alta adherencia disminuyen las complicaciones y disminuye el riesgo a la muerte, mejorando la calidad de vida de pacientes crónicos. En el nivel de adherencia se encuentra una gran relación de ésta con la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico, así como con la relación del paciente con su médico y fallas en la memoria, por lo que en los adultos mayores el olvido es la principal causa de la falta de adherencia terapéutica.

De acuerdo con Haynes y Scakett (José Juan et.al 2018), un tercio de los pacientes toma la medicación como se le ha prescrito, otro tercio lo hace ocasionalmente o de forma incorrecta y el resto no lo toma nunca. Uno de los padecimientos prevalentes entre la población mayor de 60 años es la hipertensión arterial, cuyo tratamiento requiere de la ingesta continua y permanente de medicamentos en dosis y horarios predeterminados de acuerdo con las necesidades y características de cada paciente. Los adultos mayores no solo padecen hipertensión arterial, ya que más del 60% de ellos padece tres o más padecimientos concomitantes, por lo que el requerimiento farmacológico para el manejo y control de estos padecimientos es alto, observándose una gran proporción de polifarmacia en este grupo etario. El deterioro del adulto mayor se ve afectado en la memoria a corto plazo, por lo que es común que se olvide de ingerir todos sus medicamentos de manera constante y adecuada.

Los profesionales de enfermería son responsables de ministrar los medicamentos a pacientes hospitalizados o en residencias, pero cuando el paciente es ambulatorio, el control de la medicación radica en el paciente mismo o en sus familiares, por lo que es común encontrar un bajo nivel de adherencia terapéutica,

lo que incrementa el riesgo de complicaciones en los adultos mayores. Sin embargo, también es responsabilidad del personal de enfermería fomentar y motivar el autocuidado mediante la orientación y la aclaración de dudas cuando se atiende a los pacientes en la consulta externa.

La presente investigación se realizó con el fin de distinguir el nivel de adherencia terapéutica del adulto mayor con hipertensión del Hospital Militar de Zona en Cuernavaca Mor., por la importancia que representa la adherencia para favorecer el estado de salud y bienestar de los adultos mayores y evidenciar el conocimiento que permita mejorar la atención de enfermería al fomentar y motivar el autocuidado con bases sólidas.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Adherencia terapéutica.

El concepto de adherencia ha sido definido de diferentes formas. La Real Academia de la Lengua Española la define como “unión física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente” (RAE, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Ortega et.al., 2018), pero la definición de Haynes y Sackett puede ser más completa al definirlo, como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su prescriptor (Arcau, 2021).

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

Haynes, define el término cumplimiento como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (Ortega et. al, 2018).

El término de adherencia terapéutica se relaciona un conjunto de conductas que el paciente debe aceptar entre ellas las indicaciones del médico relacionadas al tratamiento y que estas sean claras y precisas para su comprensión y dedicación para para un futuro saludable y sin riesgos.

El término más adecuado de adherencia terapéutica se define como “una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros aspectos que incluyen la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado” (Rodríguez et. al. 2022).

La efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada por la colaboración del paciente y como es sabido el proceso de conducta que lleva al incumplimiento terapéutico es tan complicado como el comportamiento humano: se incluye al medio ambiente del enfermo, al médico que le atiende y al sistema sanitario (Arcau, 2021).

Sanchez,et.al., en el 2022 menciona que el término “tratamiento” que incluye tanto los medicamentos prescritos para el control de la hipertensión (de 5 a 7 medicamentos), como los hábitos, cuidados personales y estilo de vida indicados o recomendados al paciente.

Respecto a la hipertensión arterial, el tratamiento incluye una serie de medicamentos que el paciente debe ingerir de manera continua y por el resto de su vida, así como la modificación de su estilo de vida, que incluye disminuir la ingesta de sal a menos de cinco gramos diarios, evitar las grasas saturadas, aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales con fibra, dejar de fumar, reducir la ingesta de bebidas alcohólicas y realizar actividad física con regularidad, mantener el peso adecuado, aprender a manejar el estrés y medir periódicamente la presión arterial. Así mismo, implica la necesidad de acudir constantemente a consultas de control ya sea en instituciones gubernamentales o en la medicina privada. De esta forma, el tratamiento es de suma amplitud y requiere mucho compromiso del paciente y sus familiares para tener una adherencia adecuada.

De ahí que el cumplimiento terapéutico involucra conducta de dos partes, una pasiva (del paciente) y una activa (por parte del médico y/o personal sanitario), por lo que el éxito o fracaso de dicho cumplimiento es el resultado de la interacción de ambas partes.

Ortega et. al. 2018, menciona que la adherencia comprende diversas conductas como: la propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, realizar cambios apropiados en el estilo de vida y evitar conductas contraindicadas.

La medición de la adherencia terapéutica se realiza a través de métodos directos e indirectos. Los primeros comprenden información sobre la toma de medicamentos como los registros de farmacia, conteo de píldoras, la vigilancia electrónica y resultados de laboratorio. En los segundos que corresponden a los métodos indirectos del uso de fármacos en el paciente es a través de informes, entrevistas o cuestionarios, entre estos se encuentra la Escala de Morisky (Roig,2022).

En un estudio, Ortega (2018), se demostró que una adecuada adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular entre 30 y 43%, y de infarto de miocardio en un 15%; también se pueden prevenir los altos costos generados al sistema de salud o al menos disminuirlos significativamente.

La falta de adherencia terapéutica es el método que se utiliza para cuantificar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas. Se encuentra una gran relación de ésta con la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables (Ortega, 2018)

La OMS, identifica a la falta de adherencia terapéutica como un problema mundial de gran magnitud, dado que, los cambios ocasionados por la denominada transición epidemiológica han traído el incremento de enfermedades crónicas. Si bien la medicina ha avanzado mucho con la generación de medicamentos eficaces para controlar dichos padecimientos, su tratamiento muestra una menor efectividad debido a la poca adherencia a la medicación. En el caso de la hipertensión arterial, se observa que la baja adherencia y/o la falta de persistencia al tratamiento prescrito uno de los principales factores que contribuyen a la falta de control de la enfermedad, por lo que resulta evidente que mejorar la adherencia puede tener un mayor impacto en la salud de la población que cualquier otra mejora específica en los tratamientos médicos (Rubio, 2018).

Diversos autores (Martínez 2020), (Sánchez, 2019), (Franco, 2018); han reportado las tasas de apego al tratamiento en las principales enfermedades crónicas, las cuales resultan alarmantemente bajas: diabetes 36-87%, hipertensión 33-84%, cáncer (tratamientos orales) 20-100%, VIH/SIDA (triple terapia) 70-80%. La OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Asimismo, la falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social (OMS, 2023)

1.2 Factores relacionados con la falta de adherencia terapéutica

La falta de adherencia terapéutica se relaciona con el pensamiento de los pacientes de que han sido curados o bien por no comprender la manera de seguir el tratamiento. Así mismo, la negación de la enfermedad, la manifestación de signos y síntomas, la autopercepción de la enfermedad o el miedo a morir tienen un papel relevante en la falta de adherencia. Otros factores como el temor, la incertidumbre, la falta de control, vivir sólo, tener estrés o emociones negativas y el bajo nivel socioeconómico; afectan esta adherencia.

Haynes y Scakett menciona en el foro Adherencia al Tratamiento: Cumplimiento y Constancia para Mejorar la Calidad de Vida (Pfizer), realizado en el 2009 que una tercera de los pacientes toma los medicamentos de manera que han prescritos, el segundo tercio lo realiza de forma ocasional o incorrecta y el último tercio nunca lo realiza. Es importante resaltar que son muchas las causas que influyen en la falta de adherencia; la doctora Ana Pastor señala las causas principales de la no adherencia: problemas con el régimen prescrito (efectos adversos), instrucciones insuficientes, fallo en la relación médico-paciente, desacuerdo del paciente respecto al tratamiento y la mala memoria.

Ortega (2018), en el estudio llamado “Adherencia terapéutica un problema de atención médica”, cita al profesor Weinman, quien refiere que sólo “el 30% del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento y el 70% de la no adherencia se debe a una decisión del paciente”.

En el estudio “Adherencia terapéutica: un problema de atención médica” del 2018 Ortega, habla de los sistemas de salud, donde dice que, para la OMS, existen cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica: 1) Factores socioeconómicos, 2) Factores relacionados con el tratamiento. 3) Factores relacionados con el paciente. 4) Factores relacionados con la enfermedad. 5) Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria.

Rodríguez y cols., (2021) en Cuba, realizó el estudio “Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos”, cuyos resultados se muestran que la media de edad de la población estudiada fue de $67,1 \pm 12,1$. Predominó el sexo femenino, con 67 (63,2 %). Los pacientes casados predominaron con 52 pacientes (49,1 %). Se evidenció una relación entre el estado civil y el nivel de adherencia terapéutica ($p = 0,035$). Se encontró una relación estadísticamente significativa con el nivel de adherencia terapéutica, para el nivel de conocimiento adecuado sobre HTA ($p = 0,035$) y el tiempo de diagnosticada la enfermedad ($p = 0,030$).

Solís, et. al (2022), realizó el estudio “Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en primer nivel de atención” en Cali, Colombia, donde se obtuvo uno de los resultados principales que fue la edad de los pacientes, factor que se relaciona con la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión, teniendo una menor adherencia en los mayores de 50 años.

Es importante considerar la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos mayores de 60 años es baja y causado por diversos factores, principalmente como: el olvido de las tomas de los medicamentos, la polifarmacia y la poca percepción del riesgo para la salud que significa el control inadecuado de la hipertensión arterial (López, 2016).

De acuerdo con el estudio sobre “La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general”, menciona que hay una menor adherencia a la medicación conforme a las percepciones benignas y a la mayor carga de la enfermedad, además de las creencias positivas con relación a los medicamentos que son decisivos para construir un comportamiento de adherencia en las personas mayores hipertensas. Así mismo en cuanto a las intervenciones y

programas para fortalecer la adherencia en personas mayores con hipertensión deben reconocer el valor y la importancia. (Conte, et, al. 2020).

