



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Tesis

Polifarmacia y calidad de vida en adultos mayores con enfermedades
cardiovasculares atendidos en la botica Familia y Salud, San Juan de
Miraflores, Lima 2025

Para optar el Título Profesional de
Químico Farmacéutico

Presentado por:

Autora: Andía Quispe, Julia


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4989-5522>

Asesora: Dra. Andamayo de Castillo, Diana Esmeralda

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3357-3537>

Lima – Perú

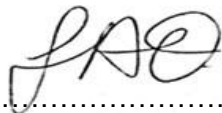
2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/10/2025

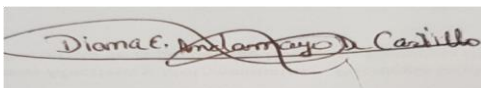
Yo, Andia Quispe, Julia egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Farmacia y Bioquímica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN LA BOTICA FAMILIA Y SALUD, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2025”** Asesorado por el docente: Andamayo de Castillo, Diana Esmeralda DNI 20078664 ORCID <https://orcid.org/0000-0003-33573537> tiene un índice de similitud de **12 (doce) %** con código trn:oid:::14912:511474012 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Julia Andia Quispe
 DNI: 45576649



.....
 Firma
 Diana Esmeralda Andamayo de Castillo
 DNI: 20078664

Lima, 11 de octubre de 2025.

Dedicatoria

En primer lugar, mi dedicatoria y agradecimiento total a Dios quien me acompañó a lo largo de este camino, fue quien me protegió, guio e iluminó siempre mi camino.

A toda mi familia, gracias por ser mi impulso y apoyo constante en cada paso y decisión que tomaba. También a mi perro negro que siempre resguardaba mi llegada a casa por las noches muy tarde.

A mi querido Padre desde el cielo que desde ahí debe estar feliz de que haya cumplido mi meta y sueño, tu recuerdo siempre estuvo conmigo motivo que me daba valor y fuerzas para seguir y no rendirme.

A cada adulto mayor que colaboraron y confiaron en mí, gracias por abrimme las puertas de sus corazones e historias. Este hermoso trabajo lleva un pedacito de cada uno de ustedes.

Agradecimientos

Este trabajo representa lo que yo soy, persistente, luchadora, tenaz, aguerrida en la que no ha permitido que cualquier adversidad dificulte mis objetivos, cada página escrita refleja el esfuerzo, la constancia y la voluntad que llevaron que llegue a este momento de mi vida en la cual me siento muy orgullosa y feliz de haberlo logrado.

Por lo que mi agradecimiento en primer lugar es a Dios, en el que estoy más que segura que fue quien guio cada paso que di en este largo y sufrido camino, que gracias a su infinita misericordia y amor hoy me encuentro logrando un sueño. “Pon en manos del señor todas tus obras y tus proyectos se cumplirán.”

A toda mi familia, en especial a mi padre y madre ya que ellos fueron el motor y razón de estar aquí ahora en este momento logrando mi sueño, y también a mi buen amigo fiel mi perro negro brindándome su cariño y protección incondicional cada vez que llegaba a casa muy tarde sin pedir nada a cambio.

Mi más profundo agradecimiento a la Dra. Mélida Mercedes Ciquero Cruzado por haberme brindado y compartido todo su conocimiento, ser mi guía en este proceso de mi titulación, muy agradecida con usted por su tiempo y paciencia en resolver cada duda que se presentaba.

Mi agradecimiento al Dr. Jesús y la Dra. Luz por haberme brindado las herramientas necesarias para obtener una calidad y presentación en la elaboración de mi tesis.

A la Dra. Diana Esmeralda Andamayo de Castillo, mi asesora, por ser mi guía y por cada observación dada en este proceso.

Finalmente agradezco a cada adulto mayor que participó en esta investigación, por su amabilidad y su voluntad de compartir en revelar sus historias y datos por lo que este trabajo contribuirá con un pequeño aporte en mejoras para la salud del adulto mayor.

Índice general

Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos	iv
Índice general.....	v
Índice de tablas	viii
Índice de figuras.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos.....	4
1.3 Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Teórica.....	5
1.4.2 Metodológica	6

1.4.3	Práctica.....	6
1.5	Delimitaciones de la investigación	7
1.5.1	Temporal	7
1.5.2	Espacial	7
1.5.3	Población o unidad de análisis.....	7
1.6	Antecedentes	8
1.7	Bases teóricas.....	13
1.7.1	Enfermedades cardiovasculares en adultos mayores	13
1.7.2	Conceptualización de la Variable Polifarmacia	15
1.7.3	Conceptualización de la Variable Calidad de vida.....	17
1.8	Formulación de hipótesis	18
1.8.1	Hipótesis general.....	19
1.8.2	Hipótesis específicas.....	19
II.	METODOLOGÍA	20
2.1	Método de la investigación	20
2.2	Enfoque de la investigación	21
2.3	Tipo de investigación	21
2.4	Diseño de la investigación	21
2.5	Población, muestra y muestreo	21
2.6	Variables y operacionalización	25

2.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
2.7.1	Técnica.....	28
2.7.2	Descripción de instrumentos.....	28
2.7.3	Validación	31
2.7.4	Confiabilidad.....	32
2.8	Plan de procesamiento y análisis de datos	33
2.9	Aspectos éticos.....	34
III.	RESULTADOS	35
3.1.1	Análisis descriptivo de los resultados	35
3.1.2	Pruebas de hipótesis.....	57
IV.	DISCUSIÓN	63
V.	CONCLUSIONES.....	69
VI.	RECOMENDACIONES.....	71
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
VIII.	ANEXOS.....	79

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Características sociodemográficas de los adultos mayores</i>	35
Tabla 2	<i>Calidad de vida y las dimensiones de salud física y mental</i>	37
Tabla 3	<i>Promedio de la puntuación de la calidad de vida (SF-12)</i>	38
Tabla 4	<i>Número total de medicamentos</i>	39
Tabla 5	<i>Productos adicionales</i>	40
Tabla 6	<i>Uso de fármaco por necesidad</i>	41
Tabla 9	<i>Toma de dos medicamentos</i>	42
Tabla 8	<i>Medicamentos potencialmente inapropiados</i>	43
Tabla 9	<i>Suspensión de medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses</i>	44
Tabla 10	<i>Medicación adecuada a la enfermedad del paciente</i>	45
Tabla 11	<i>Medicamentos usados hace menos de 3 meses</i>	46
Tabla 12	<i>Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses</i>	47
Tabla 13	<i>Síntomas de malestar por uso de medicamentos en los últimos 3 meses</i>	48
Tabla 14	<i>Pérdida de memoria o lentitud desde que aumentó el número de pastillas</i>	49
Tabla 15	<i>Dificultad para actividades diarias</i>	50
Tabla 16	<i>Veces que olvidó una dosis en la última semana</i>	51
Tabla 17	<i>Complicación en la rutina de tomas que tiene</i>	52
Tabla 18	<i>Interrupción de algún medicamento por malestar sin avisar al médico</i>	53
Tabla 19	<i>Reacciones adversas en los últimos 6 meses</i>	54
Tabla 20	<i>Emergencias relacionadas con sus medicamentos</i>	55
Tabla 21	<i>Interacciones entre sus medicinas y hierbas o suplementos</i>	56

Tabla 22 <i>Puntaje promedio de la salud física, salud mental y calidad de vida (medida con el SF-12) de los adultos mayores, y la relación con variables sociodemográficas</i>	57
Tabla 23 <i>Relación entre el número de medicamentos diarios y la salud física, mental y calidad de vida</i>	59
Tabla 24 <i>Relación entre la Polifarmacia y la calidad de vida</i>	60

Índice de figuras

Figura 1	<i>Número total de medicamentos</i>	39
Figura 2	<i>Productos adicionales</i>	40
Figura 3	<i>Uso de fármaco por necesidad</i>	41
Figura 4	<i>Toma de dos medicamentos</i>	42
Figura 5	<i>Medicamentos potencialmente inapropiados</i>	43
Figura 6	<i>Suspensión de medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses</i>	44
Figura 7	<i>Medicación adecuada a la enfermedad del paciente</i>	45
Figura 8	<i>Medicamentos usados hace menos de 3 meses</i>	46
Figura 9	<i>Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses</i>	47
Figura 10	<i>Síntomas de malestar por uso de medicamentos en los últimos 3 meses</i>	48
Figura 11	<i>Pérdida de memoria o lentitud desde que aumentó el número de pastillas</i>	49
Figura 12	<i>Dificultad para actividades diarias</i>	50
Figura 13	<i>Veces que olvidó una dosis en la última semana</i>	51
Figura 14	<i>Complicación en la rutina de tomas que tiene</i>	52
Figura 15	<i>Interrupción de algún medicamento por malestar sin avisar al médico</i>	53
Figura 16	<i>Reacciones adversas en los últimos 6 meses</i>	54
Figura 17	<i>Emergencias relacionadas con sus medicamentos</i>	55
Figura 18	<i>Interacciones entre sus medicinas y hierbas o suplementos</i>	56

Resumen

La polifarmacia es frecuente en adultos mayores con comorbilidades cardiovasculares y se asocia a reacciones adversas, hospitalizaciones y deterioro de la calidad de vida. En Perú, la automedicación, el acceso fragmentado a medicamentos y la escasa coordinación entre niveles asistenciales agravan este problema, especialmente en distritos populosos como San Juan de Miraflores. **Objetivo:** Determinar la relación entre polifarmacia y calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la citada botica. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, básico, no experimental, transversal y correlacional en 81 adultos ≥ 60 años. Se aplicó un cuestionario ad hoc de polifarmacia y el SF-12. Se efectuaron análisis descriptivos y pruebas de asociación (χ^2 , ANOVA), con significancia de 0,05. **Resultados:** Se encontró que el 40.7% de los participantes presentaba polifarmacia. La calidad de vida fue mayoritariamente baja (49.4%) o por debajo del promedio (44.4%). Se demostró una relación inversa y estadísticamente significativa entre el número de medicamentos consumidos y la calidad de vida ($\chi^2=10.079$; $p=0.039$). **Conclusión:** Se concluye que la polifarmacia impactó de manera negativa y multifactorial en el bienestar de la población estudiada, mediado por efectos adversos y un deterioro en la funcionalidad diaria.

Palabras clave: Adulto mayor; Calidad de vida; Enfermedades cardiovasculares; Polifarmacia.

Abstract

Polypharmacy is common in older adults with cardiovascular comorbidities and is associated with adverse reactions, hospitalizations, and impaired quality of life. In Peru, self-medication, fragmented access to medications, and poor coordination between healthcare levels exacerbate this problem, especially in populous districts such as San Juan de Miraflores. **Objective:** To determine the relationship between polypharmacy and quality of life in older adults with cardiovascular diseases treated at the aforementioned pharmacy. **Materials and methods:** A quantitative, basic, non-experimental, cross-sectional, and correlational study was conducted in 81 adults aged ≥ 60 years. An ad hoc polypharmacy questionnaire and the SF-12 were administered. Descriptive analyses and association tests (χ^2 , ANOVA) were performed, with a significance level of 0.05. **Results:** A total of 40.7% of participants presented polypharmacy. Quality of life was mostly low (49.4%) or below average (44.4%). A statistically significant inverse relationship was demonstrated between the number of medications taken and quality of life ($p=10.079$; $p=0.039$). **Conclusion:** It is concluded that polypharmacy had a negative and multifactorial impact on the well-being of the population studied, mediated by adverse effects and a deterioration in daily functioning.

Keywords: cardiovascular diseases; Older adults; Polypharmacy; Quality of life.

I. INTRODUCCIÓN

La polifarmacia, definida como el consumo concurrente de múltiples medicamentos, constituye un problema sanitario de creciente relevancia que afecta de manera desproporcionada a la población de adultos mayores 1. Este fenómeno, impulsado por la alta prevalencia de comorbilidades crónicas, especialmente las enfermedades cardiovasculares (ECV), incrementa sustancialmente la probabilidad de eventos adversos, interacciones farmacológicas y hospitalizaciones, impactando de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes 2. A nivel mundial, se estima que hasta un 50 % de las personas de edad avanzada consumen cinco o más fármacos de manera simultánea 3, lo que magnifica los riesgos asociados a la farmacoterapia en esta población vulnerable.

En el contexto peruano, la polifarmacia emerge como un desafío significativo para la salud pública, debido a la automedicación 4, el acceso fragmentado a medicamentos y una coordinación insuficiente entre los distintos niveles de atención sanitaria 5. Datos del MINSA 6 confirman que un segmento considerable de la población geriátrica consume múltiples fármacos, lo que se agrava por una infraestructura sanitaria que no siempre garantiza un seguimiento y una educación adecuados sobre el uso racional de los mismos 7. Esta problemática es particularmente aguda en distritos de alta densidad poblacional como San Juan de Miraflores en Lima, donde los adultos mayores con frecuencia gestionan sus tratamientos en farmacias y boticas locales sin la supervisión profesional adecuada 8. La literatura ha documentado la asociación entre polifarmacia y el deterioro de la calidad de vida; sin embargo, existe una brecha de conocimiento en el contexto de boticas comunitarias que atienden a poblaciones vulnerables en Perú. El presente estudio se plantea como objetivo determinar la relación entre la polifarmacia y la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, en el distrito de San Juan de Miraflores, Lima, durante el año 2025.

En el Cap. I. Introducción, se contextualiza la problemática, define el problema, objetivos, justificación y antecedentes. En el Cap. II. Metodología, se describe la metodología, enfoque, diseño y nivel. En el Cap. III. Resultados, se exponen los hallazgos, en el Cap. IV. Discusión, se contrastan los resultados con la literatura científica. En el Cap. V. Conclusiones, se sintetiza los descubrimientos. En el Cap. VI. Recomendaciones, se propone acciones prácticas y futuras líneas de investigación. Finalmente se tienen los Cap. VII. Referencias y VIII. Anexos.

1.1 Planteamiento del problema

La polifarmacia es un problema sanitario que perjudica principalmente a los adultos mayores.¹ La ingesta concurrente de múltiples medicamentos acrecienta la probabilidad de eventos adversos y dificulta el manejo adecuado de las enfermedades persistentes o crónicas, impactando desfavorablemente en la condición de vida de las personas enfermas.² Este fenómeno no solo compromete la seguridad del paciente, sino que también puede afectar significativamente su bienestar.

A nivel mundial, la polifarmacia, conceptualizada como el acto de consumir múltiples fármacos o medicamentos por un paciente, se ha convertido en un fenómeno frecuente en adultos mayores que padecen diversas comorbilidades, particularmente enfermedades cardiovasculares. Según Burgos y Calderón, este fenómeno está asociado con un incremento del riesgo de consecuencias desfavorables y de interacciones medicamentosas, lo cual puede mermar la condición de vida del paciente.³ Recientes estudios han demostrado que hasta el 50% de las personas de avanzada edad toman entre cinco a más medicamentos simultáneamente, lo que eleva significativamente el riesgo de interacciones farmacológicas adversas y eventos secundarios graves.⁴ Los adultos mayores presentan características únicas que complican el manejo de sus enfermedades. Por ejemplo, la predominancia de comorbilidades como la diabetes y la hipertensión es notable en este grupo etario, esta multimorbilidad no solo favorece la polifarmacia, sino que también genera un aumento en la fragilidad y en el riesgo de mortalidad, donde la interacción entre diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares puede ser particularmente devastadora.⁵

En Perú, la polifarmacia es una dificultad de salud pública significativo, particularmente entre las personas de edad avanzada, como consecuencia del acrecentamiento de enfermedades

persistentes y la tendencia a la automedicación.⁶ Datos del Ministerio de Salud del Perú revelan que una proporción considerable de la población geriátrica consume múltiples medicamentos, lo cual incrementa el riesgo de interacciones adversas y complicaciones médicas.⁷ Este fenómeno se ve exacerbado por una infraestructura sanitaria que en ocasiones es insuficiente para proporcionar un seguimiento adecuado y educación sobre el uso racional de medicamentos.^{8,9}

En la ciudad de Lima, la polifarmacia entre las personas mayores es un complicación creciente que se ha intensificado debido a factores como el acceso a múltiples fuentes de medicamentos, incluidas las farmacias y boticas independientes, así como la práctica generalizada de la automedicación⁸. La ausencia de coordinación entre la atención de salud, la poca cantidad de programas de seguimiento médico integral y el insuficiente control sobre la prescripción de medicamentos contribuyen a esta problemática.¹⁰ En áreas como San Juan de Miraflores, esta situación es particularmente preocupante, ya que los pacientes mayores con frecuencia buscan atención en farmacias locales sin la dirección adecuada de un profesional de salud, lo que puede resultar en un manejo inadecuado de sus condiciones crónicas.¹¹

El conocimiento existente indica que la polifarmacia no solo incrementa los riesgos asociados con el tratamiento farmacológico, sino que también afecta negativamente la condición o nivel de vida de las personas mayores, lo cual motiva a realizar un estudio de investigación como lo es el trabajo.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la polifarmacia y la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025?

1.2.2 Problemas específicos

¿Qué características sociodemográficas presentan los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares que reciben atención en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025?

¿Cuál es la frecuencia de polifarmacia en los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025?

¿Cómo perciben los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud en San Juan de Miraflores su calidad de vida en relación con el uso simultáneo de múltiples medicamentos en Lima durante el año 2025?

¿Cómo es la relación entre la cantidad de medicamentos consumidos y las dimensiones de la calidad de vida (física, emocional y social) en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la polifarmacia y la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.

Identificar la frecuencia de polifarmacia presente en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.

Evaluar el nivel de calidad de vida percibida por los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares en tratamiento farmacológico múltiple atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.

Determinar la relación entre la cantidad de medicamentos consumidos y las dimensiones de la calidad de vida (física, emocional y social) en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

El estudio sobre polifarmacia y calidad de vida en adultos de avanzada edad en el contexto de la botica "Familia y Salud" en San Juan de Miraflores, Lima, busca aportar un nuevo conocimiento en un área crítica de la farmacoterapia geriátrica. Teóricamente, este estudio

ampliará la comprensión de las interacciones farmacológicas y como esto afecta la calidad de vida de los adultos de la tercera edad con enfermedades cardiovasculares. Asimismo, se examinará de qué manera la desarticulación entre los distintos escalones de atención sanitaria —desde el primer nivel hasta la especializada— y la automedicación sin supervisión actúan como vectores que amplifican la prevalencia de la polifarmacia. Este análisis cobra particular relevancia porque, si bien la literatura internacional ha documentado extensamente el fenómeno, persiste una brecha de evidencia específica en pacientes con patologías cardiovasculares.

1.4.2 Metodológica

El estudio tendrá un enfoque cuantitativo para el análisis y recopilación de información. Para la evaluación de las variables se hará uso de cuestionarios estandarizados, y se intentará encontrar una correlación entre la calidad de vida de las personas mayores o de la tercera edad y el uso de diversos medicamentos. La variable polifarmacia se analizará con un cuestionario de diseño propio, que posteriormente será validado por tres profesionales versados.

1.4.3 Práctica

La presente tesis podría mejorar la práctica clínica y la gestión de medicamentos en adultos mayores. Al identificar los patrones de prescripción–consumo y deslindar sus repercusiones, el estudio brindará evidencia robusta para la confección de guías asistenciales y el diseño de políticas públicas orientadas a contener la polifarmacia. De este modo, el colectivo sanitario —médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás actores— contará con insumos precisos para refinar la farmacoterapia de los adultos mayores. Paralelamente, los hallazgos proporcionarán una plataforma para programas de alfabetización sanitaria dirigidos a las personas mayores y sus redes de apoyo, promoviendo el uso racional de medicamentos y mitigando el riesgo de eventos adversos.

1.5 Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La demarcación temporal abarcará el segundo semestre de 2025, en el que se desarrollará este estudio que explora la relación existente entre polifarmacia y condición de vida en las personas de edad avanzada que acuden a la botica «Familia y Salud», ubicada en San Juan de Miraflores (Lima). El cronograma comprende cuatro etapas claramente secuenciadas—planificación, recopilación de datos, análisis y socialización de resultados—, de modo que cada fase concluya dentro del plazo establecido. Esta delimitación permitirá tanto la rigurosidad del proceso de investigación, así como garantizará la pertinencia de los resultados, los cuales servirían de orientación a investigaciones clínicas y sanitarias en contextos de índole similar.

1.5.2 Espacial

El proyecto tendrá su desarrollo en San Juan de Miraflores, que es parte de los distritos con mayor densidad demográfica de la ciudad de Lima.

1.5.3 Población o unidad de análisis

Las personas mayores de 60 años con antecedentes de enfermedades cardiovasculares, residentes del distrito de San Juan de Miraflores, Lima, y que a su vez acuden a la botica "Familia y Salud" para comprar sus medicamentos de sus recetas médicas, conformarán el elemento de análisis para este estudio de investigación.

1.6 Antecedentes

Internacionales

El estudio de Sheikh y Asmar ¹² tuvieron como objetivo “cuantificar polifarmacia en pacientes (>65 años) con ECV hospitalizados, así como describir interacciones fármaco-fármaco potencialmente graves (categorías D y X de Lexicomp) en este grupo”. Se efectuó una pesquisa retrospectiva en un hospital terciario de Alabama (EE. UU.) durante tres meses, revisando historias clínicas. Se registraron los medicamentos domiciliarios al ingreso y se clasificaron las interacciones utilizando la base de datos Lexicomp. Se consideró polifarmacia la toma de ≥ 5 fármacos e hiper-polifarmacia la toma de ≥ 10 . La población elegible incluyó a todas pacientes con más de 65 años con ECV ingresados a unidad de cardiología, analizando 404 expedientes que concuerdan con las características de la población deseada. Los instrumentos aplicados fueron un formato estructurado para la extracción de datos clínico-demográficos, la base Lexicomp® para la tipificación de interacciones y el programa SPSS para el procesamiento estadístico descriptivo. Los resultados revelaron que, en promedio, cada paciente tomaba 11.6 ± 4.5 fármacos. El 95% de los pacientes presentaba polifarmacia, el 69% hiper-polifarmacia y el 77.5% al menos una interacción potencialmente grave. Las interacciones más frecuentes en la categoría D fueron las que deprimían el sistema nervioso central y prolongaban el QT. En la categoría X, destacaron las interacciones entre β -bloqueadores no selectivos y β_2 -agonistas, así como la combinación de fármacos anticolinérgicos con potasio de liberación sólida. En conclusión, la polifarmacia, la hiper-polifarmacia y las interacciones farmacológicas severas son extremadamente comunes en adultos mayores con ECV. Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de que los médicos revisen rigurosamente los tratamientos y ajusten la terapia para prevenir reacciones adversas y resultados clínicos negativos.

Adjero et. al ¹³ se plantearon como propósito principal de su pesquisa “ explorar la relación entre tomar múltiples medicamentos (polifarmacia) y la calidad de vida asociada con la salud (HRQol) en pacientes patologías renales crónicas (ERC) que no están en diálisis”. Esta investigación fue un estudio transversal, lo cual implica que analizó datos de una marca concreta en el tiempo en lugar de durante un largo período. Los datos utilizados en este estudio provinieron de una encuesta recolectada entre 2010 y 2019. La polifarmacia se categorizó en tres grupos según el número de clases diferentes de medicamentos que tomaba un paciente: polifarmacia menor (4 o menos medicamentos), polifarmacia mayor (5 a 9 medicamentos) e hiperpolifarmacia (10 o más medicamentos). El estudio incluyó un total de 649 personas con enfermedad renal crónica. El SF-12 fue la herramienta que se empleó para medir la condición de vida. Las conclusiones enseñan que la distribución de los pacientes fue la siguiente: 22.27% presentaba polifarmacia menor, 48.24% polifarmacia mayor, y 29.48% tenía hiperpolifarmacia. Así mismo, el estudio encontró que tanto la polifarmacia mayor como la hiperpolifarmacia se asociaron significativamente con puntuaciones en salud física más bajas en comparación con la polifarmacia menor (Beta= -0,38: p= 0,000), lo que indica consecuencias adversas en el bienestar físico. De igual manera, la polifarmacia principal y la hiperpolifarmacia también se asociaron significativamente con menores puntajes em salud mental, lo que indica un efecto adverso en la salud mental (Beta= -1,70: p= 0,001). El estudio concluyó que tomar una gran cantidad de medicamentos (polifarmacia mayor e hiperpolifarmacia) se vincula con un menor nivel de vida en términos de sanidad tanto física como mental para los pacientes con ERC no diálisis.

Alnaim et. al ¹⁴ tuvieron por objetivo principal “averiguar qué tan común es que los adultos en Al-Ahsa, Arabia Saudita, tomen cinco o más medicamentos al mismo tiempo, una práctica conocida como polifarmacia”, e identificar cualquier problema relacionado con estos

medicamentos que pudiera afectar su calidad de vida. Fue de tipo transversal la investigación realizada, en el cual 196 personas mayores fue la muestra que se tuvo en cuenta, el instrumento usado para la polifarmacia fue un cuestionario y en cuanto a la calidad de vida se usó un cuestionario con 10 ítems que permitieron encontrar su relación con los medicamentos (MRQOL). El trabajo de investigación reveló que un 18% de los pacientes encuestados practicaban polifarmacia, lo que significa que tomaban cinco o más medicamentos. De los cuales el 26.5% reportó tener malas condiciones de vida conectada con la medicación. La pesquisa univariada refleja que factores como sexo, estado ocupacional, ingreso mensual promedio, hipertensión, asma, dificultad para manejar medicamentos, y efectos secundarios se asociaron significativamente con la calidad de vida. Se concluyó que la prevalencia de mala calidad de vida relacionada con la medicación entre pacientes adultos en Al-Ahsa fue de 26.5%, así mismo la calidad de vida se asociaba con menores ingresos mensuales, hipertensión, asma, efectos secundarios y dificultad para manejar los medicamentos.

De Almeida et. al ¹⁵ se propusieron con su investigación “examinar la asociación entre el uso de polifarmacia y la calidad de vida de la gente con heridas dérmicas crónicas”. Su trabajo fue de tipo cuantitativo transversal, en el cual conglomeraron 146 participantes con lesiones cutáneas crónicas atendidas en el primer nivel. Se emplearon una ficha de preguntas sociodemográfica y CWIS, para la recaudación de datos, que fueron aplicados entre julio de 2017 y febrero de 2018. Entre los principales hallazgos, se identificó que el 46,7 % de los participantes presentaban polifarmacia, con un predominio de comorbilidades como hipertensión arterial sistémica (58,9 %) y diabetes mellitus (34,2 %). Asimismo, el dominio del cuestionario CWIS con menor puntuación fue el de bienestar (media de 46,2±17,9). El análisis estadístico reveló asociaciones significativas ($p<0.05$) entre polifarmacia y los dominios de “vida social”, indicando así que el uso de múltiples

medicamentos se vincula negativamente con diversos aspectos de la condición de vida en esta población. Concluyeron los investigadores que la polifarmacia constituye un factor relevante que deteriora el nivel de vida, recomendando que los profesionales sanitarios en atención primaria evalúen de forma integral los tratamientos farmacológicos y diseñen estrategias para su manejo seguro y eficaz.

Cavalcanti et. al ¹⁶ desarrollaron una revisión integrativa con el fin de “examinar la importancia del cuidado farmacéutico en personas adultas mayores que presentan polifarmacia”. El estudio, de carácter exploratorio, cualitativo, transversal y descriptivo, se fundamentó en una búsqueda sistemática de artículos científicos que se habían publicado entre 2017 y 2021 en las bases SciELO, LILACS y MEDLINE, donde utilizó los descriptores DeCS “polifarmacia”, “cuidado farmacéutico” e “idosos”. Se seleccionaron 11 artículos que evidenciaron que la polifarmacia es una práctica muy frecuente entre personas de tercera edad, generando riesgos significativos como efectos secundarios, interacciones farmacológicas, toxicidad y bajo seguimiento al tratamiento. Para los autores es sumamente crucial el cuidado farmacéutico, ejercido principalmente en farmacias comunitarias, como precaución de situaciones problemáticas asociadas con medicamentos, orientación terapéutica, promoción del uso racional de fármacos y reducción de hospitalizaciones. Se resaltó, así mismo, la urgencia de políticas públicas que reconozcan y promuevan el rol clínico del farmacéutico como parte del equipo multidisciplinario de atención en salud.

Nacionales

Asenjo ¹⁷ llevó a cabo una pesquisa de nivel descriptiva, retrospectivo y de corte transversal en septiembre de 2022, considerada como un antecedente directo en Perú sobre la relación entre

polifarmacia y patología crónica. El estudio incluyó a 159 individuos en Chota Perú. El fin central fue conocer la asociación entre la polifarmacia y las enfermedades crónicas más prevalentes en dicho centro. La cohorte estuvo compuesta predominantemente por mujeres (72,3 %) cuya edad promedio fue 69 años. En cuanto al consumo de medicinas, la media fue de cuatro en pacientes con ambas enfermedades y de tres en aquellos solo con hipertensión. Esto resultó en polifarmacia en el 30,2 % y 23,8 % de los casos, respectivamente. Además, se halló una asociación estadísticamente significativa entre la enfermedad crónica y la polifarmacia ($p = 0,002$). Los autores concluyeron que una gran cantidad de los pacientes tomaba tres a más fármacos y que la polifarmacia estaba significativamente ligada a la presencia de patologías crónicas, advirtiendo sobre los riesgos de interacciones y eventos adversos asociados a esta práctica.

Quispe y Arias ¹⁸ buscaron en su trabajo científico “precisar si existe una relación entre la Polifarmacia y la Calidad de Vida (SF-36) de los servidores jubilados del hospital Militar de Tacna, 2018”. La pesquisa fue de carácter observacional, prospectivo y correlacional. Como muestra se consideró 150 oficiales y suboficiales con enfermedades crónicas. Se alcanzaron como hallazgos, que el 22% de la muestra no presenta polifarmacia y el 78% si presenta polifarmacia, así mismo la prueba de correlación evidencia una relación directa entre la calidad de vida y la polifarmacia ($p=0,014$), así mismo, en cuanto a la calidad de vida el indicador peor valorado fue el rol físico (12,8), por otro lado, la polifarmacia se asocia al factor de sanidad física mas no al indicador de bienestar mental.

Aguilar y Candela ¹⁹ se plantearon como fin fundamental “Asociar la Polifarmacia con la Calidad de Vida en personas de edad avanzada del distrito de Villa el Salvador – Lima, 2021-2022”, el enfoque de investigación empleado fue de carácter cuantitativo, de nivel básico y diseño no experimental-correlacional, consideraron una muestra de 280 personas con edad avanzada de 60

años. Las conclusiones evidenciaron que la calidad de vida mayoritariamente fue media (60.4%), así mismo se muestra una vinculación entre la calidad de vida y la prescripción de fármacos, la morbilidad y la existencia de fármacos innecesarios. Concluyéndose que se halló relación de la polifarmacia y la calidad de vida ($p=0.000$).

Calle Vilca et. al.²⁰ se plantearon como fin central “Examinar la asociación entre la polifarmacia y la calidad de vida en personas de la tercera edad del centro de atención residencial San Vicente de Paúl, sociedad de beneficencia de Huancayo”. El método de investigación con la se llevó a cabo la pesquisa fue de tipo básica, de nivel descriptivo, de corte transversal y diseño no experimental, la población fueron 40 ancianos de 60 años. Según los resultados fueron las vitaminas y minerales el grupo farmacológico más prescrito, seguido de los medicamentos psicoterapéuticos, cardiovasculares y analgésicos, así mismo la adherencia farmacológica fue el 100%, por otro lado, el 72.5% de los adultos se ubicó en la jerarquía de polifarmacia menor y el 20% en polifarmacia mayor (>3 medicamentos).

1.7 Bases teóricas

1.7.1 Enfermedades cardiovasculares en adultos mayores

Estos padecimientos conforman un reto de salud pública impulsado por el envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica y el incremento concomitante de agentes de riesgo como hipertensión, diabetes y dislipidemia. Estas afecciones generan una considerable carga farmacológica y elevan las posibilidades de respuestas negativas a los medicamentos en un grupo demográfico ya vulnerable, de modo que comprender su epidemiología, las comorbilidades asociadas y la fisiopatología subyacente resulta indispensable para diseñar estrategias de prevención y tratamiento más eficaces.

1.7.1.1 Epidemiología en Perú y América Latina

Las ECV son la suprema causa de mortalidad en la región; los AVC y la cardiopatía isquémica predominan como entidades clínicas más frecuentes ²¹. En Perú, la prevalencia de factores de riesgo es heterogénea: tasas elevadas de hipertensión, diabetes y obesidad conviven con marcadas diferencias entre zonas urbanas y rurales ²². A escala continental, el síndrome metabólico exhibe cifras preocupantes, con México y Ecuador a la cabeza, lo que anticipa una mayor carga de eventos cardiovasculares en los próximos años ²³.

1.7.1.2 Comorbilidades comunes y carga farmacológica

La hipertensión afecta a entre el veinte al cuarenta por ciento de los adultos latinoamericanos y actúa como factor determinante de la morbimortalidad cardiovascular ²⁴. Diabetes y dislipidemias se añaden a este panorama, incrementando la complejidad terapéutica y el número de fármacos prescritos, con lo cual la polifarmacia se vuelve casi inevitable en los adultos mayores ²². Dicha acumulación de tratamientos favorece interacciones farmacológicas y RAM, circunstancia que obliga a un monitoreo clínico farmacéutico más riguroso ²².