Haynes et al. (2005) identificaron en una revisión más de 250 factores que pueden influir en la adherencia a medicamentos. Menciona que las causas por las que un paciente hipertenso no se adhiere al tratamiento se debe a la falta de: conocimiento de la enfermedad, de información por parte del médico, de accesos a los servicios de salud, además de problemas económicos, sociales y la polifarmacia. identificar las causas permitirá establecer estrategias que faciliten su corrección y eviten las graves consecuencias que implica el incumplimiento. Estos factores son diferentes en cada paciente, y los diversos estudios ofrecen un listado tan distinto y diverso de variables relacionadas con la adherencia que no permiten generalizar un perfil para predecir qué pacientes serán incumplidores. De entre todos el que se considera más significativo fue la relación médico-paciente.

1.3 Envejecimiento

1.3.1 Envejecimiento de la población.

El envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la transición demográfica, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad, a otros de niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas, impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado (ECURED, 2019).

Fig. 1. Índice de envejecimiento (Relación de adultos mayores y niños)



Fuente: Datos estimados a partir de información del censo de población y vivienda 2010 y las proyecciones de CONAPO 2005-2050.

En la Fig. 1. se describen en proyecto el índice de envejecimiento donde se calcula que para 2035 el número de adultos mayores sea igual al de niños; y a partir del 2040 será mayor el número de los adultos que los infantes.

Según datos del informe “Perspectivas de la población mundial 2019” hace referencia que para el 2050 una de cada 6 personas en el mundo tendrá más de 65 años, 16% más que la proporción actual que fue de 1 de cada 11 en 2019. Se estima que, en el 2019, el número de personas de 80 años o más se triplicara de 143 millones a 426 millones para 2050 (ONU, 2019).

Como efecto de la transición demográfica, la natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo, lo que originó un aumento del tamaño y envejecimiento de la población. Se espera que la natalidad disminuya hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad aumente hasta alcanzar 10.4 en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades avanzadas (ECURED, 2019).

1.3.2 Envejecimiento de la población en México.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el número de adultos mayores ha pasado de 3.4% en 1950 al 14% en 2022

y la expectativa para el 2050 es que el grupo poblacional de 65 años y más represente un 28% de la población mexicana. Este grupo poblacional, debido al deterioro físico y fisiológico, padece enfermedades crónicas importantes, así como limitaciones físicas, diabetes, hipertensión, cáncer, entre otras. La mayor parte de esta población son derechohabientes de algún sistema de seguridad social, una parte de los adultos mayores vive con familiares padeciendo tratos discriminatorios y maltrato, por lo que el apoyo terapéutico se ve disminuido.

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de 2020, señalan que 24.9 % de los hombres y 26.1 % de las mujeres padece Hipertensión arterial. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT), reportó un incremento de población con diagnóstico previo de hipertensión, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años. Se estima que más de 30 millones de personas viven con hipertensión arterial y 46 % lo desconoce. (SS, 2022).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino (ENSANUT, 2016) la prevalencia de hipertensión era de 25.5%. En el caso de los adultos mayores la prevalencia de hipertensión arterial asciende a 42.9%. El adulto mayor tiene particularidades y peculiaridades asociadas con el envejecimiento patológico que complican el tratamiento de la hipertensión arterial en este grupo de pacientes, por lo que deben tomarse en cuenta múltiples factores propios de la geriatría para comprender los factores que afectan la adherencia al tratamiento.

Se ha documentado que la mayoría de los pacientes, especialmente los adultos mayores reciben consejería insuficiente acerca de las modificaciones del estilo de vida que deben realizar como parte del tratamiento; datos del National Ambulatory Medical Care Survey mostraron que sólo 35% de los pacientes recibían consejería acerca de nutrición y 26% acerca de ejercicio físico (Arcau, 2021).

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio (IMSS, 2011) el envejecimiento se caracteriza por una disfunción progresiva de varios órganos. Existen diversos cambios estructurales y funcionales en el sistema cardiovascular en el

envejecimiento que favorecen el desarrollo de hipertensión arterial. A continuación, se mencionan:

Cambios fisiológicos cardiovasculares que se presentan en el adulto mayor

- Cambios estructurales en ventrículo izquierdo o Hipertrofia o remodelado ventricular.
- Cambios estructurales valvulares.
- Cambios en el sistema de conducción.
- Cambios funcionales (en el ritmo cardiaco, función sistólica, función diastólica).
- Cambios estructurales en vasos periféricos.
- Cambios en la función endotelial. (Karavidas, 2010)

Cambios Valvulares

- La esclerosis/calcificación valvular aórtica que se observa en 80% de los adultos mayores.
- Insuficiencia aórtica secundaria la calcificación de las valvas.
- Calcificación del anillo mitral: es más prevalente en mujeres que en hombres. (Kurz, 2006) (Nassimiha, 2001)

Cambios Funcionales en el Sistema Cardiovascular

- Menor respuesta del ritmo cardiaco ante las situaciones de estrés.
- Disminución de la frecuencia cardiaca máxima durante el ejercicio.
- Disminución del gasto cardiaco.
- Disminución de la capacidad aeróbica.
- Disminución de la estimulación del sistema nervioso simpático sobre los receptores cardiovasculares.
- Función sistólica: no se ve comprometida en el envejecimiento normal.
- Función diastólica: disminución del llenado ventricular por retardo en la relajación en consecuencia se incrementa la presión de llenado diastólico final.

Cambios en los Vasos Periféricos

- Arteriosclerosis.
- Incremento en la presión sistólica por dicha rigidez arterial.
- Incremento en la presión de pulso (diferencia entre la tensión arterial sistólica y la diastólica).
- Mayor resistencia vascular periférica.
- Disminución del volumen intravascular.
- Incremento de la presión de la arteria pulmonar.

Alteraciones Endoteliales

- Disminución de la respuesta vasodilatadora a la acetilcolina.
- Disminuye la biodisponibilidad del óxido nítrico.
- Incrementa la sensibilidad de las células endoteliales a estímulos apoptóticos.
- Disminuye el proceso de angiogénesis y la capacidad regenerativa del endotelio.
- La permeabilidad del endotelio es menor.
- Incremento en la formación de especies reactantes de oxígeno (daño oxidativo).

Cambios Neuroendocrinos

- Disminución de la renina plasmática.
- Desregulación en la secreción de epinefrina.
- Incremento de la actividad simpática (por aumento en los niveles de catecolaminas).
- Intolerancia a la glucosa / Resistencia a la insulina.
- Disminución de la hormona de crecimiento.
- Disminución de las hormonas sexuales.
- Incremento en la secreción de glucocorticoides.
- Disminución de la respuesta a los barorreceptores alfa y beta.

1.4 Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial sistémica se define como una tensión arterial sistólica (PAS) 140 mm Hg o tensión arterial diastólica (PAD) 90 mm Hg, como promedio de 3 mediciones tomadas adecuadamente en 2 o más en visitas médicas.

La etiología de la hipertensión arterial es desconocida, sin embargo, se considera el resultado de numerosos factores genéticos y ambientales que se combinan para provocar efectos en el sistema cardiovascular y en la estructura renal (Rodríguez, et. al, 2021).

De acuerdo con el séptimo reporte de “Joint National Committee (JNC-7) el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica se clasifica en dos estadios (Pallarés, et. al, 2019).

- Estadio 1: Tensión arterial sistólica 140 a 159 mmHg o diastólica 90 a 99 mmHg.
- Estadio 2: Tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 100 mmHg.

En el adulto mayor, se recomienda realizar el diagnóstico de hipertensión arterial utilizando la medición de la tensión arterial en ambos brazos, con técnica apropiada, en dos o más visitas médicas. El diagnóstico deberá basarse en el promedio de al menos 3 lecturas (descartando la primera y promediando las subsecuentes), en 3 visitas separadas durante un período de 4 a 6 semanas (siempre que la tensión arterial presente no sea = o $>180/110$ mm Hg).

La tensión arterial tiene un ritmo circadiano; tiene un descenso nocturno, seguido de un aumento súbito de la presión al amanecer.

Los adultos normotensos tienen un descenso nocturno de 10-20%, mientras que en los adultos mayores tienen un descenso nocturno disminuido (conocidos como “nondippers”) y la probabilidad de que esto suceda aumenta con la edad, va desde 2.8 veces para el grupo de 30-60 años hasta 5.7 veces para el grupo de 60-80 años.

De acuerdo con el descenso nocturno de la tensión arterial, los pacientes pueden clasificarse como:

- “Dippers”: 70% de los individuos muestran un descenso de la tensión arterial por la noche.
- “Dippers” extremos.
- “Non-dippers”: 30% de los individuos la tensión arterial se mantiene similar al promedio durante el día.
- “Dippers” inversos: la tensión arterial se mantiene similar al promedio durante el día y de vez en cuando se eleva por encima del promedio diurno. Estos pacientes cursan con alto riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad.

El mecanismo por el cual la presión sistólica se incrementa está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, principalmente la aorta. Por esta razón el patrón de HTA predominante en el adulto mayor es la hipertensión sistólica aislada, como se puede observar en la distribución de los tipos de HTA en estudio de Framingham (8), esta forma de hipertensión ocurre en más del 80% de los mayores de 60 años y supera el 90% en los mayores de 80 años (Inlago, 2022).

En el mundo actual la hipertensión arterial una de las enfermedades más comunes que afectan la salud humana, siendo patología y factor de riesgo importante para otras enfermedades, por lo que las estrategias de intervención de salud deben estar dirigidas, a la prevención primaria o de ocurrencia y a la secundaria o de progresión (CONAPO, 2022).

Se han identificado diversos factores de riesgo para hipertensión arterial, clasificándose en modificables y no modificables.

Los factores de riesgo no modificables son: edad avanzada, historia familiar y la raza, de la cual, la raza negra es más común, grave y con mayores complicaciones a órgano blanco, le siguen los hispanoamericanos, asiáticos y blancos (Alberto, et, al. 2021).

Los factores de riesgo modificables son: obesidad, dieta con alto contenido de sodio, consumo de alcohol en exceso, inactividad física, diabetes y dislipidemia, reducción en el número de nefronas, enfermedad renal aguda o crónica, personalidad depresiva o depresión y en algunos estudios poblacionales tipo meta-análisis la

deficiencia de vitamina D también parece estar asociada con un incremento en el riesgo de hipertensión, (Alberto, et. al. 2021).

El envejecimiento acelera el riesgo de presentar hipertensión, ya que en los adultos mayores prevalecen condiciones como obesidad, resistencia a la insulina, inflamación o cambios en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que incrementan el estrés oxidativo, y de esta forma la incidencia de enfermedad cardiovascular (Pant, 2011, Wolk, 2002). La hipertensión en el adulto mayor se asocia a enfermedad vascular cerebral, así como alteraciones en la estructura y función, perfusión y metabolismo cerebral por lo que es frecuente encontrar alteraciones en la función cognoscitiva (Conte, et. al. 2021).

La coexistencia de hipertensión arterial con síndromes geriátricos como fragilidad, depresión y deterioro cognoscitivo genera activación de vías fisiopatológicas comunes como el estrés oxidativo, hipercatabolismo, resistencia a la insulina, deficiencia de vitamina D que lleva a desenlaces adversos como la disminución de la funcionalidad, institucionalización, caídas y muerte (Chen MA, 2015).

La hipertensión arterial constituye un factor de riesgo directo para demencia, algunos estudios hablan también sobre la repercusión sobre la prevalencia de Enfermedad de Alzheimer. La depresión se asocia a enfermedad cardiovascular y a hipertensión, diabetes, sobrepeso y hábitos no saludables como el tabaquismo, consumo de alcohol (Arellano, et. al. 2023).

En adultos mayores predomina la hipertensión sistólica aislada como resultado de la pérdida de elasticidad de los vasos con aterosclerosis progresiva, por lo que la presión sistólica se incrementa, mientras que la presión diastólica tiende a disminuir (Arellano, et. al. 2023).

1.4.1 Complicaciones de la hipertensión arterial

Las complicaciones de la hipertensión arterial se relacionan con el grado de incremento de la tensión arterial y el tiempo de evolución de la enfermedad; la hipertensión sistólica aislada se asocia con riesgo 2 a 4 veces mayor de presentar

infarto al miocardio, hipertrofia ventricular izquierda, disfunción renal y mortalidad cardiovascular (Cruz, 2019).

En los adultos mayores las complicaciones por hipertensión arterial se relacionan con la aparición de síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, fragilidad, polifarmacia, deterioro cognoscitivo y demencia, condiciones que disminuyen la calidad de vida del paciente e incrementan el riesgo de mortalidad. Las complicaciones se verán afectadas por las diversas comorbilidades en el adulto mayor, deterioro asociado al envejecimiento, reacciones adversas a fármacos y síndromes geriátricos (Cruz, 2019).

Según la OMS, las complicaciones más frecuentes de la HTA son: accidente cerebrovascular; angina de pecho; Infarto de miocardio, Insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal; problemas con la memoria o la comprensión; muerte súbita (OMS, 2023).

1.4.2 Tratamiento de la hipertensión arterial

El tratamiento de la hipertensión, al igual que todos los tratamientos debe ajustarse a las necesidades del paciente, a su vida diaria y tener un balance riesgo-beneficio adecuado.

Es indispensable proporcionar información sobre el padecimiento mismo y sus complicaciones, los posibles efectos adversos de los medicamentos y la importancia de apegarse al tratamiento medicamentoso. La información se debe proporcionar de manera comprensible a cerca de dosis exacta, frecuencia de administración y duración del tratamiento. Mantener una buena comunicación es fundamental tener una buena relación médico-paciente, permitiendo al paciente expresar sus dudas y temores sobre su padecimiento y favorece una mayor adherencia terapéutica.

El tratamiento de la hipertensión arterial se realiza de dos formas: Farmacológica y no farmacológica. La parte del tratamiento no farmacológico implica cambios de hábitos en el estilo de vida, que comprende: reducción y mantenimiento del peso; actividad física regular; dieta con alto consumo de vegetales y frutas; dieta baja en grasas restricción de sal; consumo moderado de alcohol.

La GPC (IMSS, 2021), incluye las siguientes recomendaciones: la actividad física en los adultos mayores funcionales se debe de aconsejar actividad física aeróbica 3 a 4 veces por semana por un periodo mayor a 12 semanas. Cada sesión deberá de ser de intensidad de moderada a vigorosa y ser de al menos 40 minutos (IMSS, 2021).

Para pacientes que se encuentran inactivos, se recomienda iniciar de manera lenta y progresiva, en un lugar confortable por 30 minutos al día. Si son incapaces de realizar la actividad por 30 minutos, se sugiere hacer sesiones de 10 a 15 minutos durante el transcurso del día hasta completar los 30 minutos (IMSS, 2021).

En el adulto mayor frágil hipertenso, el ejercicio aeróbico debe de ser moderado, con recomendaciones cuidadosas acerca del equilibrio y la respiración, con pequeños intervalos de movimientos que pueden ser caminar 5 minutos con una frecuencia de 3 veces por semana, con una duración acumulada de 20 minutos antes de incrementarla de acuerdo con la tolerancia. En caso de no poder, se iniciará con ejercicios de resistencia o fortalecimiento, en el caso del adulto mayor se sugiere caminar a paso ligero o actividades de jardinería (IMSS, 2021).

En el segundo punto de la GPC es la dieta, debe ser individualizada de acuerdo con las preferencias del paciente, los requerimientos calóricos adecuados y condiciones médicas concomitantes (Eckel RH, 2014). La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension (Enfoques alimentarios para detener la hipertensión)) es efectiva como terapia de primera línea en el tratamiento de hipertensión arterial, disminuyendo en promedio 11.2 mmHg (146/85 a 134/82 mm Hg) (Moore, 2001).

La dieta DASH hace hincapié en el consumo de vegetales, frutas granos enteros, incluye alimentos bajos en grasas saturadas, grasa total y colesterol; pescados, legumbres, aceites vegetales, nueces; limitando la ingesta de dulces, bebidas azucaradas y carnes rojas; rica en proteínas y fibra, así como magnesio, potasio y calcio. Se recomienda una ingesta diaria de 5 a 6 g de sal al día. La reducción de sodio en el adulto mayor no debe de ser muy estricta dado que hay predisposición a presentar hiponatremia por los cambios asociados a envejecimiento:

- Alteración de la capacidad renal de dilución y de la reabsorción renal de sodio.
- Reducción del agua corporal total.
- Disminución del flujo renal y de la tasa de filtrado glomerular.
- Aumento de la secreción del péptido natriurético auricular y de hormona antidiurética.
- Disminución de la actividad del eje renina angiotensina aldosterona.
- Falta de supresión de la hormona antidiurética en respuesta a estímulos osmóticos o farmacológicos y disminución de la respuesta renal a la hormona antidiurética.

En el siguiente punto considerado es el tabaco y alcohol, se recomienda un consumo moderado de alcohol, no mayor a 20-30g de etanol/día en hombres y no mayor a 10-20g de etanol/día en mujeres (Mancia, 2013). Se aconseja la suspensión del hábito tabáquico a todos los fumadores para la prevención de enfermedad cardiovascular (infarto al miocardio, evento cerebral vascular, enfermedad vascular periférica) (IMSS, 2021).

El cuarto punto el tratamiento farmacológico donde se incluyen los distintos tipos de medicamentos como Inhibidores de la ECA que relajan los vasos sanguíneos y previenen el daño renal, enalapril y el lisinopril. Bloqueantes de los receptores de angiotensina II, losartán y telmisartán. Antagonistas del calcio como el amlodipino y el felodipino. Diuréticos como la hidroclorotiazida y la clortalidona.

En adultos mayores, el tratamiento farmacológico reduce la morbimortalidad cardiovascular, disminuye la incidencia de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular no mortal (IMSS, 2021).

Las metas de tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de 80 años son:

- Mantener la tensión arterial sistólica entre 140-150 mmHg.
- Mantener la tensión arterial diastólica 66-90 mmHg

El tratamiento antihipertensivo de inicio en adultos mayores debe cumplir con las siguientes características:

- Iniciar con un solo fármaco a la menor dosis eficaz.

- Se deberá ajustar gradualmente hasta la dosis máxima sin que se presenten efectos adversos.
- Solo se agregará un segundo antihipertensivo si una vez alcanzada la dosis máxima persiste con descontrol.

Cuando no se alcance el control de las cifras de tensión arterial siempre deben buscarse causas probables antes de agregar un nuevo fármaco al tratamiento y estas incluyen: poca adherencia al tratamiento (polifarmacia), sobrecarga de volumen e interacciones medicamentosas.

Los fármacos considerados como primera línea de tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de 65 años son:

- Diuréticos tiazídicos.
- Bloqueadores de canales de calcio de acción prolongada.
- Inhibidores de la ECA.
- ARA II.

Se excluyen como primera línea de tratamiento los beta-bloqueadores y solo se consideran como adyuvantes en situaciones especiales.

Se recomienda el uso de bloqueadores de los canales de calcio en adultos mayores en las siguientes situaciones:

- Aterosclerosis asintomática.
- Enfermedad arterial coronaria.
- Enfermedad arterial periférica.
- Antecedente o presencia de evento vascular cerebral.
- Demencia vascular acompañante.
- Enfermedad renal en etapa G3a.
- Contraindicación o reacción adversa para otro tipo de fármaco.

En casos en los que se presente edema de miembros inferiores cuando se trate con calcio-antagonistas se recomienda agregar un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un antagonista de receptores de angiotensina II a dosis baja para reducir el edema. Evitar el uso de diuréticos para tratar el edema (IMSS, 2021).

Se recomienda el uso de inhibidores de enzima convertidora de angiotensina/antagonistas del receptor de angiotensina II en adultos mayores en las siguientes situaciones:

- Pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Pacientes con disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo.
- Pacientes con hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- Pacientes que cursen con enfermedad renal sobre todo si se acompaña de microalbuminuria o proteinuria.