1.7.1.3 Fisiopatología y vulnerabilidad a la RAM

El envejecimiento conlleva alteraciones en la estructura y función cardiovascular, reducción de la reserva fisiológica y presencia simultánea de comorbilidades, factores que intensifican la gravedad de las ECV en los mayores de sesenta años ²⁵. Al mismo tiempo, la fisiopatología cardiovascular involucra complejas interacciones entre determinantes genéticos, metabólicos y conductuales, en las que la hipertensión persistente y el sedentarismo desempeñan roles centrales ²¹. La respuesta farmacocinética y farmacodinámica se modifica con la edad, de tal forma que el aumento de la carga terapéutica amplifica la susceptibilidad a RAM, exigiendo estrategias de prescripción y seguimiento farmacéutico que minimicen los eventos adversos ²⁶. Este contexto se ve agravado

por inequidades sociales y económicas, pues las ECV afectan con mayor intensidad a las poblaciones de menores recursos.

1.7.2 Conceptualización de la Variable Polifarmacia

Polifarmacia alude a la utilización conjunta de numerosos fármacos, comúnmente cinco o más, por parte de un individuo para tratar varias condiciones médicas. Este fenómeno es usual entre las personas mayores por la proporción de casos de enfermedades persistentes o crónicas que demandan atención farmacológica compleja.²⁷

La investigación ha revelado que la forma más común de definir la polifarmacia es numéricamente, con el umbral a menudo establecido de consumo de medicamentos diarios. En su núcleo, la polifarmacia se describe como la toma de cinco o más fármacos por un solo paciente. Esto incluye todos los tipos de medicamentos, como medicamentos recetados, medicamentos de venta libre (OTC) y medicamentos complementarios. No obstante, las definiciones pueden variar, y algunos consideran dos o más medicamentos como polifarmacia.²⁸

No todas las polifarmacias se consideran negativas existen dos tipos de polifarmacia la apropiada y la inadecuada. La polifarmacia apropiada ocurre cuando la prescripción de múltiples medicamentos se basa en evidencia científica sólida y se adapta a las carencias individuales del paciente. En contraste, la polifarmacia inadecuada implica la prescripción innecesaria o irracional de demasiados medicamentos, lo que puede ser perjudicial.²⁸

Una polifarmacia inadecuada hace que haya un riesgo mayor de efectos adversos y consecuencias negativas debido a que cada medicamento tiene sus propios efectos secundarios. A medida que se agregan más medicamentos, el riesgo acumulado de interacciones medicinales y efectos adversos también incrementa, lo cual puede menguar la eficacia de los tratamientos o aumentar su toxicidad.

Además, existe la posibilidad de omitir medicamentos esenciales, como no prescribir un laxante para evitar el estreñimiento causado por opioides. La falta de adherencia a las pautas clínicas, como no usar aspirina para enfermedades cardíacas, puede llevar a un tratamiento ineficaz. Esta situación también genera un desperdicio de recursos y eleva los costos de atención médica, además de impactar negativamente la calidad de vida de la persona con enfermedad debido a la carga de manejar múltiples medicamentos y sus efectos secundarios.²⁸

Estos riesgos de la polifarmacia se acentúan para el poblamiento de adultos mayores, debido a que es particularmente común entre adultos mayores presentar múltiples afecciones crónicas (multimorbilidad) por ello es bastante común prescribir uno o más medicamentos para cada afección, lo que lleva a una alta carga general de medicamentos. Las afecciones hipertensión, la artritis y patologías relacionadas con el sistema cardiovascular a menudo requieren un manejo continuo de la medicación, lo que contribuye a las altas tasas de polifarmacia en este grupo demográfico.

La polifarmacia, a menudo varía en definición y se categoriza en diferentes niveles, otra de las definiciones comunes empleadas en esta área es la polifarmacia menor y mayor. Estas categorías ayudan a los profesionales sanitarios a valorar y manejar las complejidades de múltiples regímenes de medicación, especialmente en poblaciones como los ancianos, que tienen más probabilidades de experimentar multimorbilidad.

La polifarmacia menor generalmente se refiere al uso de un número menor de medicamentos, a menudo definido como tomar de dos a cuatro medicamentos diferentes simultáneamente, pero comúnmente se categoriza en polifarmacia menor (2-4 medicamentos). Esta terminación es usada para definir una situación en la que un paciente está tomando múltiples medicamentos, pero el número es relativamente bajo en comparación con la polifarmacia principal. El número exacto

puede variar dependiendo del estudio o contexto, pero generalmente indica un menor nivel de uso de medicamentos.²⁹

La polifarmacia mayor, por otro lado, se refiere al uso de un mayor número de medicamentos, a menudo definidos como tomar cinco o más medicamentos diferentes simultáneamente. Este concepto es usado para caracterizar una situación en la que un paciente está tomando un alto número de medicamentos, lo que puede aumentar la complejidad de manejar su tratamiento y el riesgo de interacciones medicamentosas adversas. El concepto más comúnmente reportado de polifarmacia mayor conlleva el uso de cinco o más medicamentos diariamente.²⁹

1.7.3 Conceptualización de la Variable Calidad de vida

La noción de múltiples dimensiones que engloba el bienestar tanto físico, mental como social de una persona. En el contexto sanitario, está enfocado en cómo las enfermedades y sus tratamientos afectan el estado de sentirse bien en forma general de los pacientes, evaluado a través del cuestionario SF-12.¹³

En el contexto sanitario, la calidad de vida esta referida a la condición o estado de los individuos para vivir su vida diaria con bienestar físico, emocional, social y funcional. Es un concepto de gran alcance que abarca diversos factores de la vida afectados por condiciones de salud y tratamientos como:

- Bienestar físico: Este aspecto se enfoca en la salud física del individuo, incluyendo su condición para realizar actividades habituales, gestionar el dolor y mantener niveles de energía. Es crucial para entender cómo una condición de salud afecta la vitalidad y las capacidades físicas de una persona.³⁰

- Bienestar mental: El bienestar mental en HRQol abarca estados emocionales como felicidad, tristeza, depresión y ansiedad. También incluye la presencia o ausencia de dolor y los sentimientos de letargo. ³¹
- Bienestar emocional: El bienestar emocional abarca el estado psicológico de una persona, incluyendo sus sentimientos, estado de ánimo y salud mental. ³⁰
- Bienestar social: Este aspecto se centra en la calidad de los vínculos e interacciones sociales, el respaldo que se obtiene de parientes, amigos y la comunidad, y la habilidad de formar parte de eventos sociales y mantener conexiones significativas. ³⁰
- Bienestar funcional: se relaciona a la condición en la que se encuentra la persona para realizar tareas cotidianas, como trabajar, estudiar y participar en pasatiempos, evaluando cómo las condiciones de salud afectan la independencia y la capacidad de llevar una vida plena. ³⁰
- Bienestar económico: Considera el impacto financiero de las condiciones y tratamientos de salud, incluyendo la capacidad de trabajar, así como la estabilidad financiera del individuo y su familia. ³⁰

La calidad de vida teóricamente vinculada con el área sanitaria sostiene que la apreciación del bienestar por parte de la persona enferma es primordial para estimar el éxito de los tratamientos médicos. La polifarmacia, al incrementar complicaciones, puede reducir significativamente la calidad de vida que las personas enfermas distinguen. ¹⁴

1.8 Formulación de hipótesis

1.8.1 Hipótesis general

Ho: No existe relación inversa entre la polifarmacia y la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.

H1: Existe una relación inversa entre la polifarmacia y la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.

1.8.2 Hipótesis específicas

Ho: El número de medicamentos consumidos no se relaciona significativamente con la calidad de vida percibida por los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares.

H1: El número de medicamentos consumidos se relaciona significativamente con la calidad de vida percibida por los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares.

Ho: No existe asociación significativa entre la polifarmacia y las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, etc.) en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares.

H1: Existe asociación significativa entre la polifarmacia y las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, etc.) en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares.

Ho: El número de medicamentos consumidos no afecta significativamente las dimensiones física, emocional y social de la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares.

H1: El número de medicamentos consumidos afecta significativamente las dimensiones física, emocional y social de la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares.

Ho: No existen diferencias significativas en la calidad de vida percibida entre adultos mayores con y sin polifarmacia.

H1: Existen diferencias significativas en la calidad de vida percibida entre adultos mayores con y sin polifarmacia.

II. METODOLOGÍA

2.1 Método de la investigación

Citando a Hernández y Mendoza,³² el método hipotético-deductivo permite partir de hipótesis formuladas a partir de teorías o conocimientos previos y, mediante un proceso sistemático, se buscan datos empíricos que puedan corroborar o refutar estas hipótesis. El presente estudio, se propone una hipótesis sobre el vínculo entre la polifarmacia y la calidad de vida en adultos de avanzada edad, y se deducen predicciones específicas que son luego contrastadas con la realidad observada por medio de la recopilación y evaluación de datos cuantitativos y cualitativos. Este enfoque es adecuado para evaluar si se puede hallar una relación significativa y, en caso afirmativo, entender su naturaleza, proporcionando así un entendimiento profundo y objetivo del fenómeno estudiado.

2.2 Enfoque de la investigación

Método hipotético-deductivo a que hace uso de la recaudación de la información para comprobar una hipótesis mediante métodos estadísticos.³³

2.3 Tipo de investigación

Es básica, ya que busca extender los conocimientos sobre la polifarmacia y calidad de vida sin llegar a las aplicaciones prácticas.³²

2.4 Diseño de la investigación

Diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional. Debido a que no se realizará un manejo de variables, los datos serán recolectados en un rango puntual de tiempo y se buscará encontrar una asociación entre las variables.

2.5 Población, muestra y muestreo

Población: Comprende una población de 102 personas mayores con enfermedades cardiovasculares de 60 años, residentes del distrito de San Juan de Miraflores, Lima, y que asisten a la botica "Familia y Salud" para adquirir medicamentos. Estos individuos son el grupo de interés para evaluar como impacta la polifarmacia en su calidad de vida, dado su mayor riesgo de consumir múltiples medicamentos debido a condiciones crónicas de salud.

Muestra: La muestra será seleccionada a partir de la población mencionada haciendo uso de un muestreo aleatorio simple, con 95% de nivel de confianza y 5% de un margen de error. Consiguiendo como resultados 81 adultos mayores con enfermedades cardiovasculares que son clientes regulares de la botica "Familia y Salud".

Cálculo del tamaño de muestra para población finita:

La fórmula usada es de Cochran con corrección por población finita: ³⁴

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

Parámetro	Valor aplicado
Población (N)	102 pacientes ambulatorios ≥ 60 años
Nivel de confianza	95 % ⇒ Z = 1,96
Proporción esperada (p)	0,50 +
Complemento (q = 1 - p)	0,50
Error máximo permitido (e)	0,05

$$n = \frac{102 \times 0,9604}{0,2525 + 0,9604} = \frac{98,36}{1,2129} \approx 81,1$$

El tamaño de la muestra serán 81 pacientes.

Muestreo: El muestreo probabilístico aleatorio simple fue empleado para elegir a los miembros que conformaran el estudio. Este método se caracteriza por dar a cada componente de la población posibilidades igualitarias de ser seleccionado, erradicando así sesgos en la selección de la unidad de muestra. Se busca asegurar que los resultados que se obtendrán reflejen de manera precisa las características de toda la población.

Criterios de inclusión

- Personas adultas con 60 años a más con enfermedades cardiovasculares.

- Residir en San Juan de Miraflores, Lima, y ser usuario habitual de la Botica Familia y Salud.
- Estar tomando dos o más medicamentos simultáneamente.
- Poseer capacidad cognitiva adecuada para comprender y responder al cuestionario.
- Aceptar su participación en el estudio.

Criterios de exclusión

- Adultos con edad menos a 60 años que no residan en San Juan de Miraflores y no ser usuarios regulares de la Botica.
- Tomar menos de dos medicamentos, lo que no cumple con el criterio de polifarmacia menor y mayor.
- Tener enfermedades terminales, psiquiátricos o condiciones físicas que dificulten la evaluación de la calidad de vida o interfieran significativamente con la medicación.
- Sufrir un déficit cognoscitivo, que impida tener comprensión y/o desarrollar el cuestionario.
- No poder o no querer participar en la investigación.

2.6 Variables y operacionalización

Variable 1: POLIFARMACIA

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Características sociodemográficas	Las características sociodemográficas constituyen un conjunto de atributos básicos de una persona que permiten describir su perfil social y estructural dentro de una población ³ .	Estas incluyen variables como la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tipo de seguro de salud, ingresos, composición del hogar y acceso a servicios sanitarios. En estudios de salud, estas características son fundamentales para identificar desigualdades en el acceso, uso y adherencia a tratamientos médicos.	Edad	Ordinal	60–64 65–69 70–74 75–79 80 o más
			Sexo	Nominal	Masculino Femenino
			Estado civil	Nominal	Soltero(a) Casado(a) o conviviente Viudo(a) Separado(a)/divorciado(a)
			Nivel educativo	Nominal	Sin estudios Primaria completa/incompleta Secundaria completa/incompleta Técnica o universitaria
			Ocupación actual	Nominal	Jubilado(a) Ama de casa Trabaja actualmente Desempleado(a)
			Tipo de seguro	Nominal	SIS EsSalud Particular No tiene
			Ingreso mensual	Ordinal	Menos de 500 500–999 1000–1499 1500 o más
			Convivencia familiar	Nominal	Solo(a) Pareja Hijos/familia Otra persona
			# personas en hogar	Ordinal	1 2 3 4 o más
			Controles médicos	Nominal	Sí No

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Cuantitativa	Esta dimensión evalúa el número total de fármacos y productos consumidos por el usuario, incluyendo tanto los prescritos como los de uso complementario ⁹ .	Se medirá mediante tres ítems del cuestionario. El ítem 1 recoge la cantidad diaria de medicamentos utilizados; el ítem 2, los productos adicionales consumidos semanalmente; y el ítem 3 identifica si el paciente consume algún fármaco de forma esporádica o a demanda.	Número total de medicamentos diarios	Ordinal	No polifarmacia 0 a 1 Polifarmacia menor: 2 a 4 Polifarmacia mayor: ≥ 5 Polifarmacia excesiva: ≥ 10
			Número de productos adicionales no farmacológicos semanales	Escala	Razón
			Uso de medicación a demanda	Nominal	Sí No
Cualitativa	Evalúa la calidad y pertinencia del tratamiento farmacológico en relación con las necesidades diagnósticas del paciente, detectando duplicidades terapéuticas, prescripciones inapropiadas para la edad y acciones recientes de desprescripción por parte del médico tratante ³⁵ .	Se abordará mediante cuatro ítems. El ítem 4 detecta duplicaciones; el ítem 5, la presencia de medicamentos potencialmente inapropiados según criterios geriátricos, el ítem 6, si hubo desprescripción reciente; y el ítem 7, la percepción del paciente sobre la adecuación de la medicación a sus diagnósticos.	Duplicación terapéutica en el esquema farmacológico	Nominal	Sí No
			Uso de medicamentos potencialmente inapropiados según la edad	Nominal	Sí No
			Desprescripción reciente de fármacos innecesarios	Nominal	Sí No
			Percepción de concordancia entre medicación y diagnósticos	Ordinal	1 2 3 4 5
Temporal	Analiza la duración del tratamiento farmacológico, diferenciando medicamentos recientes de aquellos de uso prolongado. Esta dimensión permite identificar patrones de inicio, continuidad o cambios en el esquema terapéutico ³⁵ .	Se medirá mediante los ítems 8 y 9 del cuestionario. El primero indica cuántos medicamentos se usan desde hace menos de tres meses; el segundo, cuántos se mantienen desde hace seis meses o más. Se registrarán como variables cuantitativas continuas y se interpretarán como indicadores de cronicidad y estabilidad terapéutica.	Número de medicamentos de inicio reciente (< 3 meses)	Escala	Razón
			Número de medicamentos de uso prolongado (≥ 6 meses)	Nominal	Razón

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Funcional	Explora el impacto de la medicación sobre el funcionamiento físico y cognitivo del paciente, especialmente en lo que respecta a caídas, deterioro cognitivo y limitaciones en actividades de la vida diaria atribuibles al tratamiento farmacológico ³⁵ .	Se evaluará mediante tres ítems: caídas en los últimos tres meses relacionados con efectos de los medicamentos (ítem 10), percepción de pérdida de memoria o lentitud desde el incremento del número de pastillas (ítem 11), y grado de interferencia del tratamiento en actividades diarias como bañarse o cocinar (ítem 12).	Caídas atribuidas a efectos farmacológicos en los últimos 3 meses	Nominal	Sí No
			Alteraciones cognitivas percibidas tras aumento de medicación	Ordinal	1 2 3 4 5
			Dificultades funcionales atribuidas a la medicación	Ordinal	1 2 3 4 5
Adherencia	Evalúa el grado en que el paciente cumple con el régimen de administración farmacológica prescrito, así como la facilidad percibida para seguir el tratamiento y la tendencia a interrumpirlo sin supervisión médica ³⁵ .	Se utilizarán los ítems 13, 14 y 15. El ítem 13 mide la frecuencia de olvidos de dosis en la última semana; el ítem 14 recoge la percepción de complejidad del esquema terapéutico mediante una escala de 1 a 5; y el ítem 15 explora si el paciente interrumpe la medicación por efectos adversos sin consultar.	Frecuencia de olvidos de dosis durante la última semana	Ordinal	0 1 ≥ 2
			Percepción de complejidad del régimen terapéutico	Ordinal	1 2 3 4 5
			Interrupción no comunicada de medicamentos por malestar	Nominal	Sí No
Resultados clínicos	Recoge los efectos adversos clínicos o eventos significativos relacionados con la medicación, tales como reacciones alérgicas, hospitalizaciones o conocimiento de interacciones farmacológicas, que podrían comprometer la seguridad del paciente ³⁵ .	Se medirá mediante los ítems 16, 17 y 18. El ítem 16 identifica la presencia de reacciones adversas (RAM) en los últimos seis meses; el ítem 17, hospitalizaciones o emergencias atribuibles a medicamentos; y el ítem 18, conocimiento de interacciones entre medicamentos o con productos naturales.	Reacciones adversas al usar medicamentos (6 meses)	Nominal	Sí No
			Emergencias relacionadas con sus medicamentos	Nominal	Sí No
			Conocimiento de interacciones farmacológicas y fitoterapéuticas	Nominal	Sí No

Variable 2: CALIDAD DE VIDA

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Salud física	La salud física, son las condiciones físicas que afectan el funcionamiento diario y capacidad de realizar actividades físicas. ³⁶	La salud física incluye aspectos como la limitación en actividades debido a problemas de salud, dolor físico y problemas de salud general. ³⁶	Funcionamiento físico Rol físico Dolor corporal Salud General	Nominal	<30 Muy bajo 30–39.9 Bajo 40–49.9 Por debajo 50–59.9 Promedio ≥60 Alto
Salud Mental	La salud mental refleja los problemas emocionales y psicológicos que afectan el bienestar general. ³⁶	La salud mental incluye aspectos como la vitalidad, funcionamiento social, bienestar emocional y limitaciones en el rol social. ³⁶	Vitalidad Funcionamiento social Rol emocional Salud mental	Nominal	<30 Muy bajo 30–39.9 Bajo 40–49.9 Por debajo 50–59.9 Promedio ≥60 Alto

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.7.1 Técnica

Se usó la encuesta, lo cual se puede catalogar como sistema de recaudación de datos de un conjunto de personas que permite recopilar información acerca de sus opiniones, apreciaciones, comportamientos o particularidades, a menudo mediante el empleo de un cuestionario que puede ser respondido en diversos formatos como opción múltiple, escalas de calificación.³⁷

2.7.2 Descripción de instrumentos

La polifarmacia como se midió con un cuestionario que se presenta como una ficha breve que el encuestador va completando con el paciente delante, uno tras otro, para cada fármaco que este consume de forma habitual.

Para medir la calidad de vida como variable se usará SF-12 con 12 ítems que cubren 2 áreas sanitarias como la salud física y la salud mental. La salud física utiliza los ítems del 1 al 5 y la

salud mental los ítems del 6 al 12, y las puntuaciones van desde 0 (salud más baja) hasta 100 (salud más alta).³⁸

2.7.2.1 Instrumento para medir la polifarmacia

El Cuestionario de Polifarmacia para Pacientes Ambulatorios ≥ 60 Años es una herramienta clínica que permite evaluar, en menos de diez minutos, los múltiples matices de la polifarmacia de forma integral y cuantificable. Comprende 18 ítems organizados en seis dimensiones sinérgicas. La dimensión cuantitativa determina la carga farmacológica total (medicamentos recetados y productos complementarios) y la presencia de medicación “a demanda”. La dimensión cualitativa-adequación identifica duplicidades terapéuticas y fármacos potencialmente inapropiados, incorporando la percepción del paciente sobre la pertinencia de su régimen. La dimensión temporal discrimina entre tratamientos agudos (< 3 meses) y crónicos (≥ 6 meses), aportando información sobre la inercia terapéutica. La dimensión funcional explora el impacto de los medicamentos en caídas, deterioro cognitivo y funciones elementales de la vida habitual, mientras que la dimensión de adherencia detecta olvidos, complejidad posológica y suspensiones no autorizadas. Finalmente, la dimensión de resultados clínicos documenta reacciones adversas e interacciones.

Cada ítem utiliza el formato de respuesta óptimo para el constructo que mide (numérico, dicotómico o escala Likert de cinco puntos), favoreciendo la claridad y la sensibilidad a cambios.

2.7.2.2 Instrumento para medir y evaluar la calidad de vida

Se hace uso del SF-12 para estimar la calidad de vida conectada con el campo de la salud, proporcionando datos cruciales sobre cómo la polifarmacia tiene un efecto en el bienestar de los pacientes. Fue desarrollado por Ware, Kosinski y Dewey, quienes proporcionaron un manual de referencia completo detallando su uso, contenido del ítem y procedimientos de administración/puntuación.³⁶

Con el fin de proporcionar una alternativa más breve y fácil de usar, el cuestionario de salud Short-Form 12 (SF-12) fue diseñada. El SF-12 mide la salud con un enfoque físico y también mental por medio de dos puntuaciones resumidas: una síntesis del elemento físico (PCS-12) y una síntesis del elemento mental (MCS-12). El SF-12 se puede emplear de múltiples maneras, es decir, el SF-12 se utiliza a menudo para comparar el estado de salud entre dos grupos de pacientes, para identificar predictores del estado de salud y para concluir la condición sanitaria en una población puntual.³⁸

A continuación, se muestra una visión detallada de lo que mide el SF-12³¹ :

- **Rol físico (RP)** – mide cómo impacta los problemas de salud corporal en el rendimiento laboral o de tareas habituales.³¹
- **Dolor corporal (BP)** – cuantifica la intensidad del dolor y la forma en que limita la actividad normal.³¹
- **Salud general percibida (GH)** – valora la apreciación integral que la persona tiene de su salud presente y futura.³¹
- **Vitalidad (VT)** – indaga el nivel de energía frente a la sensación de fatiga o cansancio.³¹

- **Función social (SF)** – examina cómo los problemas físicos o emocionales afectan las relaciones y actividades sociales.³¹
- **Rol emocional (RE)** – evalúa las limitaciones en el trabajo u otras actividades derivadas de problemas emocionales.³¹
- **Salud mental (MH)** – aprecia el bienestar psicológico general, incluidos síntomas de ansiedad o depresión.³¹

2.7.3 Validación

Es el proceso de asegurar que una herramienta o instrumento utilizado para la recolección de datos mida con precisión lo que se pretende medir.

Los investigadores deben considerar que existen diversos tipos de validez, la primera, la validez del contenido garantiza que el instrumento abarque globalmente los elementos del concepto que se mide. La segunda, la validez del constructo comprueba si el instrumento mide verdaderamente el constructo teórico que se supone que mide. La validez empírica, también conocida como validez relacionada con criterios, implica comparar el instrumento con otras medidas o resultados para ver si funciona como se esperaba.³⁹

Para la primera variable se va a proponer un instrumento que será validado por juicio de 3 expertos.

La validez de la Encuesta de Salud Short Form-12 Versión 2 (SF-12v2) en adultos mayores ha sido ampliamente estudiada en diferentes poblaciones, demostrando su confiabilidad y validez. En una investigación desarrollada entre adultos mayores en China, el SF-12 mostró consistencia interna satisfactoria con los valores α de Cronbach de 0.81 para el Resumen de Componentes Físicos (PCS) y 0.83 para el Resumen de Componentes Mentales (MCS). El instrumento también demostró una fuerte validez convergente y discriminante, con una estructura de dos factores (salud

física y mental) que representa 68.50% de la varianza y presentando índices adecuados de bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio (CFA).⁴⁰

2.7.4 Confiabilidad

En cuanto al instrumento para calcular la calidad de vida se empleó el SF-12, validado por Ramírez- Vélez et. al (2010) en un poblamiento de adultos mayores en Colombia (alfa = 0.7), siendo el instrumento SF-12 un instrumento confiable.⁴¹

La confiabilidad del cuestionario de Polifarmacia para pacientes ambulatorios de 60 años o más será calculada con los datos de una prueba piloto mediante Alfa de Cronbach.

2.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Para presentar la estadística descriptiva se emplearon tablas de frecuencias y porcentajes. Para abordar las pruebas de hipótesis se empleó el estadístico de Chi cuadrado.

En este aspecto, se incluirá las siguientes etapas:

1. **Recolección de Datos:** Se hará mediante cuestionarios estandarizados aplicados a los participantes. Los cuestionarios medirán variables como la cantidad de fármacos consumidos, la calidad de vida percibida, y la presencia de eventos adversos.
2. **Organización y Codificación de Datos:** Después de recolectados, los datos serán organizados y codificados en una base de datos utilizando el software estadístico SPSS versión 27.
3. **Análisis Descriptivo:** Se realizará para resumir las características demográficas de la muestra. Este análisis también incluirá la distribución de la cantidad de medicamentos consumidos y las percepciones de calidad de vida.
4. **Análisis Inferencial:** Para evaluar las relaciones entre la polifarmacia y la calidad de vida, se emplearán técnicas de análisis estadístico inferencial, como la correlación de Chi cuadrado. Este análisis permitirá identificar si existe una relación significativa entre el número de medicamentos consumidos y la calidad de vida de los adultos mayores.
5. **Interpretación de Resultados:** Los resultados de los análisis cuantitativos serán interpretados en conjunto para proporcionar una visión holística del fenómeno estudiado. Se discutirán los hallazgos en relación con la literatura existente y se explorarán sus implicaciones para la práctica clínica y la formulación de políticas de salud.
6. **Presentación de Resultados:** Los hallazgos serán presentados mediante tablas, gráficos y resúmenes narrativos que faciliten la comprensión de los resultados. Además, se elaborarán

sugerencias conforme a hallazgos de la pesquisa para mejorar la gestión de la polifarmacia en la población de adultos mayores.

2.9 Aspectos éticos

Respecto a la ética de la pesquisa ésta incluye la obtención del consentimiento informado de los participantes, garantizando su participación libre y su derecho a no participar en el momento que vea por conveniente. Se anonimizará la información para evitar identificaciones. Se priorizará la no maleficencia, evitando causar daño o incomodidad, y la beneficencia, buscando beneficios para la comunidad mediante el mejoramiento del manejo de la polifarmacia. Además, se garantizará una selección justa de los participantes y el estudio será revisado por un comité de ética.

III. RESULTADOS

3.1.1 Análisis descriptivo de los resultados

Datos sociodemográficos

Tabla 1

Características sociodemográficas de los adultos mayores

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Edad	(1) 60–64	10	12.3
	(2) 65–69	15	18.5
	(3) 70–74	13	16.0
	(4) 75–79	23	28.4
	(5) 80 o más	20	24.7
	Total	81	100.0
Sexo	(1) Masculino	43	53.1
	(2) Femenino	38	46.9
	Total	81	100.0
Estado civil	(1) Soltero(a)	7	8.6
	(2) Casado(a) o conviviente	39	48.1
	(3) Viudo(a)	28	34.6
	(4) Separado(a)/divorciado(a)	7	8.6
	Total	81	100.0
Nivel educativo alcanzado	(1) Sin estudios	9	11.1
	(2) Primaria completa/incompleta	22	27.2
	(3) Secundaria completa/incompleta	46	56.8
	(4) Técnica o universitaria	4	4.9
	Total	81	100.0
Ocupación actual	(1) Jubilado(a)	13	16.0
	(2) Ama de casa	31	38.3
	(3) Trabaja actualmente	24	29.6
	(4) Desempleado(a)	13	16.0
	Total	81	100.0
Tipo de seguro de salud	(1) SIS	55	67.9
	(2) EsSalud	24	29.6
	(3) Particular	1	1.2
	(4) No tiene	1	1.2
	Total	81	100.0

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Ingreso mensual aproximado (S/.)	(1) Menos de 500	26	32.1
	(2) 500–999	12	14.8
	(3) 1000–1499	2	2.5
	(4) 1500 o más	1	1.2
	(5) No percibe ingresos	40	49.4
	Total	81	100.0
¿Vive con...?	(1) Solo(a)	8	9.9
	(2) Pareja	5	6.2
	(3) Hijos/familia	68	84.0
	Total	81	100.0
Número de personas en el hogar	(1) 1	8	9.9
	(2) 2	13	16.0
	(3) 3	15	18.5
	(4) 4 o más	45	55.6
	Total	81	100.0
Acceso regular a controles médicos por su enfermedad cardiovascular:	(1) Sí	80	98.8
	(2) No	1	1.2
	Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

La tabla anterior muestra que los rangos de edad con mayor agrupación están entre los 75 a 79 años, que representa el 28.4% (23/81) y los adultos mayores de 80 años a más, que representan el 24.7% (20/81). Por otro lado, el género de mayor predominancia es el masculino, con 53.1% (43/81) y el estado civil más frecuente es casado o conviviente, que representa el 48.1% (39/81), seguido de adultos mayores viudos(a), con 34.6% (28/81).

En relación a su nivel educativo, el 56.8% (46/81) de adultos mayores alcanzo el nivel secundario, seguido del nivel primaria, que representa el 27.2% (22/81). La principal ocupación de muchos adultos mayores fue ama de casa, con 38.3% (31/81) y una considerable proporción trabaja actualmente, representando el 29.6% (24/81). El tipo de seguro más frecuente es el SIS, con 67.9% (55/81), seguido de EsSalud, que representa el 29.6% (24/81). Casi la mitad de los adultos mayores

no percibe ingresos, con 49.4% (40/80), seguido de personas que perciben menos de 500 soles, con 32.1% (26/81).

Por otro lado, el 84% (68/81) de los adultos mayores vive con sus hijos o familia y el número de personas en el hogar más frecuente fue de 4 a más personas, con 55.6% (45/81). Finalmente, el 98.8% (80/81) de los adultos mayores indica que asiste a controles médicos por su enfermedad.

Calidad de vida

Tabla 2

Calidad de vida y las dimensiones de salud física y mental

	<30 Muy bajo		30–39.9 Bajo		40–49.9 Por debajo		50–59.9 Promedio		≥60 Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Salud Física	14	17,3	44	54,3	20	24,7	1	1,2	2	2,5	81	100,0
Salud Mental	1	1,2	16	19,8	45	55,6	13	16,0	6	7,4	81	100,0
Calidad de Vida (SF-12)	1	1,2	40	49,4	36	44,4	2	2,5	2	2,5	81	100,0

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la calidad de vida en la dimensión salud física, en su gran mayoría, el 54.3% (44/81) de adultos mayores obtuvo una calificación como baja (30-39.9). Un 24.7% (20/81) se encuentra en el rango de 40-49.9 por debajo del promedio y el 17.3% (14/81) tiene una calificación muy baja (<30). Solo un 1.2% (1/81) tiene una calificación promedio (50-59.9), y un 2.5% (2/81) tiene una salud física alta (≥60).

Respecto a la calidad de vida en la dimensión salud mental, en su gran mayoría, el 55.6% (45/81) de adultos mayores se encuentra por debajo del promedio (40–49.9). Un 19.8% (16/81) se ubica en bajo (30–39.9) y un 16.0% (13/81) presenta calificación promedio (50–59.9). Solo un 7.4% (6/81) alcanza salud mental alta (≥60).

Respecto a la calidad de vida global medida con el SF-12, en su gran mayoría, el 49.4% (40/81) de adultos mayores obtuvo una calificación baja (30–39.9). Un 44.4% (36/81) se encuentra por debajo del promedio (40–49.9). Solo un 2.5% (2/81) presenta calificación promedio (50–59.9) y otro 2.5% (2/81) alcanza una calificación alta (≥ 60), mientras que el 1.2% (1/81) tiene una calificación muy baja (< 30).