El uso de bloqueadores de receptores B- adrenérgicos en el tratamiento de la hipertensión arterial como monoterapia no tiene indicación actual y solo se utilizarán como terapia adyuvante en:

- Pacientes hipertensos con infarto agudo al miocardio.
- Pacientes con cardiopatía isquémica.
- Pacientes con insuficiencia cardiaca estable.

Como último punto de la GPC es el Control, en el cual se recomienda determinar concentraciones de sodio y potasio sérico en adulto mayores tratados con diuréticos tiazídicos al inicio y al mes del tratamiento. Además de monitorizar en adultos mayores que utilizan diuréticos tiazídicos los niveles de: glucosa, ácido úrico, sodio, potasio y lípidos ya que el uso de estos fármacos se ha relacionado a descontrol metabólico hiperuricemia, diabetes de nuevo inicio e hipercolesterolemia.

También, se estima la tasa de filtración glomerular en pacientes bajo tratamiento con diuréticos tiazídicos sobre todo cuando se acompaña de hiperuricemia para ajuste de dosis o suspensión del fármaco

Otra recomendación, es que en aquellos pacientes en los que se utilice como terapia adyuvante el bloqueador de receptores B-adrenérgicos deberán buscarse efectos adversos relacionados al fármaco como:

- Depresión.
- Disfunción sexual.
- Dislipidemia.

- Alteraciones en la glucosa plasmática

Se recomienda la evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores de 80 años para considerar el riesgo/beneficio del inicio del tratamiento antihipertensivo.

Se deben vigilar las cifras de tensión arterial con la finalidad de realizar ajustes en el tratamiento en adultos mayores con deterioro cognoscitivo o demencia cuando se presenten:

- Caídas.
- Síntomas depresivos.
- Hipotensión ortostática.
- Deterioro en las manifestaciones cognoscitivas.
- Deterioro en los síntomas psicológicos y conductuales.

1.5 Teoría de Dorotea Elizabeth Orem

La teoría de Dorotea Elizabeth Orem considera que la enfermería es una acción humana, es el ejercicio de una actividad profesional a personas sanas o enfermas con limitaciones para llevar a cabo el autocuidado o el cuidado dependiente. Desde esta teoría, se define al autocuidado como una función humana que aplica cada persona de forma intencionada y voluntaria para mantener su vida y su estado de salud. El autocuidado es aprendido y aplicado de manera libre y continuada para la satisfacción de necesidades de salud, manipulación de las características de salud o desarrollo de etapas específicas. Del mismo modo, se aplica en la adecuación y utilización de espacios, factores del entorno y consumo de energía. Esta teoría integra tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (Jaramillo, 2019).

Su perspectiva teórica considera al individuo como un ser integral a quien se propician los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo. Conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación y a afrontar,

aceptar y manejar las consecuencias o secuelas de una enfermedad, mediante el establecimiento de relaciones interpersonales de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, respetando en todo momento la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión (Jaramillo, 2019).

Orem define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud de la siguiente manera:

Persona: Organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, simbolizar lo que experimenta y usar ideas o palabras para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros. Concibe al ser humano como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (Jaramillo, 2019).

Salud: Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona (Prado, et. al, 2014). Significa cosas diferentes para la persona en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (Noriega, 2019).

Enfermería: Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar. Es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones

personales (Noriega, 2019). Es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

Entorno: Todos los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Teoría de autocuidado

Orem introduce este concepto al campo de la enfermería en 1969, considerando que el autocuidado es una conducta aprendida, que se manifiesta en situaciones concretas de la vida, desarrollada por las personas y dirigida a sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno.

Según esta teoría, los requisitos de autocuidado son tres:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana (Jaramillo, 2019).

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, madurez y vejez (Jaramillo, 2019).

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. Estos son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Jaramillo, 2019).

La aplicación del modelo de Orem implica considerar los siguientes aspectos (Noriega, 2019)

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Se consideran dos tipos de factores condicionantes básicos: los factores internos y los factores externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, así como al tipo y cantidad de autocuidado requerido

Orem en 1993 identifica diez factores condicionantes básicos: edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos (Jaramillo, 2019).

Inlago y colaboradores (2022) plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Desde la mirada de la teoría del autocuidado de Orem, para el cuidado y control de la hipertensión en adultos mayores se recomienda una serie de actividades, divididas en tratamiento farmacológico y no farmacológico, en el que deberá intervenir el personal de salud, especialmente el personal de enfermería, para lograr el control de la enfermedad y evitar las complicaciones, los cuales sugieren que un cambio en el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial puede hacer que disminuyan los valores de la presión arterial, los cambios a los que se refiere es, reducción de peso, realizar ejercicio físico, disminuir el consumo de sal en la dieta, moderar el consumo del alcohol, abandonar el hábito del tabaco.

La relación de la Teoría de Orem con el tema de adherencia terapéutica del adulto mayor hipertenso es donde establece que los requisitos para el autocuidado son componentes de importancia que forman parte en la valoración del paciente definiéndoles como actividades que el usuario debe realizar para sí mismo, es decir, donde los seres humanos tienen libre voluntad para decidir por un tratamiento y adherirse a él.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incumplimiento terapéutico constituye un problema de salud relevante que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica, teniendo graves afectaciones al paciente, al sistema de salud y a la sociedad en general, entre las que se puede mencionar la disminución de la efectividad del tratamiento, el incremento de los costos de atención, necesidad de un mayor número de análisis de laboratorios innecesarios, ajuste continuo de dosis o medicamentos, requerimientos de rehabilitación, necesidad de atención de urgencia ante las crisis, hospitalizaciones recurrentes, deterioro de la salud del paciente, afectación psicológica emocional en el paciente y su familia e incluso la muerte del paciente (Recalde et,al., 2023).

Dado que el envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la transición demográfica a nivel mundial, la disminución en la tasa de natalidad, así como en la de mortalidad da como resultado el aumento en la esperanza de vida de las personas. Esto impacta en la composición de la población aumentando la de los adultos mayores y con ello el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, como la hipertensión arterial, también conocida como el asesino silencioso por no presentarse los síntomas hasta que aparecen las complicaciones, es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad cardíaca y cerebrovascular que afecta a todo el mundo, por lo que supone un problema de salud pública universal. La eficacia del tratamiento de Hipertensión Arterial ha sido puesta de manifiesto por numerosos ensayos clínicos, pero en la práctica se considera que menos del 50% de los sujetos hipertensos tienen sus cifras de tensión controladas. En relación con este fenómeno, se ha señalado que la principal causa del fracaso terapéutico en el control de la Hipertensión Arterial (HTA) es el incumplimiento del tratamiento o la no adherencia. De ahí que ingresan al hospital por complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial y la causa principal era la falta de adherencia terapéutica.

La prevalencia de hipertensión en México se encuentra entre las más altas, ya que la media mundial oscila en 26.4%. El incremento de adultos mayores hipertensos se ha elevado a una tasa porcentual aproximada del 60%. Se calcula que, en el

futuro dos terceras partes de los hombres y una tercera parte de las mujeres desarrollarán hipertensión al llegar a los 70 años.

Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica del adulto mayor con hipertensión que se atiende en la consulta externa del Hospital Militar de Zona en Cuernavaca Mor?

3. JUSTIFICACIÓN

La adherencia a la medicación antihipertensiva aumenta los beneficios que aporta la farmacoterapia y está relacionada con una disminución del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Además, puede tener consecuencias importantes en tres aspectos básicos y fundamentales: calidad de vida del paciente, resultados clínicos obtenidos y costos para el sistema sanitario y la sociedad.

Es importante distinguir el nivel de adherencia terapéutica en personas mayores de 60 años hipertensos, dado que una importante proporción de la población padece esta enfermedad y el identificar los factores asociados a la falta de adherencia permitirá definir nuevas formas de abordaje y control a estos pacientes, intentando eliminar o disminuir estos factores, evitando complicaciones en el paciente que lo pueden conducir a invalidez o una mayor dependencia, elevación de los costos de atención, incremento de la atención de urgencias, polifarmacia y muerte prematura, por lo que se realizó un estudio en el Hospital Militar de Zona en la ciudad de Cuernavaca Morelos a través del cuestionario de Morisky en adultos mayores hipertensos con la finalidad de brindar al personal médico y de enfermería evidencia científica para incrementar la adherencia al tratamiento y disminuir así los riesgos de posibles complicaciones, los costos de atención y el riesgo de morir de estos pacientes.

La presente investigación se realizó teniendo como base la teoría del autocuidado de Orem para distinguir los niveles de adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. De esta forma, se examinan los factores, externos que pueden representar riesgos para el déficit de autocuidado. Se recabaron datos sobre los problemas en la adherencia al tratamiento y la valoración del conocimiento, relación con su médico y comprensión de la enfermedad. Mediante el análisis se buscó definir el nivel de autocuidado, dando así la base para el proceso de intervención de enfermería. Posteriormente los resultados de esta investigación permitirán diseñar y planificar la forma de incrementar la adherencia al tratamiento de la hipertensión, disminuyendo así el riesgo de complicaciones cardiovasculares e incluso la muerte.

La aplicación del conocimiento generado facilitará las modificaciones al sistema de acción de enfermería contando con la participación del paciente y sus cuidadores.

4. OBJETIVOS

4.1 General

Examinar el nivel de adherencia terapéutica del adulto mayor con hipertensión que se atiende en la consulta externa del Hospital Militar de Zona en Cuernavaca Mor., durante el periodo de abril a junio del 2022.

4.2 Específicos:

- Identificar los comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos.
- Describir los aspectos relacionados con la atención médica que reciben los adultos mayores.

5. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Militar de Zona de Cuernavaca Mor. Se seleccionaron 99 participantes mediante muestreo aleatorio no probabilístico a conveniencia.

5.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Mayores de 60 años
- Militares activos, en situación de retiro y derechohabientes ambos sexos
- Independientes
- Que sepan leer y escribir
- No institucionalizadas
- De 6 meses o más con hipertensión
- Que acepten participar
- Que acudan a la consulta externa

Criterios de Exclusión

- Que no se consideren en el criterio anterior
- Discapacidad física y/o mental

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos
- Personas que se retiren en cualquier momento.

5.2 Obtención de la información

Una vez obtenido el permiso para realizar la investigación, se acudió al área de consulta externa donde se encuentra ubicado el consultorio de Medicina Interna y así mismo un cubículo para llevar a cabo las actividades y con el apoyo del personal de trabajo social se identificaron a los pacientes que cumplían los criterios de selección, los cuales fueron abordados de manera individual y personal para invitarlos a participar. Individualmente se le explicó los fines de investigación, si

estaban de acuerdo se les condujo al cubículo asignado y se les otorgó el consentimiento informado para su lectura, asegurando que cada participante hubiera comprendido la información. Se les solicitó que explicaran el contenido del documento para observar el grado de comprensión de la información presentada. Una vez que se hubo confirmado la comprensión de la misma, se procedió a recopilar las firmas del consentimiento del paciente y de los testigos, procediendo a la entrega del instrumento de evaluación de esta investigación.

Instrumento de recolección

Se utilizó la Escala de Morisky de 8 ítems (Morisky Medication Adherence Scale) (MMAS-8), mediante una entrevista personalizada al paciente. Este instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0.83 (Rodríguez, et.al 2020) siendo confiable significativamente. De acuerdo con el puntaje obtenido, clasifica a los sujetos en tres niveles: alta, media o baja adherencia (Roig,2022).

Para valorar la adherencia terapéutica se utilizó la Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8) que mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos. Consta de siete preguntas dicotómicas, y una pregunta en escala de tipo Likert. (Anexo 1). La escala ha sido validada en países como Brasil, Francia, Chile y Estados Unidos en pacientes hipertensos, así como con una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas

La sensibilidad de la escala MMAS-8 permite detectar a pacientes no adherentes. Su especificidad indica que es detectada moderadamente a los pacientes que cumplen con las indicaciones relacionadas con la ingesta de medicamentos.

Los coeficientes de probabilidades describen a esta prueba, en donde la clasificación de los pacientes como "no adherentes" es dos veces más probable en pacientes descompensados que en pacientes compensados (Valencia, 2017).

La adherencia al tratamiento generalmente se expresa como una variable dicotómica (adherente o no adherente) o bien como porcentaje en función de las dosis tomadas de la medicación prescrita durante un periodo de tiempo de

terminado (de 0% a $\geq 100\%$). Se clasifica de acuerdo con el puntaje obtenido: Alta adherencia cuando se obtienen 8 puntos, media si se obtienen de 6.1 a 7 puntos y baja con 6 puntos o menos.

5.3 Análisis de la información

Toda la información obtenida fue codificada y capturada en una base de Excel y transformada para su análisis en Stata 14®. Se obtuvieron medidas de frecuencia: simples y relativas de cada variable. Se realizó análisis bivariado comparando cada una de las variables con cada nivel. El nivel de adherencia se estableció al realizar la sumatoria de todos los ítems de la encuesta de Morisky 8 ítems (MMAS-8). De acuerdo con los parámetros del mismo instrumento, se otorgó un punto cuando el participante respondió NO y cero puntos cuando respondió SI en los ítems 1,2,3,4,6 y 7. El Ítem no. 5 se ponderó de manera inversa, cero puntos cuando la respuesta fue NO y un punto si la respuesta fue SI. El ítem 8 se calificó de acuerdo con la escala Likert de la siguiente manera: 1 punto si la respuesta fue Nunca/Casi nunca; 0.75 cuando la respuesta fue Rara vez; 0.5 cuando la respuesta fue Algunas veces y .25 si la respuesta fue Habitualmente/Siempre. Se consideraron 3 niveles de adherencia: alta con un puntaje total de 8; media con un puntaje de 6 a 7.9 y baja con un puntaje menor a 6.

En el siguiente apartado se realiza el cuadro de operacionalización de variables, el cual es un proceso del enfoque cuantitativo debido a que las variables deben ser susceptibles a ser observadas y medidas para una mejor comprensión. Anexo 2

5.4 Consideraciones éticas

La presente tesis tiene su fundamentación legal en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (LGS). El 7 de febrero de 1984 fue Publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1º de julio del mismo año, donde se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios

de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General.

El Artículo 3º menciona que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al:

- a) Conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social
- c) A la prevención y control de los problemas de salud
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud
- f) A la producción de insumos para la salud.

El Artículo 13º establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El Artículo 14º se menciona las bases conforme deberá realizarse la investigación en seres humanos:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c) Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles de investigación o su representante legal.
- e) Deberá ser realizada por profesionales de la salud tales como: Médicos, odontólogos, médico veterinario, biólogos, enfermeros, trabajador social, químicos, psicólogos, nutriólogos, que cuenten con título profesional o certificado de

especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

f) Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, Ética y la de Bioseguridad.

g) Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

El Artículo 16° menciona que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Con base en el Artículo 17 se considera este estudio de investigación sin riesgo, pues no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

El Artículo 18° establece que el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

El estudio se realizó bajo consentimiento informado (Anexo 3), autorizado y bajo confidencialidad de los adultos mayores participantes

Esta tesis se basa en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en documento Helsinki en el 2000, en el título 2° de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo 1° Artículos del 13° al 27° y en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y en los principios de: Autonomía, beneficencia, confidencialidad, justicia, y no maleficencia que se describen a continuación.

AUTONOMÍA: Se respetará la dignidad humana, creencias, su libertad para decidir y elegir si desean participar o no en la investigación por medio del consentimiento informado en el que constara por escrito.

BENEFICENCIA: Se informará a los participantes el objetivo de la investigación en beneficio del personal médico.

CONFIDENCIALIDAD: Se garantizará que la información recabada de manejar solo por el investigador de forma discreta y segura, no se incluirá el nombre ni otros datos que se relacionen con la persona participante.

JUSTICIA: Se dará equidad en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de persona, todas las enfermeras que cumplen con los criterios de inclusión son elegibles.

NO MALEFICENCIA: En este estudio se previó que no hubo riesgo para el participante, se procuró en todo momento hacer el bien ya que se manejaron aspectos de la persona los cuales fueron manejados con la mayor cautela de discreción.

La realización de tesis para la salud debe mantener aspectos éticos, que garanticen la dignidad y el bienestar del investigado, se debe proteger ante todo la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

6. RESULTADOS

Se incluyó en el estudio un total de 99 adultos mayores, 33% corresponden al sexo masculino. La media de edad en toda la muestra fue de 68 años con una desviación estándar de 8.7. Entre los hombres, la media fue de 70.3 años y entre las mujeres de 68.8. La escolaridad prevaleciente fue de nivel bachillerato (26.26%) y técnico (21.21%). 75% de los participantes son derechohabientes de la SEDENA. 70% se encuentran casados. 55.56% se encuentran laborando; 64.65% consumen más de tres medicamentos cada 24 horas. 79.8% vive acompañado, ya sea con pareja, con hijos, o ambos. Para casi la totalidad de los participantes, la red de apoyo con que cuenta es la familia (98.99%). Posteriormente se encuentra la tabla No. 1.

Tabla No. 1. Características sociodemográficas de los Adultos Mayores.

Característica		n	%
Sexo	Hombre	33	33.33
	Mujer	66	66.67
Edad	60-69	57	57.58
	70-79	25	25.25
	80-89	17	17.17
Escolaridad	Primaria	16	16.16
	Secundaria	18	18.18
	Bachillerato	26	26.26
	Técnico	21	21.21
	Universitario	18	18.18
	Posgrado	0	0
Derechohabiencia	Ninguno	0	0
	Militar	24	24.24
Estado civil	Derechohabiente	75	75.76
	Casado	70	70.71
Ocupación	Soltero	29	29.29
	Empleado	55	55.56
	Desempleado	20	20.20
	Retirado	18	18.18
Polifarmacia	Pensionado	6	6.06
	Menos de 3	35	35.35
Vive acompañado	Más de 3	64	64.65
	Solo	20	20.20
Redes de apoyo	Acompañado	79.80	79.80
	Familia	98	98.99
	Amigos	0	0
	Grupo social	1	1.01
	Grupo hospitalario	0	0

Fuente: Datos obtenidos de la base del autor

Se exploró sobre aspectos relacionados con la atención médica que reciben los adultos mayores, obteniendo que la mayoría (65.66%) considera que la comunicación con el médico que le atiende es buena; el 100% dijo que le han explicado que es la hipertensión arterial; 96.97% dijo que ha recibido información sobre la utilidad de cada uno de los medicamentos que consume y conocer los riesgos y complicaciones de la hipertensión arterial. En la siguiente tabla No. 2 se muestran los siguientes aspectos:

Tabla No. 2. Aspectos relacionados con la Atención Médica recibida por los adultos mayores

Aspecto		n	%
Comunicación con su médico	Excelente	16	16.16
	Buena	65	65.66
	Regular	18	18.18
	Mala	0	0
Le han explicado que es la hipertensión arterial	Si	99	100
	No	0	0
Le han explicado para que sirve cada medicamento	Si	96	96.97
	No	3	3.03
Conoce los riesgos y/o complicaciones de la hipertensión arterial	Si	96	96.97
	No	3	3.03

Fuente: Datos obtenidos de la base del autor

Los resultados de la escala de Morisky fluctuaron entre 0.5 a 7 puntos; siendo de mayor frecuencia 7 puntos con un 22.2%, se muestran en la tabla No. 3.