Tabla 3

Promedio de la puntuación de la calidad de vida (SF-12)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Salud Física	24.02	54.56	36.4094	6.44277
Salud Mental	27.70	60.83	44.8813	7.22718
Calidad de Vida (SF-12)	27.72	51.94	40.6453	4.48533

Fuente: Elaboración propia

los resultados del SF-12 muestra que la salud física de la muestra está por debajo de la media de la población general, con una media de 36.41, lo que representa aproximadamente 1.36 desviaciones estándar por debajo del promedio normativo. La salud mental muestra una media de 44.88, ligeramente por debajo de la media. El índice de calidad de vida global (promedio de salud física y mental) se sitúa en 40.65, lo que también refleja un nivel por debajo del promedio, aunque menos pronunciado. En términos de dispersión, la salud mental presenta una mayor variabilidad (DE de 7.23) en comparación con la salud física (DE de 6.44) y la calidad de vida (DE de 4.49), lo que indica que hay más diversidad en los puntajes de salud mental dentro de la muestra. Estos resultados sugieren que la población presenta una salud física y mental en niveles moderadamente por debajo de la media general, con una variabilidad mayor en la salud mental.

Polifarmacia

Tabla 4

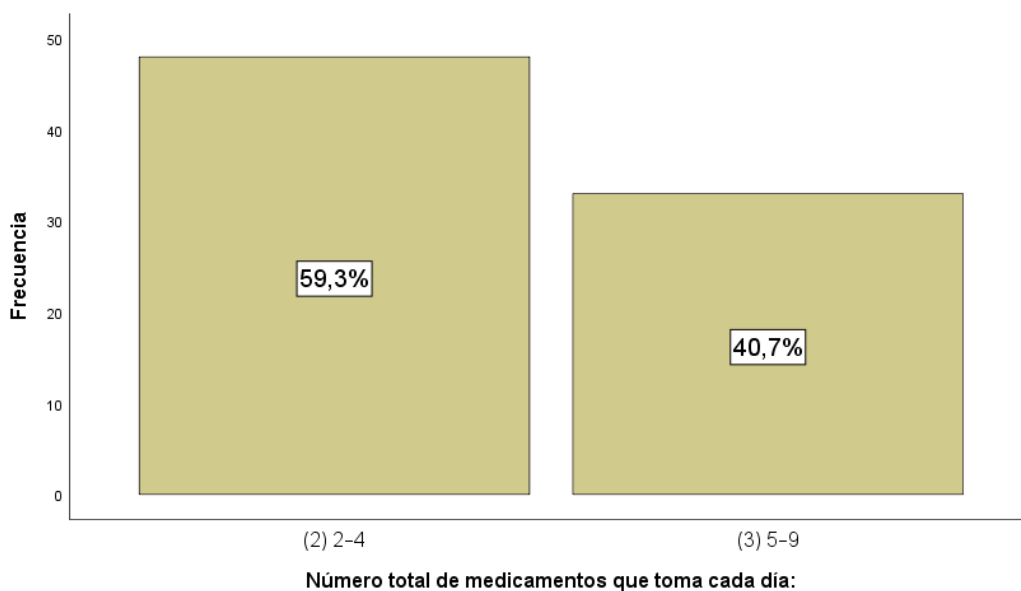
Número total de medicamentos

Número total de medicamentos que toma cada día:	Frecuencia	Porcentaje
(2) 2-4	48	59.3
(3) 5-9	33	40.7
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 1

Número total de medicamentos



Fuente: Elaboración propia

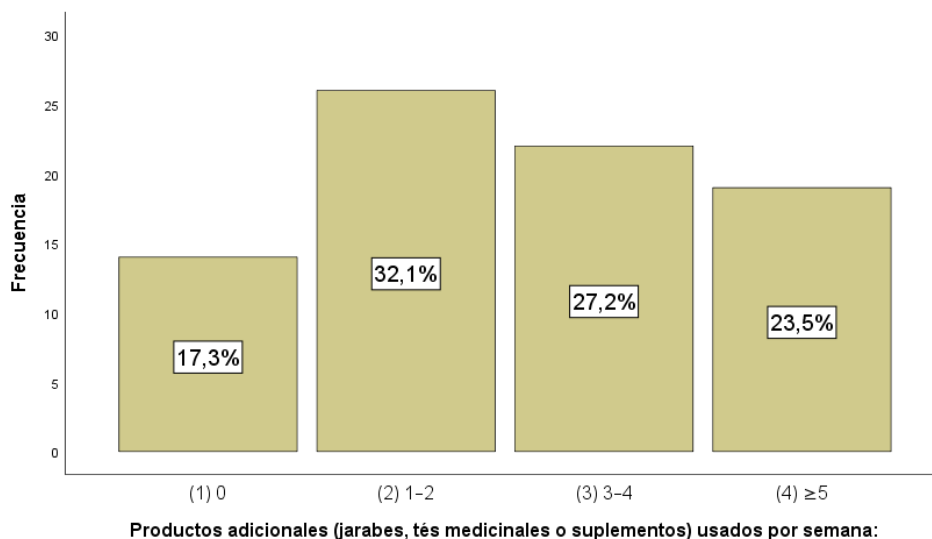
La tabla muestra el número total de medicamentos que los adultos mayores toman cada día. La mayoría, un 59.3% (48/81), consume entre 2 y 4 medicamentos, mientras que un 40.7% (33/81) toma entre 5 y 9 medicamentos al día.

Tabla 5
Productos adicionales

Productos adicionales (jarabes, tés medicinales o suplementos) usados por semana:	Frecuencia	Porcentaje
(1) 0	14	17.3
(2) 1–2	26	32.1
(3) 3–4	22	27.2
(4) ≥ 5	19	23.5
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 2
Productos adicionales



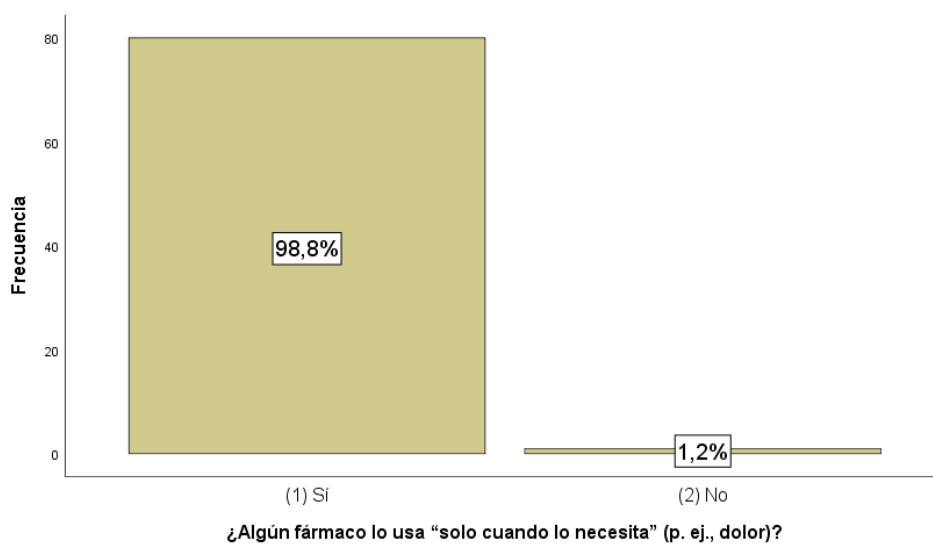
Fuente: Elaboración propia

En cuanto al uso semanal de productos adicionales como jarabes, tés medicinales o suplementos, un 17.3% (14/81) no utiliza ninguno, el 32.1% (26/81) los consume 1–2 veces por semana, el 27.2% (22/81) los utiliza 3–4 veces, y un 23.5% (19/81) los consume ≥ 5 veces.

Tabla 6*Uso de fármaco por necesidad*

¿Algún fármaco lo usa “solo cuando lo necesita” (p. ej., dolor)?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	80	98.8
(2) No	1	1.2
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 3*Uso de fármaco por necesidad*

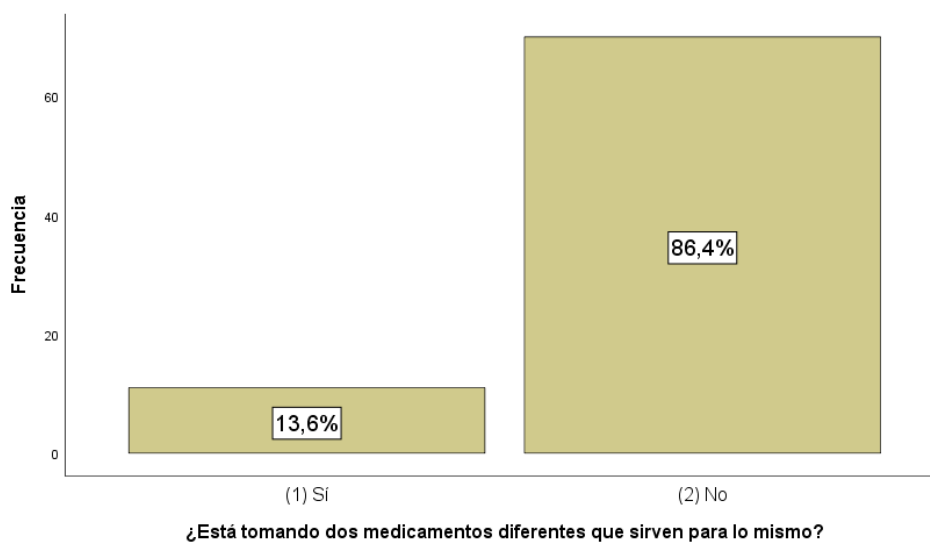
Fuente: Elaboración propia

La gran mayoría de los adultos mayores, un 98.8% (80/81), utiliza fármacos solo cuando lo necesita, por ejemplo, para aliviar dolor, mientras que un 1.2% (1/81) indica que no lo hace.

Tabla 7*Toma de dos medicamentos*

¿Está tomando dos medicamentos diferentes que sirven para lo mismo?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	11	13.6
(2) No	70	86.4
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 4*Toma de dos medicamentos*

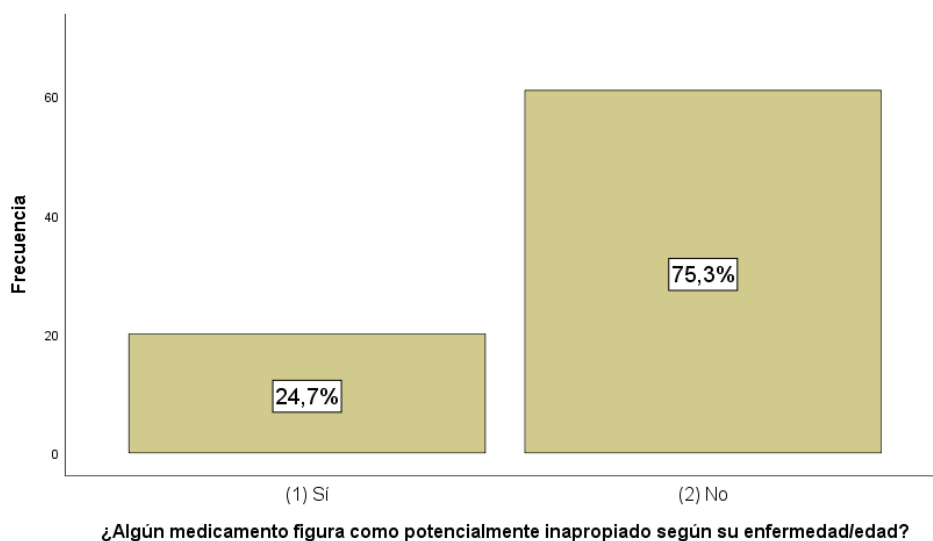
Fuente: Elaboración propia

Un 13.6% (11/81) de los adultos mayores está tomando dos medicamentos diferentes que cumplen la misma función, mientras que la mayoría, un 86.4% (70/81), no presenta esta duplicidad.

Tabla 8*Medicamentos potencialmente inapropiados*

¿Algún medicamento figura como potencialmente inapropiado según su enfermedad/edad?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	20	24.7
(2) No	61	75.3
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 5*Medicamentos potencialmente inapropiados*

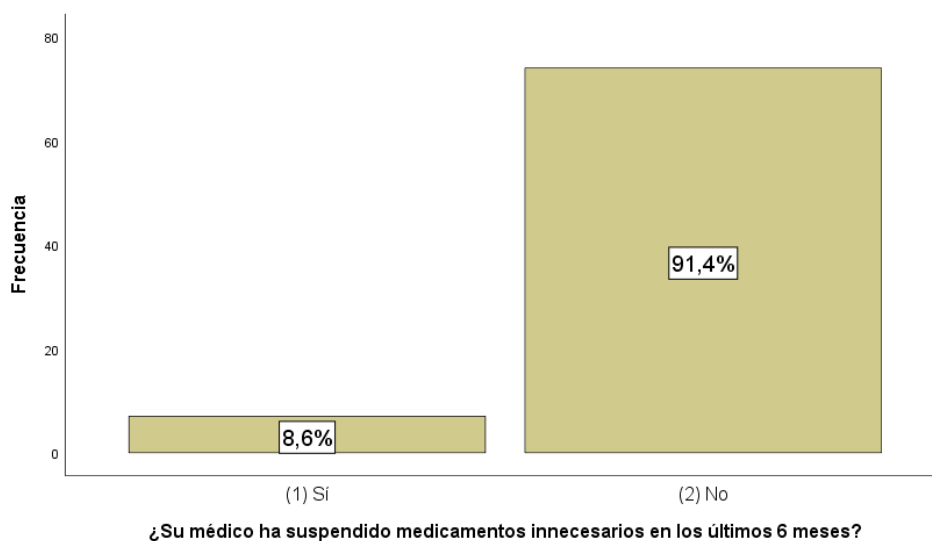
Fuente: Elaboración propia

Un 24.7% (20/81) de los adultos mayores consume al menos un medicamento considerado potencialmente inapropiado según su enfermedad o edad, mientras que la mayoría, un 75.3% (61/81), no presenta esta situación.

Tabla 9*Suspensión de medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses*

¿Su médico ha suspendido medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	7	8.6
(2) No	74	91.4
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 6*Suspensión de medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses*

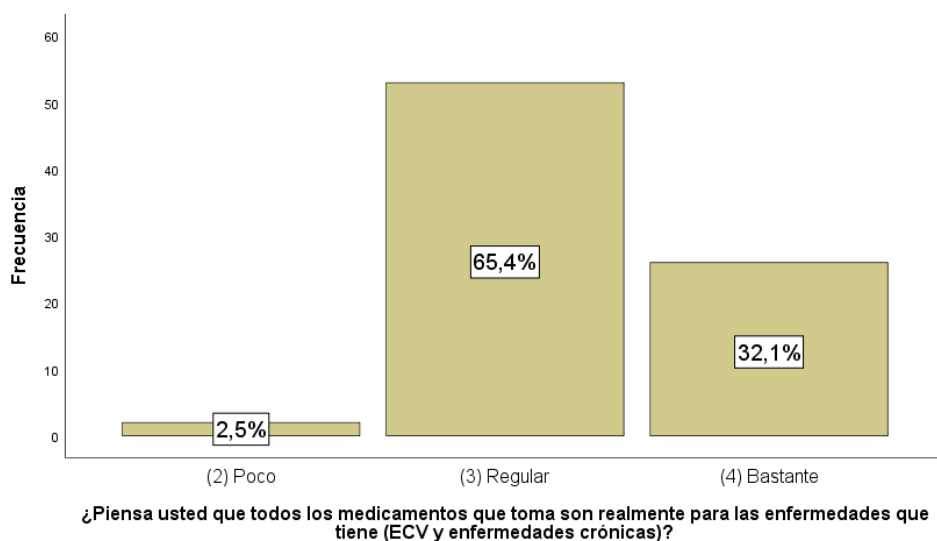
Fuente: Elaboración propia

Solo un 8.6% (7/81) de los adultos mayores ha tenido medicamentos innecesarios suspendidos por su médico en los últimos seis meses, mientras que la gran mayoría, un 91.4% (74/81), no ha experimentado ajustes de este tipo.