Tabla No. 3. Puntaje obtenido en la Escala de Morisky

Puntaje total	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
.5	1	1.01	1.01
1.5	1	1.01	2.02
2.25	1	1.01	3.03
2.5	3	3.03	6.06
2.75	4	4.04	10.10
3	2	2.02	12.12
3.75	9	9.09	21.21
4	4	4.04	25.25
4.5	2	2.02	27.27
4.75	10	10.10	37.37
5	1	1.01	38.38
5.5	1	1.01	39.39
5.75	13	13.13	52.53
6	18	18.18	70.71
6.75	7	7.07	77.78
7	22	22.22	100.00
8	0	0	100.00

Fuente: Datos obtenidos de la base del autor

De acuerdo con la escala establecida, se obtuvo que la adherencia al tratamiento fue baja (menos de 6 puntos) en un 52.53%; media (de 6 a 7 puntos) en 47.47% y alta (de 7.1 a 8 puntos) 0%. A continuación, se muestra en la tabla No. 4

Tabla No. 4. Nivel de adherencia al tratamiento de los adultos mayores

Nivel de adherencia	Numero	Porcentaje
Baja	52	52.53
Media	47	47.47
Alta	0	0
Total	99	100

Fuente: Datos obtenidos de la base del autor

De las preguntas incluidas en el test se observó que las que tuvieron un mayor porcentaje de respuestas no favorables fueron el olvidar alguna vez tomar el medicamento (35.35%); olvidar tomar el medicamento en las últimas dos semanas (25.25%); olvidar llevar la medicina cuando viaja (46.46%) y sentirse presionado por seguir el tratamiento (83.84%). 14.14% dijo suspender el tratamiento cuando siente que la presión arterial está bajo control y el 15.15% ha reducido la dosis o ha dejado de tomar el medicamento sin comunicárselo a su médico por los efectos secundarios del medicamento. El 47.47% de los participantes dijo tener dificultades habitualmente para recordar tomar todas sus medicinas, como se observa en la tabla No. 5.

Tabla No. 5. Control de Medicación

PREGUNTA	SI= 0 puntos		NO= 1 punto	
	n	%	n	%
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	35	35.35	64	64.65
2. En las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	25	25.25	74	74.75
3 ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decirselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	15	15.15	84	84.85
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	46	46.46	53	53.54
*5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	96	96.97	3	3.03
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	14	14.14	85	85.86
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	83	83.84	16	16.16

8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/ Casi nunca		Rara vez		Algunas veces		Habitualmente / Siempre	
	1	1.01	8	8.08	43	43.4	47	47.4

Fuente: Datos obtenidos de la base del autor *Inversión de puntaje

Los adultos mayores que tuvieron una adherencia baja manifestaron el olvido en diferentes condiciones en un porcentaje mayor a los que tuvieron una adherencia media. Así mismo, un mayor porcentaje de los que tuvieron adherencia baja dijo tener dificultades habitualmente para recordar tomar todas sus medicinas, se observa en la tabla No. 6.

Tabla No. 6 Nivel de Adherencia

Ítems	Nivel de Adherencia			Total
	Baja	Media	Alta	
1. Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial	91.43	8.57	0	100%
2. En las últimas dos semanas, hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial	96.00	4.00	0	100%
3. Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla	93.33	6.67	0	100%
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez	71.74	28.26	0	100%
5. Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer	0.00	100.00	0	100%
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, deja a veces de tomar su medicina	85.71	14.29	0	100%
7. Se siente alguna vez presionado/a por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial	93.75	6.25	0	100%
8. Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas				
Nunca/Casi nunca	0	100	0	100%
Rara vez	0	100	0	100%
Algunas veces	16.28	83.72	0	100%
Habitualmente/ Siempre	85.11	14.89	0	100%

Fuente: Datos obtenidos de la base del autor

El análisis bivariado evidenció que el nivel de adherencia baja fue mayor entre el sexo femenino (56.06%); con edad entre 60 y 69 años; con estudios de bachillerato; los que se encuentran casados; los que se encuentran retirados, los que consumen tres medicamentos o menos al día y los que viven acompañados por algún familiar. Respecto a la relación con su médico, los que dijeron tener una excelente comunicación fueron quienes tuvieron una adherencia baja. Todos los participantes reportaron que les habían explicado que es la HTA, y casi la totalidad de adultos

mayores dijeron que les explicaron para qué sirve cada medicamento, así como los riesgos de la HTA. De los participantes a quienes no se les explicó la utilidad de los medicamentos, el mayor porcentaje tuvo un nivel de adherencia mayor, del mismo modo que aquellos que dijeron no saber los riesgos de la HTA. Se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla No. 7 Nivel de adherencia de acuerdo con las características sociodemográficas

CARACTERISTICA	NIVEL DE ADHERENCIA	
	BAJA	MEDIA
SEXO		
Hombre	45.45	54.55
Mujer	56.06	43.94
GRUPO DE EDAD		
60 a 69 años	57.89	42.11
70 a 79 años	52.00	48.00
80 y más	35.29	64.71
ESCOLARIDAD		
Primaria	50.00	50.00
Secundaria	33.33	66.67
Bachillerato	65.38	34.62
Técnico	52.38	47.62
Licenciatura	55.56	44.44
DERECHOHABIENCIA		
Militar	62.50	37.50
DH	49.33	50.67
ESTADO CIVIL		
Soltero	41.38	58.62
Casado	57.14	42.86
OCUPACION		
Empleado	54.55	45.45
Desempleado	35.00	65.00
Retirado	66.67	33.33
Pensionado	50.00	50.00
POLIFARMACIA		
3 medicamentos o menos al día	54.29	45.71
Mas de 3 medicamentos	51.56	48.44
VIVE CON		
Vive Solo	50.00	50.00
Vive acompañado	53.16	46.84
REDES DE APOYO		
Familia	52.04	47.96
Grupo de apoyo	100.00	0.00
COMUNICACIÓN CON SU MEDICO		
Regular	61.11	38.89
Buena	52.31	47.69
Excelente	43.75	56.25
LE EXPLICARON QUE ES LA HTA		
Si	52.53	47.47
No	0	0
LE EXPLICARON CADA MEDICAMENTO QUE TOMA		
No	66.67	33.33
Si	52.08	47.92
CONOCE LOS RIESGOS DE LA HTA		
No	33.33	66.67
Si	53.13	46.88

Fuente: Datos obtenidos de la base del autor

7. DISCUSIÓN

El grupo de edad que tuvo una mayor proporción de adherencia media fue el de más de 80 años, lo que pudiera deberse a que tienen un mayor tiempo consumiendo medicamentos, lo que facilita que la persona recuerde más ingerir sus dosis. Por el contrario, el grupo que presentó una adherencia baja es la de 60 a 69 años. Esta proporción de adultos mayores refieren olvidar aspectos relacionados con la ingesta del medicamento, lo que pudiera obedecer a que tienen poco tiempo de haber sido diagnosticados o a la creencia de que debido a su edad tienen menor riesgo de sufrir complicaciones o morir (Ortega, 2018).

La totalidad de los participantes dijo haber sido informado sobre que es la HTA y una gran proporción sobre las complicaciones de la HTA y la razón de consumir los medicamentos indicados, sin embargo, es necesario determinar si han comprendido todo lo que les han informado.

Los resultados de la frecuencia de baja adherencia difieren de los encontrados por otros autores como Weinman u Ortega (2018) que han utilizado el mismo instrumento y que encontraron solo un 30% de adherencia baja, sin embargo, la causa de la no adherencia es la misma, los factores relacionados con la memoria, situación entendible por el deterioro mental del adulto mayor. La totalidad de los participantes están informados sobre la hipertensión arterial, por lo que no fue posible hacer comparaciones entre grupos con diferentes niveles de conocimiento y comprobar los hallazgos de Rodríguez y cols., (2021).

La situación de los participantes es muy similar al de Rodríguez y cols., (2021), dado que todos son militares y derechohabientes de los mismos, lo que impidió hacer diferencias de acuerdo con los factores socioeconómicos.

8. CONCLUSIONES

El nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de más de 60 años atendidos en la consulta externa del Hospital Militar de Zona en Cuernavaca Mor., fue baja en una mayor proporción de 52.53 % y media en 47.47%. Ninguno de los participantes tiene un nivel de adherencia alto.

Los resultados muestran que el factor que mayormente se relacionó con el nivel bajo de adherencia al tratamiento fue el olvido, que se puede categorizar dentro de la amnesia disociativa definida como la pérdida de memoria que produce una incapacidad para recordar información personal importante. Los adultos mayores presentan dificultad para recordar, especialmente en lo que respecta a la memoria a corto plazo, lo que afecta la posibilidad de recordar ingerir el medicamento para la hipertensión arterial, más aún, si se considera que la mayoría de los adultos mayores suelen tener que consumir una gran cantidad de medicamentos de manera rutinaria debido a la existencia de enfermedades crónico-degenerativas.

En una proporción de 83.84% menciona que se siente presionado por seguir el tratamiento antihipertensivo, sin indicar de quien sienten esa presión, si es por familiares, por el médico o por otras personas.

Los adultos mayores toman la decisión de no cumplir con el tratamiento antihipertensivo para evitar los efectos secundarios del mismo y no le notifica al médico de su decisión. Otro de los motivos que orillan a los adultos mayores a suspender el tratamiento es percibir que su presión arterial está controlada, haciéndolos sentir que su enfermedad ya se ha curado y no necesitan más el medicamento.

De los aspectos económicos, sociales y familiares estudiados en esta investigación se encontró relación del nivel de adherencia bajo con características como el sexo del paciente, la edad y su ocupación. De los participantes del estudio, la gran mayoría refirió haber recibido información sobre la HTA, la medicación recomendada y las complicaciones de esta, por lo que las diferencias que estas características mostraron no son relevantes. Ninguno de los participantes refirió mala comunicación con su médico, siendo de regular a buena en su mayoría. Ni la

comunicación con su médico ni las explicaciones sobre la HTA, sus complicaciones y los medicamentos mostraron estar relacionadas con la baja adherencia. Casi dos terceras partes de los participantes refirieron ingerir más de tres medicamentos al día, sin que esto se relacionara con el nivel bajo de adherencia al tratamiento.

Es recomendable complementar esta escala con preguntas que permitan una evaluación más amplia de los factores estudiados, que permitan evaluar la cantidad y calidad de información que tienen los pacientes, la forma en que influyen las creencias y otros aspectos subjetivos en la adherencia al tratamiento.

Los profesionales de enfermería deben prestar atención a los recordatorios para ingerir los medicamentos y buscar la manera de estimular la memoria de los adultos mayores, evitando el deterioro mental que afecta de manera directa su comportamiento, su estilo de vida y su autocuidado.

9. RECOMENDACIONES

Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr un máximo beneficio.

Para el paciente y familiares.

El olvido es un factor relevante en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, por lo que es necesario el diseño e implementación de estrategias que permitan al adulto mayor recordar la hora y dosis del medicamento, así mismo ejercitar su memoria para mejorar el apego a este. Una de las estrategias es la colocación de alarmas, otra es la asociación con eventos rutinarios, otra es por colores de cajas de medicamentos, por mencionar algunas.

Es importante involucrar a los familiares o cuidadores sobre el cuidado y tratamiento que lleva el adulto mayor sobre horario, dosis y vía de cada medicamento que debe tomar, así como los efectos secundarios y riesgos del abandono del tratamiento o de su alteración o suspensión.

Para el personal de enfermería o de salud.

Recomendar a los profesionales de enfermería promociónen el autocuidado, sustentado dentro de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem para fortalecer intervenciones propias de la disciplina.

Es importante conocer al paciente, así como los familiares o cuidadores para enfatizar sobre la responsabilidad su tratamiento en la toma del medicamento en la dosis, vía y hora indicada, explicando los factores de riesgo que conlleva el no apegarse a él, esto es de forma individual, para retroalimentar en caso necesario.

Para la institución de salud

En el departamento de Farmacia es necesario elaborar una cédula electrónica para el control de los medicamentos de cada paciente; así mismo para el paciente o familiar/cuidador, diseñar un dispositivo electrónico que permita recordar la hora, dosis y vía de cada medicamento indicado por el médico.

Como investigadora y egresada de maestra

Hacer grupos de autoayuda dirigidos por el personal de enfermería e integrados por pacientes y familiares en donde se explique todo lo relacionado a la hipertensión arterial como: causas, síntomas, tratamiento y complicaciones, así como la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento, dudas y temores; además de compartir experiencias y vivencias.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alberto, M. R., Odalys, R. C., & Ricardo Lázaro, G. C. (2021, September). Factores de riesgo modificables asociados a la Hipertensión Arterial en un Consultorio de Morón. In I Jornada Virtual de Medicina Familiar en Ciego de Ávila.
- Arcau, A. O., Ugarte, I. M., Giménez, A. M., Moreno, S. G., Colás, A. F., & Zarazaga, J. G. (2021). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años por nivel socioeconómico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 50.
- Arellano-Navarro, C. E., Pérez-García, C. C., Martínez Gallardo, L., León del Ángel, K. G., & Arriaga-García Rendón, J. P. (2023). Hipertensión arterial sistémica en el paciente geriátrico. *Medicina Interna de México*, 39(1).
- Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Flores-Coria, A., Gómez-Álvarez, E., & Barquera, S. (2019). Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. *Resultados de la Ensanut 100k. salud pública de México*, 61(6), 888-897.
- Consejo Nacional de Población CONAPO. (02 de junio de 2022). Envejecimiento de la población en México. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/envejecimiento-en-mexico?idiom=es>
- Conte, E, Morales, Y, Niño, C, Zamorano, C, Benavides, M, Donato, M, Llorach, C, Gómez, B, & Toro, J. (2020). La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL* , 30(4), 313-323. Epub 25 de mayo de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000400011>
- Cruz-Aranda, J. E. (2019). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina interna de México*, 35(4), 515-524.
- Cuadro de datos de la población mundial. (2022). Population Reference Bureau.
- Díaz Saldaña, M. M., & Infante Sánchez, E. H. (2020). Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado-programa adulto mayor.
- ECURED (2019) Envejecimiento de la población mundial. Disponible en: http://www.ecured.cu/Envejecimiento_de_la_poblaci%C3%B3n_mundial

- Elliott Asencios, R. C. (2022). Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial casa del adulto mayor Magdalena del Mar noviembre 2021.
- Franco Bonal, A., Silva Valido, J., Soto Martínez, O., & Franco Bonal, A. (2018). Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Revista Información Científica*, 97(6), 1124-1134. Recuperado de <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2141>
- González BY, Cardoso AE, Carbonell NA. (2019) Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. *RIC.*;98(2):146-156.
- Harrison. *Principios de Medicina Interna*. (2019) Vol. 1 y 2. Ed. McGraw-Hill. 20ª Edición
- Inlago Bonilla, D. C. (2022). Autocuidado en pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, en medicina interna del Hospital General Marco Vinicio Iza— 2022 (Bachelor's thesis).
- Jaramillo Caranqui, M. F. (2019). Autocuidado de pacientes hipertensos, enfocado en la teoría de Dorothea Orem, Hospital Delfina Torres de Concha, 2019 (Bachelor's thesis).
- López-Torres López, J., Blázquez Abellán, G., López-Torres Hidalgo, M. R., Milián García, R. M., & López Martínez, C. (2020). Evaluación de la satisfacción con el tratamiento farmacológico en personas con hipertensión arterial. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201910080.
- Martínez de Murga García, Gustavo, Sujo Sit, Maritza, & Estévez Perera, Abel. (2020). Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(1), e982. Epub 01 de marzo de 2020. Recuperado en 30 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000100002&lng=es&tlng=es.
- Noriega López, W. D., & Torres Rodríguez, Y. A. (2019). Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores hospitalizados-Cartagena 2019.
- OMS, (2023) Hipertensión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20puede%20tambi%C3%A9n%20causar,que%20generen%20una%20insuficiencia%20renal>.
- Ortega Cerda, José Juan, Sánchez Herrera, Diana, Rodríguez Miranda, Óscar Adrián, & Ortega Legaspi, Juan Manuel. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. Recuperado en 30 de marzo de 2023, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.

Pallarés-Carratalá, V., Garrote, J. D., Díaz, M. P., Matarín, L. G., Vicente, M. S., Escribano, F. M., ... & Molinero, A. V. (2019). Posicionamiento para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria a partir del análisis crítico de las guías americana (2017) y europea (2018). Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Medicina de Familia. SEMERGEN, 45(4), 251-272.

Paquirachi Julca, L. E., & Rengifo Paredes, D. M. (2023). Factores Determinantes Asociados a la Adherencia Terapéutica en Pacientes con Hipertensión Arterial Atendidos en el Hospital II Essalud Pucallpa, 2022.

Pons Barrera, E., Afonso de León, J. A., & Ruau Alderete, M. C. (2019). Control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria reduce la cardiopatía isquémica. Objetivo alcanzable. Revista Médica Electrónica, 41(1), 232-238.

Recalde Mello, L., Argüello Batista, V., Báez Morínigo, P. E., Benítez Florentín, C. D., Cubelli Alvarenga, M. J., Jara Cabrera, N. M., ... & Paniagua Fariña, A. A. (2023). Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, 10(1), 11-19.

Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Rodríguez Pérez A, Batanero Hernán C, Pérez Merino
Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. Pharm Care Esp. 2020; 22(3): 148-172

Rodríguez-Vargas, Malvin, Rodríguez-Ricardo, Annalié, Almaguer-Mederos, Luis Enrique, & Saenz-Pérez, Camilo. (2022). Validez y confiabilidad de dos instrumentos para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes quemados. Revista Archivo Médico de Camagüey, 26, e8420. Epub 05 de junio de 2022. Recuperado en 30 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100039&lng=es&tlng=es.

Rodríguez-Venegas, Elia de la Caridad, Denis-Piedra, Daniel Alejandro, Ávila-Cabreja, José Alejandro, & Hernández-García, Omar Luis. (2021). Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral, 37(4), e1477. Epub 01 de febrero de 2022. Recuperado en 01 de abril de 2023, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400003&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400003&lng=es&tlng=es)

- Roig Montesinos, G. (2022). Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico psiquiátrico atendidos por teleconsulta: validación de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky ocho ítems (MMAS-8).
- Rubio-Guerra, Alberto Francisco. (2018). Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta?. *Medicina interna de México*, 34(2), 299-303. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.2015>
- Sánchez Garrido, F. D. M. (2019). Efectividad de los programas de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento y autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas.
- Sánchez-Pérez, H., Ramírez-Rosillo, F. J., & Carrillo-Esper, R. (2022). Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el perioperatorio. *Revista mexicana de anestesiología*, 45(1), 40-47.
- Secretaría de Salud. (2022) En México, más de 30 millones de personas padecen hipertensión arterial: Secretaría de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-30-millones-de-personas-padecen-hipertension-arterial-secretaria-de-salud?idiom=es>
- Solís, Aicardo, Bergonzoli-Peláez, Gustavo, & Contreras-Rengifo, Adolfo. (2022). Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. *Universidad y Salud*, 24(1), 95-101. Epub December 20, 2021. <https://doi.org/10.22267/rus.222401.261>

Anexo 1

Test adherencia terapéutica de Morisky

Número de folio _____

Instrucciones de llenado: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque con una X en cada uno del recuadro seleccionado por usted.