Tabla 10*Medicación adecuada a la enfermedad del paciente*

¿Piensa usted que todos los medicamentos que toma son realmente para las enfermedades que tiene (ECV y enfermedades crónicas)?	Frecuencia	Porcentaje
(2) Poco	2	2.5
(3) Regular	53	65.4
(4) Bastante	26	32.1
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 7*Medicación adecuada a la enfermedad del paciente*

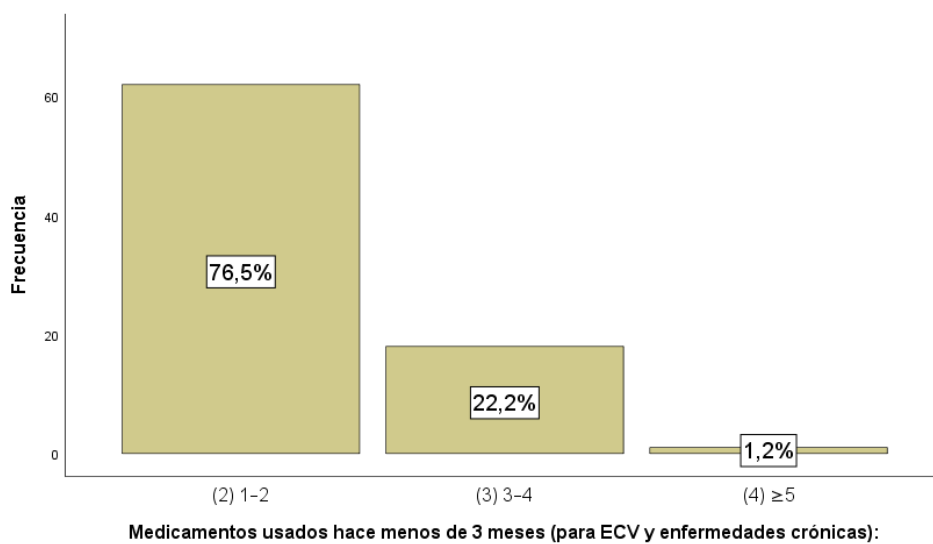
Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los adultos mayores considera que los medicamentos que toma son adecuados para sus enfermedades crónicas: un 65.4% (53/81) opina que esto ocurre de manera regular, mientras que un 32.1% (26/81) cree que ocurre bastante. Solo un 2.5% (2/81) considera que ocurre poco. Esto indica que, en general, los pacientes perciben un alineamiento moderado a alto entre sus medicamentos y sus enfermedades.

Tabla 11*Medicamentos usados hace menos de 3 meses*

Medicamentos usados hace menos de 3 meses (para ECV y enfermedades crónicas):	Frecuencia	Porcentaje
(2) 1-2	62	76.5
(3) 3-4	18	22.2
(4) ≥ 5	1	1.2
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 8*Medicamentos usados hace menos de 3 meses*

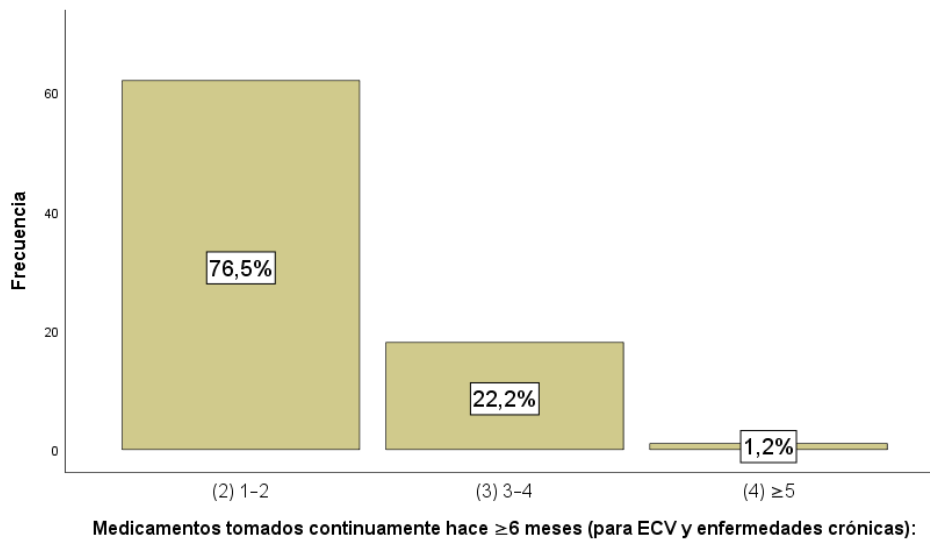
Fuente: Elaboración propia

En los últimos tres meses, la mayoría de los adultos mayores, un 76.5% (62/81), ha utilizado entre 1 y 2 medicamentos para enfermedades crónicas, un 22.2% (18/81) ha usado 3-4 medicamentos, y solo un 1.2% (1/81) ha utilizado 5 o más. Esto refleja que el consumo reciente de fármacos para enfermedades crónicas es generalmente bajo a moderado.

Tabla 12*Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses*

Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses (para ECV y enfermedades crónicas):	Frecuencia	Porcentaje
(2) 1-2	62	76.5
(3) 3-4	18	22.2
(4) ≥ 5	1	1.2
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 9*Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses*

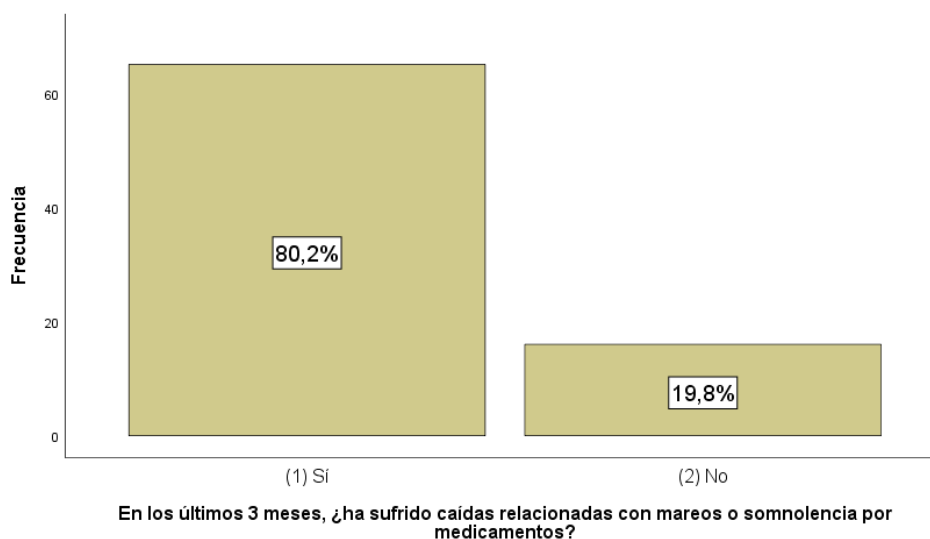
Fuente: Elaboración propia

En los últimos seis meses, la mayoría de los adultos mayores, un 76.5% (62/81), ha tomado de manera continua entre 1 y 2 medicamentos para enfermedades crónicas, un 22.2% (18/81) ha utilizado 3-4 medicamentos, y solo un 1.2% (1/81) ha tomado 5 o más de forma continua. Esto indica que la mayoría mantiene un consumo estable y moderado de fármacos para sus enfermedades crónicas.

Tabla 13*Síntomas de malestar por uso de medicamentos en los últimos 3 meses*

En los últimos 3 meses, ¿ha sufrido caídas relacionadas con mareos o somnolencia por medicamentos?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	65	80.2
(2) No	16	19.8
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 10*Síntomas de malestar por uso de medicamentos en los últimos 3 meses*

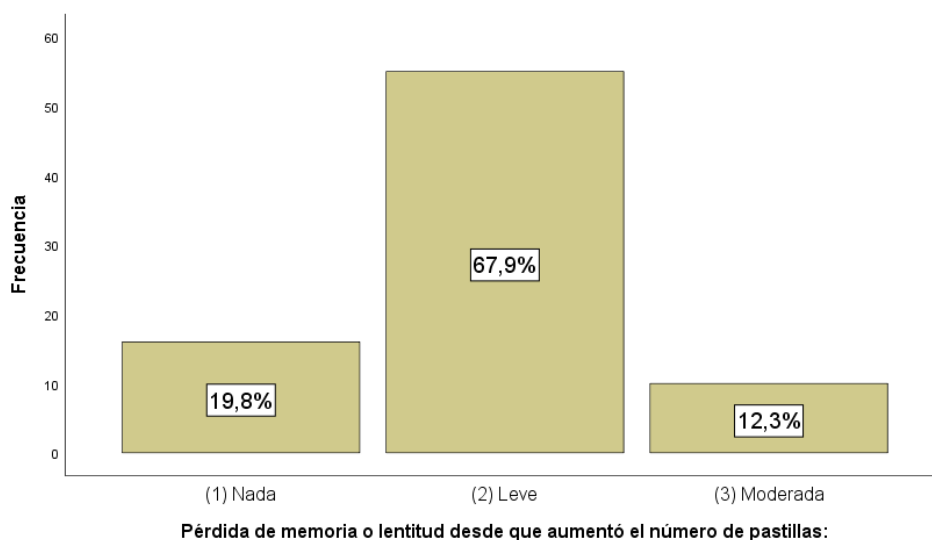
Fuente: Elaboración propia

En los últimos tres meses, un 80.2% (65/81) de los adultos mayores ha sufrido caídas relacionadas con mareos o somnolencia por medicamentos, mientras que un 19.8% (16/81) no ha presentado este problema. Esto indica que los efectos secundarios de los fármacos asociados con mareos o somnolencia son frecuentes en la población evaluada.

Tabla 14*Pérdida de memoria o lentitud desde que aumentó el número de pastillas*

Pérdida de memoria o lentitud desde que aumentó el número de pastillas:	Frecuencia	Porcentaje
(1) Nada	16	19.8
(2) Leve	55	67.9
(3) Moderada	10	12.3
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 11*Pérdida de memoria o lentitud desde que aumentó el número de pastillas*

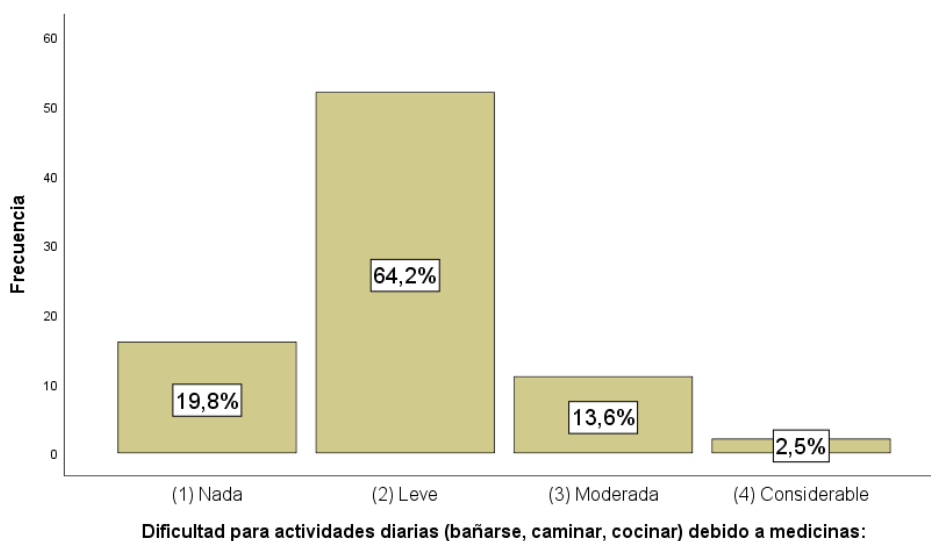
Fuente: Elaboración propia

Desde que aumentó el número de medicamentos, un 67.9% (55/81) de los adultos mayores reporta pérdida de memoria o lentitud leve, un 12.3% (10/81) indica que es moderada, y solo un 19.8% (16/81) no presenta este efecto. Esto sugiere que la mayoría experimenta algún grado de impacto cognitivo asociado al incremento en el consumo de fármacos.

Tabla 15*Dificultad para actividades diarias*

Dificultad para actividades diarias (bañarse, caminar, cocinar) debido a medicinas:	Frecuencia	Porcentaje
(1) Nada	16	19.8
(2) Leve	52	64.2
(3) Moderada	11	13.6
(4) Considerable	2	2.5
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 12*Dificultad para actividades diarias*

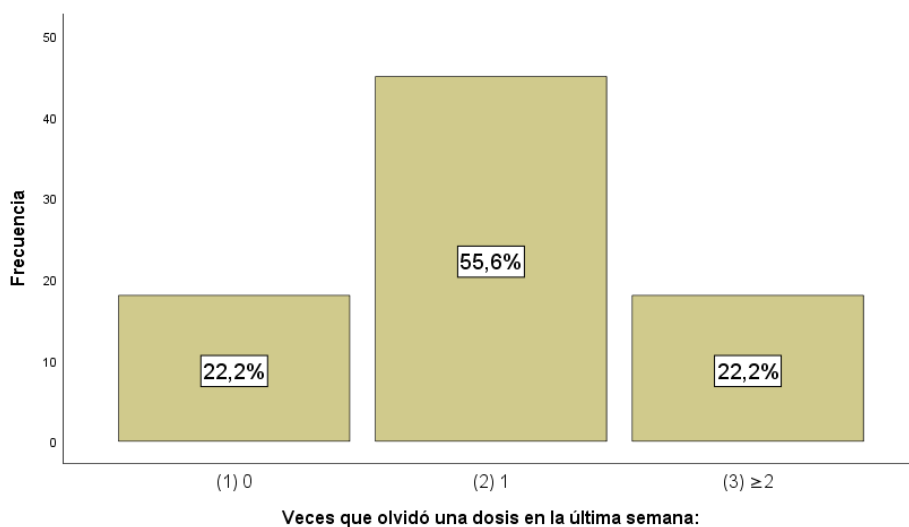
Fuente: Elaboración propia

En relación con las actividades diarias, un 64.2% (52/81) de los adultos mayores presenta dificultad leve para bañarse, caminar o cocinar debido a los medicamentos, un 13.6% (11/81) indica dificultad moderada, un 2.5% (2/81) tiene dificultad considerable, y un 19.8% (16/81) no experimenta ningún efecto. Esto muestra que la mayoría enfrenta algún grado de limitación funcional asociado al uso de fármacos.

Tabla 16*Veces que olvidó una dosis en la última semana*

Veces que olvidó una dosis en la última semana:	Frecuencia	Porcentaje
(1) 0	18	22.2
(2) 1	45	55.6
(3) ≥ 2	18	22.2
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 13*Veces que olvidó una dosis en la última semana*

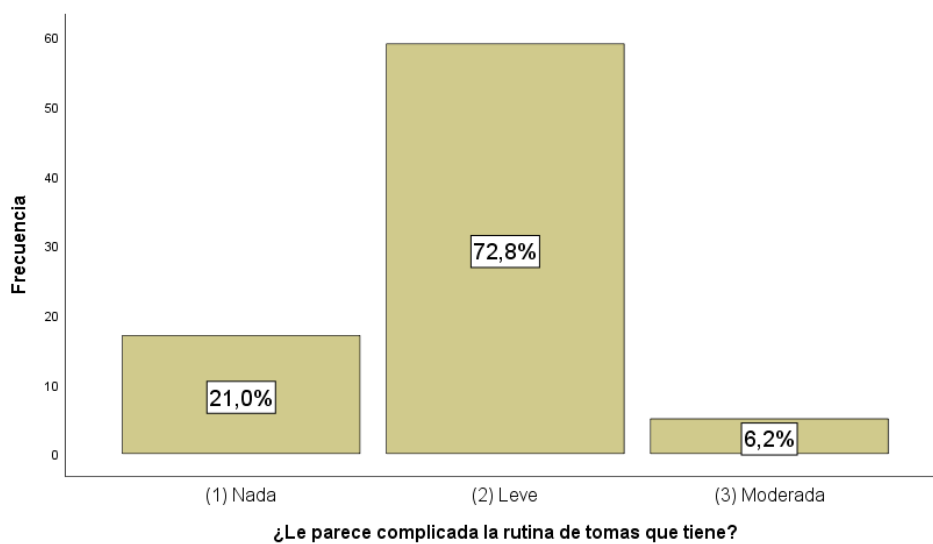
Fuente: Elaboración propia

En la última semana, un 55.6% (45/81) de los adultos mayores olvidó una dosis, un 22.2% (18/81) olvidó dos o más dosis, y un 22.2% (18/81) no olvidó ninguna. Esto indica que más de la mitad de la población presenta olvidos ocasionales en la toma de medicamentos.