	SI	NO
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para tratar su hipertensión arterial?		
2. La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no tomó su medicamento?		
3. ¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?		
4. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?		
5. Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?		
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento?		
7. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?		
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?	Nunca/casi nunca	
	Rara vez	
	Algunas veces	
	Habitualmente	
	Siempre	

Anexo 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA (PUNTOS)
ADHERENCIA	La (OMS) define como el cumplimiento de este, es decir tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del tratamiento prescrito.	Dependiente Dicotómica	Alta= 8 Media= 6 - 7 Baja= 5 o menos
SEXO	Es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Independiente Dicotómica	Hombre=1 Mujer= 2
EDAD	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual de la persona.	Independiente Politémica	60-69=1 70-79=2 80-89=3 90 o más =4
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Independiente Politémica	Primaria= 0 Secundaria= 1 Bachillerato= 2 Técnico= 3 Universitario= 4 Posgrado= 5 Ninguno= 6
Derechohabencia	Es el derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones de salud públicas y/o privadas, como resultado de una prestación laboral.	Independiente Dicotómica	Militar=1 Derechohabiente=2
Estado Civil	Conjunto de cualidades que distinguen al individuo de la sociedad y en la familia.	Independiente Dicotómica	Casado=0 Soltero=1
Ocupación	Se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Independiente Politémica	Empleado=1 Desempleado= 2 Jubilado= 3
Polifarmacia	La OMS define como un "síndrome geriátrico que envuelve el uso concurrente de tres o más fármacos".	Independiente Dicotómica	Menos de 3= NO Más de 3= SI
Vive con	Vivir con una o más personas habitualmente en la misma casa.	Independiente Dicotómica	Solo=1 Acompañado=2
Redes de apoyo	Es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien. La idea suele referirse a un conjunto de organizaciones o entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con alguna causa	Independiente Politémica	Familia= 1 Amigos= 2 Gpo social= 3 Gpo hospitalario= 4
Comunicación con su médico	Competencia nuclear para dilucidar los síntomas del paciente, sus problemas y preocupaciones y se sabe que facilita la promoción de la salud y el apego al tratamiento	Independiente cualitativa politémica	Excelente=3 Buena=2 Regular=1 Mala=0
Le explican que es la hipertensión art.	Comprender el concepto de hipertensión arterial, causas e importancia del tratamiento	Independiente Dicotómica	Si=1 No=0
Le explican para que sirven los medicamentos	Comprender el efecto de cada medicamento prescrito y la importancia de no interrumpir su ingesta ni modificar los horarios ni dosis.	Independiente Dicotómica	Si=1 No=0
Conoce los riesgos y/o complicaciones	Identificar y comprender las complicaciones y riesgos de no apegarse al tratamiento	Independiente Dicotómica	Si=1 No=0

Anexo 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS MAYORES

Título del proyecto: “ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN”

Objetivo General del proyecto o Tesis: Distinguir el nivel de adherencia terapéutica del adulto mayor con hipertensión que se atiende en la consulta externa del Hospital Militar de Zona en Cuernavaca Mor., durante el periodo de abril a junio del 2022

Estimado Sr/Sra.

Descripción /Objetivo:

La Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, en colaboración con el Hospital Militar de Zona de Cuernavaca Morelos, están realizando un estudio con adultos mayores hipertensos a fin de distinguir el nivel de adherencia terapéutica del adulto mayor hipertenso. El estudio se realizará en Hospital Militar de Zona en el cual usted es derechohabiente. Con este estudio se pretende obtener información relevante que ayude a mejorar el cuidado de los adultos mayores ante dicha enfermedad con el fin de generar estrategias de orientación para mejorar sus condiciones de salud.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio ocurrirá lo siguiente:

Se le pedirá que conteste un cuestionario que contienen preguntas relacionadas con la ingesta de sus medicamentos. El tiempo que le tomara contestar este cuestionario es de 10 minutos, para ello se le citará en el área de consulta externa del hospital y los cuestionarios serán aplicados por la E.E. Enfermera Teresa Ojeda Chacón quien está realizando su tesis de Maestría en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Confidencialidad:

Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter confidencial, será utilizada únicamente por la estudiante responsable y no estará disponible para ningún otro propósito. Para fines de la publicación de la tesis, usted quedará identificado(a) con un número, nunca con su nombre, de tal manera que usted NO podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales/Compensación.

No existe ningún riesgo, ya que los cuestionarios no contienen preguntas sensibles. Usted debe de saber que no recibirá ninguna compensación económica por su participación, sin embargo, podrá ganar conocimiento en el tema del cuidado para su salud.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria y usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier

momento, aun cuando haya dado su consentimiento. Es importante que sepa que su decisión de no participar en este estudio, de ninguna manera afectará su atención que viene recibiendo en este hospital.

Contacto:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la E.E. Teresa Ojeda Chacón, responsable del proyecto, al siguiente número de teléfono (7772207401) en un horario de 8:00-13:00 y correo teresa.ojeda@uaem.mx. Directora de Tesis Dra. Edith Ruth Arizmendi Jaime teléfono (7772321099) en un horario de 09:00-13:00 y correo earizmendi@uaem.mx

Consentimiento para su participación en el estudio

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento informado.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, junio 06 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **OJEDA CHACÓN TARESA**, con matrícula **10010035**, con el título **ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Dra. Claudia Rodríguez Leana
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA | Fecha:2023-06-13 11:10:26 | Firmante

eE17JZnF3diskYQFeth4JgBupjcc7zLFXGzpjJMsAlKqzJ/N+wm8e6OgmDp3b/kRs5FFFY9qGGP+0sWZLr8YnupgFXxL5XMq7ZPripY9BLyip7CrFGOE03zUnl9rmMNx0RnqypQ/PSM0CaZqotCb8X96mkt6cJhg5AOD28zi18rWaGJlwkllakdesCKafh/sdtjAKVvLGhtPVMfihlMQcWqCi+xApaiKq/tYT+XUVHTxDblb2jM2ZcumnLyPXWh3RBGda0aeYJ2aMak90zLqN6440JlukkODHQsl82/XG8tTB6Ubsu9tOlt/1+EikluPue5ISAX4hlpNCUXaNklP8zQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[Md2sUicWr](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/YHTEpHHWZPHMrzco0WbET1zmSWmj72Ne>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, junio 06 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **OJEDA CHACÓN TARESA**, con matrícula **10010035**, con el título **ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Dra. Edith Ruth Arizmendi Jaime
Profesor Investigadora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME | Fecha:2023-06-13 12:23:15 | Firmante

db8Fw/BNVemWPrhVZZPOAs5DAYL/Db44duvcy69dcabWHyBkU/5ToISxQAzLMopRaYkocS0pglNQ6oq4MpeSEsm/BKhLc9KWUqKbTT3A+8qA/EwBIT8dX9D7YSTNHG67yAT
tWf06d4B6YtPbh7Bisy9EipVugJiXSioKQ4MweIRQp6mxfQEhKTvbv69IYRm5Jhm+XgGnCks6os18VePH+XT2wTbLWQFHYO4xnzUleSKpmHzYqQVJaGF+TlJy9wmDSQlojnWbV
RB6nOtVHibYK/70ggS2P+6pvK+5AQnrAhizUW4wozzIDmEt9UbvYGpZp2MHbhgzBeZOLjIK8cZnVg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



oS8FI29BT

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/0Cq4VgeRUxAzekqy6tlgWEagyf6DVgm>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, junio 06 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **OJEDA CHACÓN TARESA**, con matrícula **10010035**, con el título **ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Mtra. Alma Rosa Morales Pérez
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

ALMA ROSA MORALES PEREZ | Fecha:2023-06-13 19:41:04 | Firmante

NAQbp9Pvcl7oO1QgVYFsDE/DTjE4qQ/32YWLCafvop4NyzDhKOU1Qsl3NnnhAFT88hOzk6Solr97pIG+h76HkU4Qfejl0sZEwKfJ0v2Nf2Q+WP2ltSOIOek5UDOO8Ru68cq7Zdp5qXf1PG+i6clDe2O5DopmXKM9QvJAXOEh6Z+kGKi1gQ/6tRu2AFKCDbG/yowDlceBCwyS1VQ70OiHWQMiuNbzg+yrg9NhnBxMACPAveq3/Me3HbEcKmZnQ8YfHD1yGDHj+YVLpzJ+05Vvk2TASf3eFIBOyIBdUa31KowfvcG5xfcn9ZU+8G+DI3YYvZn4upe7CHPBZO+pttKYQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[Jt5WhU0mN](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/w8AioRPftmouyL0WF2kLgJ8suhDZttGg>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, junio 06 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **OJEDA CHACÓN TARESA**, con matrícula **10010035**, con el título **ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Mtra. Beatriz Lizbeth Rodríguez Bahena
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA | Fecha:2023-06-13 11:09:16 | Firmante

uUgPV9a+KgovMv6A5YYInoWDrPd9Pzs0Xe5cTg9kWM7hSW+GG9xc82Tv1xLaUglZ+bYZpdGSQf3mb5IMG/CooFB6QHBMKYdZnOy0umxlsc3SvAeP+RF70KfaCcUMxFqFDz
SnxCUNhF0E/+EeM/pyh3VQXwwP/2xCtRwfc1GpGNt0vuxXpyuzdLZbM8yNTolww+EjDI9KSLQloau7quuX/XcZUP5i6m2i0ufqV1ttfz8AA4ZK6Y3raFu86YF1Sv5HRMmKToJuA
xFvNxGOgaN87FWY5YI9v9UMfQRsXsSIJQZblIF1ujpVC6v3OOdMy+DV1P1ttil0DltpRbWzTAag==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[QoHijt2nw](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/R7XpKtDLWiygYWQp6I5UdHYdNemGDxxZ>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Defensoría de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, junio 06 de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el título de la Maestría en Enfermería, de la estudiante **OJEDA CHACÓN TARESA**, con matrícula **10010035**, con el título **ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Mtra. Miriam Tapia Domínguez
Profesor Investigadora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

MIRIAM TAPIA DOMINGUEZ | Fecha:2023-06-13 12:05:24 | Firmante

E4N8bF+tvBNgA0BJnE9ohUtO8mXjmRkIOFMv/jkFelbAtasvZUoveD+snvsGxjy5qYwF+VnZazD4vply6yBSmvWfSGNwaJ8fGD95SIWj0u/p/poHEJKdKr3yhYaQ6tGSafWYaxb6T
luucPi0HZtsgPs3BTI3Om4kbCzOdBvBi6U0VovNdtFFYo5bC7VPkBPvT6Y9SW/de/YSp23V0T2CNjJ2aOmgMbSPC+ivApqaWY/twE9DpjMY8BPiPwxYyhX0YuMht0ujtLjvLQwa
+77kwAfUIQ+GNB4hyPp38E2y3N98bdaroXH8mZ/jsaGGt39j92mgK2qbX7cFVPrdxIVA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[Z53Ded9xL](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/zFeGTNc1KfGjzRKW3mwsyXz7S6iLQWUs>