Tabla 17*Complicación en la rutina de tomas que tiene*

¿Le parece complicada la rutina de tomas que tiene?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Nada	17	21.0
(2) Leve	59	72.8
(3) Moderada	5	6.2
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 14*Complicación en la rutina de tomas que tiene*

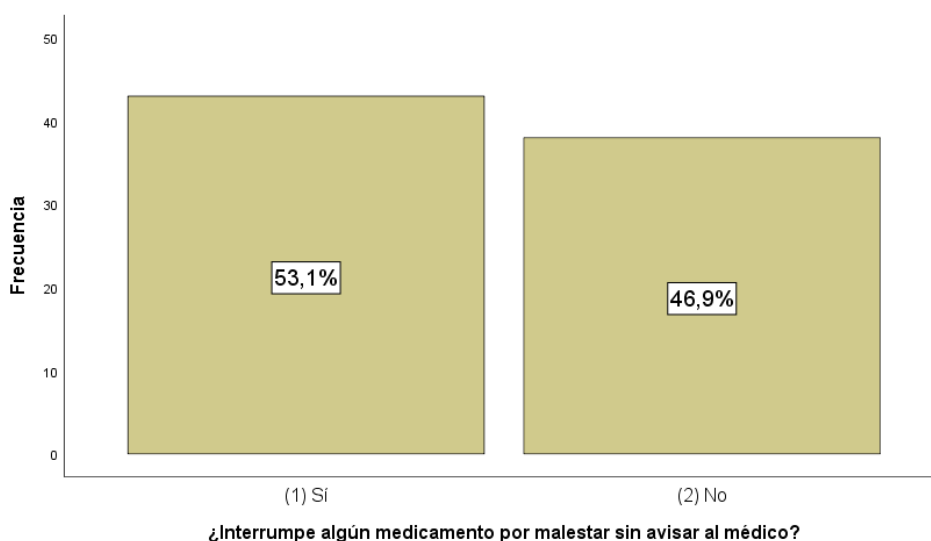
Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los adultos mayores, un 72.8% (59/81), considera que su rutina de toma de medicamentos es levemente complicada, un 6.2% (5/81) la percibe como moderada, y un 21.0% (17/81) no la considera complicada. Esto sugiere que, aunque la rutina genera cierta dificultad para la mayoría, la complejidad percibida suele ser leve.

Tabla 18*Interrupción de algún medicamento por malestar sin avisar al médico*

¿Interrumpe algún medicamento por malestar sin avisar al médico?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	43	53.1
(2) No	38	46.9
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 15*Interrupción de algún medicamento por malestar sin avisar al médico*

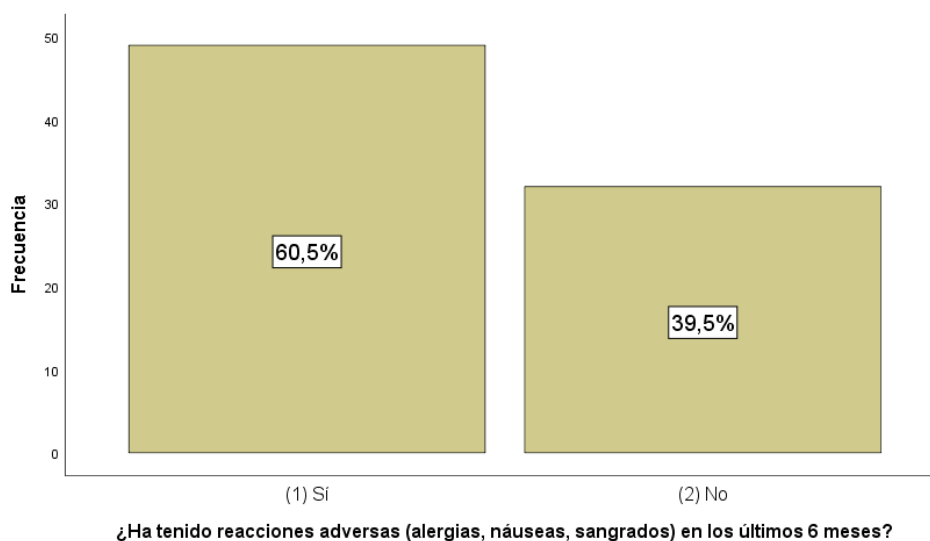
Fuente: Elaboración propia

Un 53.1% (43/81) de los adultos mayores interrumpe algún medicamento por malestar sin avisar al médico, mientras que un 46.9% (38/81) no lo hace. Esto indica que más de la mitad de la población podría estar modificando su tratamiento por iniciativa propia, lo que representa un riesgo potencial para su salud.

Tabla 19*Reacciones adversas en los últimos 6 meses*

¿Ha tenido reacciones adversas (alergias, náuseas, sangrados) en los últimos 6 meses?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	49	60.5
(2) No	32	39.5
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 16*Reacciones adversas en los últimos 6 meses*

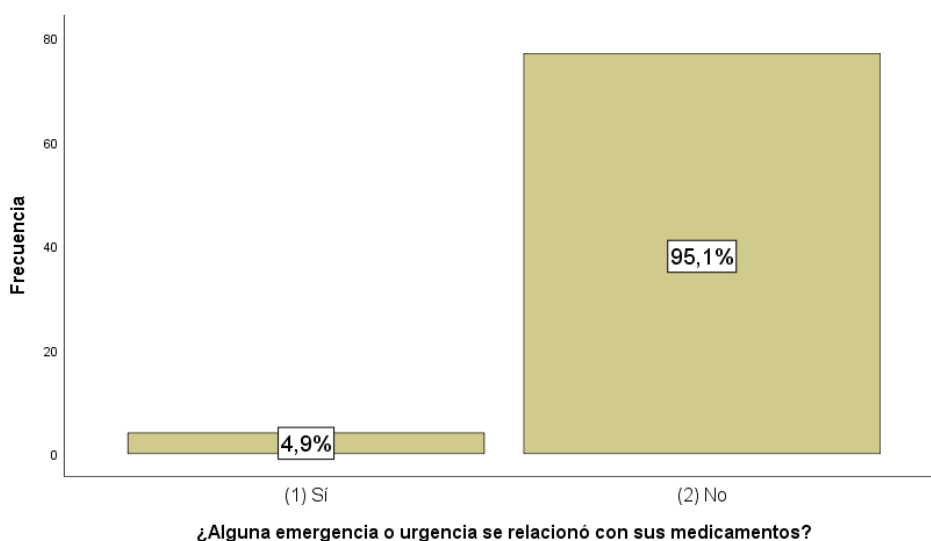
Fuente: Elaboración propia

En los últimos seis meses, un 60.5% (49/81) de los adultos mayores ha presentado reacciones adversas como alergias, náuseas o sangrados, mientras que un 39.5% (32/81) no ha tenido este tipo de efectos. Esto muestra que los efectos secundarios de los medicamentos son frecuentes en la población evaluada.

Tabla 20*Emergencias relacionadas con sus medicamentos*

¿Alguna emergencia o urgencia se relacionó con sus medicamentos?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	4	4.9
(2) No	77	95.1
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 17*Emergencias relacionadas con sus medicamentos*

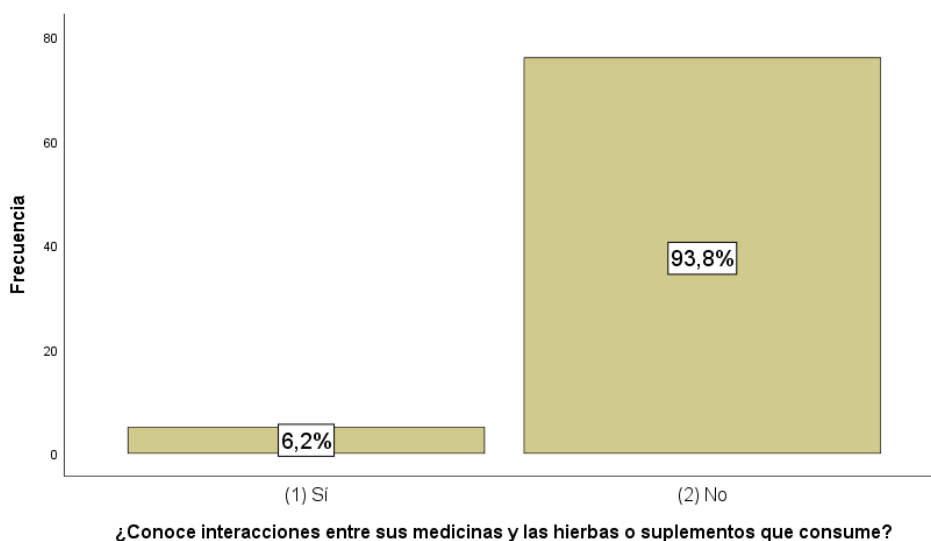
Fuente: Elaboración propia

Solo un 4.9% (4/81) de los adultos mayores ha experimentado alguna emergencia o urgencia relacionada con sus medicamentos, mientras que un 95.1% (77/81) no ha tenido este tipo de eventos. Esto indica que las complicaciones graves asociadas a la medicación son poco frecuentes en el grupo evaluado.

Tabla 21*Interacciones entre sus medicinas y hierbas o suplementos*

¿Conoce interacciones entre sus medicinas y las hierbas o suplementos que consume?	Frecuencia	Porcentaje
(1) Sí	5	6.2
(2) No	76	93.8
Total	81	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 18*Interacciones entre sus medicinas y hierbas o suplementos*

Fuente: Elaboración propia

Solo un 6.2% (5/81) de los adultos mayores reconoce interacciones entre sus medicamentos y los suplementos o hierbas que consume, mientras que la gran mayoría, un 93.8% (76/81), no tiene conocimiento de estas posibles interacciones. Esto sugiere una baja conciencia sobre riesgos de interacción farmacológica en la población evaluada.

3.1.2 Pruebas de hipótesis

Ho: No existen diferencias significativas en los promedios de calidad de vida según las características sociodemográficas de los adultos mayores.

Ha: Existen diferencias significativas en los promedios de calidad de vida según las características sociodemográficas de los adultos mayores.

Regla de decisión: Rechazar la $H_0 < 0.05$

Tabla 22

Puntaje promedio de la salud física, salud mental y calidad de vida (medida con el SF-12) de los adultos mayores, y la relación con variables sociodemográficas

	Puntaje promedio	Salud Física	Salud Mental	Calidad de Vida (SF-12)	Prueba de hipótesis
Edad	(1) 60–64	40.78	46.15	43.47	F= 1,480 Sig=0.217
	(2) 65–69	37.18	45.90	41.54	
	(3) 70–74	35.73	45.01	40.37	
	(4) 75–79	35.92	42.76	39.34	
	(5) 80 o más	35.08	45.96	40.52	
Sexo	(1) Masculino	36.81	44.63	40.72	t=0.158 sig=0.875
	(2) Femenino	35.97	45.15	40.56	
Estado civil	(1) Soltero(a)	38.58	41.59	40.08	F= 1,74 Sig=0.914
	(2) Casado(a) o conviviente	35.61	46.25	40.93	
	(3) Viudo(a)	36.69	43.87	40.28	
	(4) Separado(a)/divorciado(a)	37.32	44.99	41.15	
Nivel educativo	(1) Sin estudios	35.43	49.81	42.62	F= 5,214 Sig=0.03
	(2) Primaria completa/incompleta	34.15	42.33	38.24	
	(3) Secundaria completa/incompleta	37.26	44.82	41.04	
	(4) Técnica o universitaria	43.16	49.75	46.46	
Ocupación	(1) Jubilado(a)	37.75	41.90	39.83	F= 1.661 Sig=0.183
	(2) Ama de casa	35.70	45.40	40.55	
	(3) Trabaja actualmente	38.35	46.09	42.22	
	(4) Desempleado(a)	33.47	44.57	39.02	
	(1) SIS	35.14	44.78	39.96	

Tipo de seguro de salud	(2) EsSalud	38.85	44.24	41.55	F= 3.569 Sig=0.018
	(3) Particular	43.22	60.66	51.94	
	(4) No tiene	41.89	49.32	45.60	
Ingreso mensual aproximado (S/.)	(1) Menos de 500	37.74	43.75	40.75	F= 3.255 Sig=0.026
	(2) 500–999	40.37	45.79	43.08	
	(3) 1000–1499	37.10	60.83	48.96	
	(5) No percibe ingresos	34.34	44.94	39.64	
¿Vive con...?	(1) Solo(a)	38.47	43.44	40.95	F= 0.097 Sig=0.907
	(2) Pareja	33.73	45.96	39.85	
	(3) Hijos/familia	36.36	44.97	40.67	
Número de personas en el hogar	(1) 1	38.47	43.44	40.95	F= 0.089 Sig=0.966
	(2) 2	35.87	46.39	41.13	
	(3) 3	35.14	45.58	40.36	
	(4) 4 o más	36.63	44.45	40.54	
Acceso regular a controles médicos por su enfermedad cardiovascular:	(1) Sí	36.45	44.92	40.68	t=0.669 sig=0.506
	(2) No	33.34	41.97	37.65	

Nota: La F representa el estadístico de prueba de Anova y t es la prueba T de student.

Respecto a los puntajes promedio del SF-12 según características sociodemográficas, se observa que no hay diferencias significativas por edad, sexo, estado civil, ocupación o convivencia, ya que las pruebas de hipótesis arrojan valores de $p > 0.05$. Sin embargo, los resultados muestran diferencias significativas en función del nivel educativo ($p=0.03$), el tipo de seguro de salud ($p=0.018$) y el ingreso mensual ($p=0.026$), indicando que quienes tienen mayor educación, seguro particular o ingresos más altos presentan puntajes de salud física, mental y calidad de vida más elevados. En general, se aprecia que la educación, el acceso a un seguro más completo y mayores recursos económicos están asociados con mejor percepción de salud y calidad de vida, mientras que otras variables sociodemográficas no muestran relación significativa con los puntajes del SF-12 en esta muestra.

Ho: No existen diferencias significativas en los promedios de salud física, salud mental y calidad de vida (SF-12) entre los adultos mayores según el número de medicamentos que toma cada día.

Ha: Existen diferencias significativas en los promedios de salud física, salud mental y calidad de vida (SF-12) entre los adultos mayores según el número de medicamentos que toma cada día.

Tabla 23

Relación entre el número de medicamentos diarios y la salud física, mental y calidad de vida

Número total de medicamentos que toma cada día:		Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	F	Sig.
Salud Física	(2) 2–4	24.02	54.56	37.68	6.94	11.44	0.001
	(3) 5–9	26.95	47.25	34.64	5.28		
Salud Mental	(2) 2–4	31.16	60.83	46.33	7.06	4.46	0.038
	(3) 5–9	27.70	60.78	42.87	7.07		
Calidad de Vida (SF-12)	(2) 2–4	34.04	51.94	42.00	4.51	4.61	0.035
	(3) 5–9	27.72	45.41	38.75	3.75		

Fuente: Elaboración propia

Respecto al número total de medicamentos que toman diariamente los adultos mayores, se observa que aquellos que consumen entre 2–4 medicamentos presentan puntajes más altos en salud física (media=37.68), salud mental (media=46.33) y calidad de vida global (media=42.00) en comparación con quienes toman 5–9 medicamentos (salud física=34.64; salud mental=42.87; calidad de vida=38.75). Las pruebas de hipótesis muestran diferencias significativas en las tres dimensiones ($p < 0.05$), lo que indica que un mayor número de medicamentos diarios se asocia con una percepción de salud y calidad de vida menor en este grupo de adultos mayores.

Tabla 24
Relación entre la Polifarmacia y la calidad de vida

		Calidad de Vida (SF-12)										Total	Chi-cuadrado	
		<30 Muy bajo		30–39.9 Bajo		40–49.9 Por debajo		50–59.9 Promedio		≥60 Alto				
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Número total de medicamentos que toma cada día:	(2) 2–4	0	0.0%	18	22.2%	26	32.1%	2	2.5%	2	2.5%	48	59.3%	$\chi^2=10.079$ sig=0.039
	(3) 5–9	1	1.2%	22	27.2%	10	12.3%	0	0.0%	0	0.0%	33	40.7%	
	Total	1	1.2%	40	49.4%	36	44.4%	2	2.5%	2	2.5%	81	100.0%	
Adecuación de los medicamentos para las enfermedades (ECV y crónicas)	(2) Poco	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%	1	1.2%	2	2.5%	$\chi=25.786$ sig=0.001
	(3) Regular	1	1.2%	28	34.6%	24	29.6%	0	0.0%	0	0.0%	53	65.4%	
	(4) Bastante	0	0.0%	12	14.8%	11	13.6%	2	2.5%	1	1.2%	26	32.1%	
	Total	1	1.2%	40	49.4%	36	44.4%	2	2.5%	2	2.5%	81	100.0%	
Caídas por mareos o somnolencia debido a medicamentos en los últimos 3 meses	(1) Sí	1	1.2%	34	42.0%	29	35.8%	0	0.0%	1	1.2%	65	80.2%	$\chi=10.098$ sig=0.039
	(2) No	0	0.0%	6	7.4%	7	8.6%	2	2.5%	1	1.2%	16	19.8%	
	Total	1	1.2%	40	49.4%	36	44.4%	2	2.5%	2	2.5%	81	100.0%	
Pérdida de memoria o lentitud desde que aumentó el número de pastillas:	(1) Nada	0	0.0%	3	3.7%	9	11.1%	2	2.5%	2	2.5%	16	19.8%	$\chi=21.166$ sig=0.007
	(2) Leve	1	1.2%	31	38.3%	23	28.4%	0	0.0%	0	0.0%	55	67.9%	
	(3) Moderada	0	0.0%	6	7.4%	4	4.9%	0	0.0%	0	0.0%	10	12.3%	
	Total	1	1.2%	40	49.4%	36	44.4%	2	2.5%	2	2.5%	81	100.0%	
Dificultad para actividades diarias (bañarse, caminar, cocinar) debido a medicinas:	(1) Nada	0	0.0%	1	1.2%	11	13.6%	2	2.5%	2	2.5%	16	19.8%	$\chi=39.362$ sig=0.000
	(2) Leve	0	0.0%	30	37.0%	22	27.2%	0	0.0%	0	0.0%	52	64.2%	
	(3) Moderada	1	1.2%	9	11.1%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	11	13.6%	
	(4) Considerable	0	0.0%	0	0.0%	2	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.5%	
Total	1	1.2%	40	49.4%	36	44.4%	2	2.5%	2	2.5%	81	100.0%		
Reacciones adversas (alergias, náuseas, sangrados) en los últimos 6 meses	(1) Sí	1	1.2%	31	38.3%	16	19.8%	1	1.2%	0	0.0%	49	60.5%	$\chi=12.528$ sig=0.014
	(2) No	0	0.0%	9	11.1%	20	24.7%	1	1.2%	2	2.5%	32	39.5%	
	Total	1	1.2%	40	49.4%	36	44.4%	2	2.5%	2	2.5%	81	100.0%	
Conocimiento de interacciones entre medicamentos y suplementos	(1) Sí	0	0.0%	2	2.5%	1	1.2%	1	1.2%	1	1.2%	5	6.2%	$\chi=14.143$ sig=0.007
	(2) No	1	1.2%	38	46.9%	35	43.2%	1	1.2%	1	1.2%	76	93.8%	
	Total	1	1.2%	40	49.4%	36	44.4%	2	2.5%	2	2.5%	81	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla anterior muestra los resultados de relación entre la polifarmacia y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores, observándose que el número de medicamentos que toma el paciente, la adecuación de estos mismo a sus enfermedades (ECV, crónicas), los efectos secundarios del consumo de medicamentos y el conocimiento de las interacciones entre estos medicamentos resultaron significativas y se asocian a la calidad de vida del adulto mayor.

Respecto al número total de medicamentos que toma cada día, se observa que el 27.2% de pacientes tiene una calidad de vida baja y a su vez consume entre 5 a 9 medicamentos cada día. Así mismo, se concluye que existe una relación significativa entre el número de medicamentos que toma y la calidad de vida del paciente ($\chi^2=10.079$, sig=0.039).

En cuanto a la adecuación de los medicamentos para las enfermedades (ECV y crónicas), el 34.6% de los adultos mayores considera que sus medicamentos son regulares, y este grupo presenta una calidad de vida principalmente baja (30–39.9). La relación entre la adecuación de los medicamentos y la calidad de vida es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 25.786$, sig = 0.001), indicando que la percepción de la adecuación de los medicamentos influye en la calidad de vida.

Respecto a las caídas por mareos o somnolencia debido a medicamentos en los últimos 3 meses, el 42% de los adultos mayores que reportan caídas debido a estos efectos tienen una calidad de vida baja (30–39.9). La relación es significativa ($\chi^2 = 10.098$, sig = 0.039), lo que sugiere que los efectos adversos de los medicamentos, como mareos y somnolencia, impactan negativamente en la calidad de vida.

En cuanto a la pérdida de memoria o lentitud desde que aumentó el número de pastillas, el 38.3% de los adultos mayores que experimentan una pérdida de memoria leve reportan una calidad de

vida baja (30–39.9). Esta relación es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 21.166$, sig = 0.007), indicando que la pérdida de memoria o lentitud puede afectar la calidad de vida de manera notable.

Respecto a la dificultad para realizar actividades diarias (bañarse, caminar, cocinar) debido a medicamentos, el 37% de los adultos mayores que experimentan dificultad leve en estas actividades tienen una calidad de vida baja (30–39.9). La relación entre las dificultades diarias y la calidad de vida es muy significativa ($\chi^2 = 39.362$, sig = 0.000), lo que refuerza la idea de que las limitaciones en actividades cotidianas afectan directamente la calidad de vida.

En cuanto a las reacciones adversas (alergias, náuseas, sangrados) en los últimos 6 meses, el 38.3% de los adultos mayores que han tenido estas reacciones reportan una calidad de vida baja (30–39.9). La relación es significativa ($\chi^2 = 12.528$, sig = 0.014), lo que sugiere que las reacciones adversas de los medicamentos tienen un impacto considerable en la calidad de vida.

Finalmente, respecto al conocimiento de interacciones entre medicamentos y suplementos, el 46.9% de los adultos mayores no tiene conocimiento de estas interacciones, y la mayoría de ellos reporta una calidad de vida baja (30–39.9). La relación es significativa ($\chi^2 = 14.143$, sig = 0.007), lo que indica que la falta de conocimiento sobre las interacciones puede influir negativamente en la calidad de vida.

En resumen, el uso de múltiples medicamentos, las reacciones adversas, las dificultades diarias y la falta de conocimiento sobre las interacciones están fuertemente asociados con una calidad de vida baja en los adultos mayores, con relaciones estadísticamente significativas en varios casos.

IV. DISCUSIÓN

En cuanto al primer objetivo, se halló que la muestra está entre 75-79 años (28.4%) y de 80 años o más (24.7%). Estos resultados son similares a los de Paz et al.⁴² en la investigación sobre fragilidad en adultos mayores con riesgo cardiovascular colombianos, encontraron una edad promedio de 71 años. La distribución por género (53.1% masculino, 46.9% femenino) difiere de otros estudios regionales donde predomina la participación femenina, como el de Paz et al.⁴² que reportó 69.6% de mujeres, o el estudio mexicano de Enríquez et al.⁴³ que encontró 55.4% de mujeres en adultos mayores con polifarmacia. Los hallazgos sobre estado civil muestran que 48.1% están casados o convivientes y 34.6% son viudos, datos que se alinean con el perfil encontrado por Paz et al.⁴² donde 55.3% eran solteros (incluyendo viudos). La estructura familiar encontrada, donde 84% vive con hijos o familiares y 55.6% en hogares de 4 o más personas, es consistente con los patrones de convivencia reportados en la región. Según el análisis de Esteve y Zueras⁴⁴, estos arreglos familiares extensos son característicos de países con sistemas de protección social limitados. El predominio de educación secundaria completa o incompleta (56.8%) refleja las limitaciones educativas históricas de esta cohorte generacional. Este patrón es consistente con Carvajal et al.⁴⁵ en Antioquia, Colombia, quienes reportaron predominio de bajo nivel educativo y socioeconómico en adultos mayores. La asociación significativa encontrada entre nivel educativo y calidad de vida concuerda que a mejor escolaridad se vincula con mejor comprensión de temas de salud y adherencia a tratamientos. La alta afiliación al SIS (67.9%) refleja la dependencia del sistema público de salud en poblaciones vulnerables peruanas. Esta situación es comparable con estudios en otros países latinoamericanos donde los adultos mayores dependen principalmente de sistemas públicos subsidiados. La asociación significativa entre tipo de seguro y calidad de vida sugiere que el acceso a servicios de salud impacta directamente en los

resultados de salud, como señala Soto et al. (2020). Los ingresos reportados (32.1% gana menos de 500 soles, 49.4% no percibe ingresos) evidencian la precariedad económica de esta población. La ocupación predominante como ama de casa (38.3%) refleja patrones de género y generacionales característicos. La asociación entre ingresos y calidad de vida confirma los determinantes sociales de la salud en adultos mayores, consistente con la literatura sobre vulnerabilidad social en personas mayores durante crisis económicas ⁴⁶. El excelente acceso a controles médicos (98.8%) contrasta positivamente con estudios en lugares alejados de la ciudad. Por ejemplo, Fuenzalida et al. (2025) reportaron significativa reducción en la asistencia a controles preventivos durante la pandemia COVID-19 en zonas rurales. Este hallazgo sugiere que la ubicación urbana de la botica y su integración con el sistema de salud facilita el seguimiento médico regular.

El segundo objetivo, identificar la frecuencia de polifarmacia, se cumple al encontrar al 40.7% de los ancianos toma entre 5 y 9 medicamentos y el 59.3% consume entre dos a cuatro medicamentos cada día. Estos resultados concuerdan con Enriquez et al. ⁴³, quienes encontraron que 63% de su muestra tuvo polifarmacia. Cervantes-Becerra et al. ⁴⁷ en atención primaria reportaron 54.7% de polifarmacia en adultos mayores, mientras que estudios españoles como el de Galindo-Ortego et al. ⁴⁸ encontraron alta prevalencia de polifarmacia en individuos con problemas cardiacos. Esta convergencia de estos hallazgos sugiere patrones similares de envejecimiento y multimorbilidad a nivel global.

Respecto al tercer objetivo consistente en evaluar la calidad de vida en ancianos con enfermedades cardiovasculares, se encontró que ostentan calidad de vida por debajo del promedio en varias dimensiones. En cuanto a la salud física, la puntuación media de salud física fue de 36.41 en la escala SF-12. García et al. ⁴⁹ investigó acerca de la deprescripción en personas mayores, destacan que la polifarmacia está ligada a una serie de riesgos significativos. Estos incluyen un aumento en

las interacciones farmacológicas, una menor adherencia al tratamiento, una mayor incidencia de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y una alta probabilidad de recibir medicación inapropiada. Estos efectos adversos explicarían directamente la baja puntuación en salud física observada en nuestros participantes. La puntuación media de 44.88 en salud mental, con más del cincuenta por ciento por debajo del promedio, encuentra sustento en la literatura sobre los efectos neurocognitivos de la polifarmacia. Como señala Archila et al.⁵⁰, han observado que un aumento en la polifarmacia incrementa la probabilidad de desarrollar diversas afecciones como el deterioro cognitivo leve. Estos efectos sobre la función cognitiva y el estado emocional explicarían directamente los bajos puntajes en salud mental encontrados en nuestro estudio. Estos resultados concuerdan con Adjeroh et al.¹³, que hallaron asociación inversa entre el número de medicamentos consumidos y las puntuaciones del SF-12.

Respecto al objetivo número cuatro, relación de la cantidad de medicamentos consumidos y las dimensiones de la calidad de vida, los hallazgos demuestran diferencias en los que consumen 2-4 medicamentos versus 5-9 medicamentos en todas las dimensiones evaluadas están respaldados por una sólida base científica que confirma el impacto perjudicial del incremento en el número de fármacos prescritos. Los resultados que muestran una puntuación significativamente mayor en salud física para el grupo de 2-4 medicamentos (37.68) comparado con 5-9 medicamentos (34.64) son consistentes con la literatura científica sobre el umbral crítico de la polifarmacia. Esteban et al.⁵¹ en su revisión sobre deprescripción señalan que la mayoría de los estudios definen la polimedición como el consumo diario de cinco o más medicamentos, umbral donde se incrementan efectos adversos. Esta definición coincide exactamente con nuestros hallazgos, donde el deterioro se evidencia al superar los 4 medicamentos. Esto es concordante con Flores et al.⁵² quienes encontraron resultados negativos asociados a la medicación, observándose deterioro físico

cuando se incrementa el número de fármacos. La diferencia significativa encontrada en salud mental entre los grupos 2-4 medicamentos (46.33) y 5-9 medicamentos (42.87) refleja las consecuencias neuropsicológicas documentadas de la polimedicación. Ruiz de Adana ⁵³ en su análisis de los resultados negativos relacionados con la medicación (RNM), se subraya que estos constituyen un problema significativo para la salud pública. Estos efectos adversos incluyen alteraciones cognitivas y del estado de ánimo que impactan directamente en la salud mental percibida. Fernández ⁵⁴ explica que más del 50% de los adultos mayores padecen al menos tres enfermedades crónicas. Esta multimorbilidad conlleva un mayor uso de recursos sanitarios, una menor calidad de vida y un aumento en la tasa de efectos adversos.

Los resultados del objetivo general confirman de manera robusta la hipótesis central de esta investigación: la polifarmacia se relaciona de forma significativa y multifactorial con una menor calidad de vida en los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares. Este estudio desglosa las dimensiones a través de las cuales la carga farmacológica ejerce su impacto negativo. Se evidencia que no solo la cantidad de medicamentos ($p=0.039$), sino también la percepción sobre su adecuación ($p=0.001$), la cascada de efectos desfavorables, deterioro funcional y falta de conocimiento del paciente, son componentes críticos que, en conjunto, menoscaban la calidad de vida en esta población. El número de medicamentos consumidos diariamente impacta directamente en el bienestar. De Almeida et al. ¹⁵, encontraron una asociación entre la polifarmacia y el deterioro en aspectos como síntomas físicos y vida en sociedad, concluyendo que el uso de múltiples medicamentos deteriora la calidad de vida. Nuestra investigación refuerza esta idea en el contexto cardiovascular, donde la gestión de 2 a 4 fármacos frente a 5 a 9 es estadísticamente diferente en cuanto a la percepción de la salud. Asimismo, la evidencia de Peral et al. ⁵⁵ complementa estos resultados, demostrando que la reducción en el número de medicamentos tiene impactos

cuantificables. Sin embargo, uno de los hallazgos más potentes es la relación entre la adecuación de los medicamentos y calidad de vida ($p=0.001$). Esto sugiere que el bienestar del paciente no solo depende de la cantidad de pastillas, sino de su confianza y comprensión sobre la pertinencia de su tratamiento. La investigación de Asenjo ¹⁷ en un hospital peruano, encontró relacionadas la enfermedad crónica con la presencia de polifarmacia, advirtiendo sobre los riesgos de eventos adversos, lo que indirectamente apoya la necesidad de una prescripción más racional y justificada para mejorar los resultados en el paciente. Por su parte Fernández ⁵⁶ sostiene que la revisión periódica de la medicación ofrece múltiples beneficios a los pacientes, como una mayor seguridad en el tratamiento, una mejor adherencia a las prescripciones, un control más efectivo de sus patologías y, en consecuencia, una mejora significativa en su calidad de vida. Asimismo, el autor estima que una proporción considerable, aproximadamente el 10%, de los ingresos hospitalarios en adultos mayores que residen en la comunidad son atribuibles a efectos adversos relacionados con la medicación. Esta evidencia valida la importancia crítica de la adecuación farmacoterapéutica como determinante de la calidad de vida. La conexión entre los efectos secundarios y la calidad de vida es otro pilar de nuestros resultados. Los mareos, la somnolencia ($p=0.039$) y la pérdida de memoria ($p=0.007$) no son meras molestias, sino eventos adversos que conducen a un deterioro funcional tangible, como lo demuestra la asociación con las dificultades en actividades diarias ($p=0.000$). Sanchez-Rodriguez et al. ⁹, destacan que el impacto de la polifarmacia en la calidad de vida se materializa a través de la fragilidad y la pérdida de autonomía causadas por las reacciones adversas y las interacciones farmacológicas. Nuestros hallazgos cuantifican esta relación, mostrando que las limitaciones para bañarse, caminar o cocinar son una de las consecuencias más devastadoras de un régimen farmacológico mal gestionado, impactando directamente en el núcleo de la independencia del adulto mayor. Por su parte Esteban et al. ⁵¹

señalan que la progresiva prolongación de la vida de la población, el incremento de la incidencia de enfermedades y el consecuente aumento del uso de fármacos han convertido la polimedicación en una problemática de salud de máxima relevancia debido a sus repercusiones en el aumento de reacciones adversas, interacciones entre medicamentos y la promoción del deterioro de la funcionalidad en los pacientes. Finalmente, la falta de conocimiento sobre las interacciones entre medicamentos y suplementos ($p=0.007$) revela una brecha crítica en la atención farmacéutica y la educación al paciente. La polifarmacia se vuelve aún más peligrosa en un contexto de baja alfabetización en salud. Herrera-Añazco et al. ⁶, encontraron uso extendido de medicamentos de venta libre y de marca sin supervisión, lo que agrava los riesgos de la polifarmacia. La falta de conocimiento sobre interacciones, hallada en nuestra investigación, es una faceta de este mismo problema y se asocia a una peor calidad de vida. Los resultados confirman que la polifarmacia es un fenómeno complejo cuyo impacto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares es mediado por una red de factores interconectados. La cantidad de fármacos, su pertinencia, los efectos adversos que provocan, el declive funcional resultante y la desinformación del paciente son las vías a través de las cuales se erosiona el bienestar.

V. CONCLUSIONES

1. La polifarmacia tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores, ya que la cantidad de medicamentos consumidos y la adecuación de los mismos a sus enfermedades afectan directamente su bienestar. Los efectos secundarios de los medicamentos, como mareos, somnolencia, pérdida de memoria y lentitud, también influyen negativamente en la calidad de vida. Además, las dificultades en las actividades diarias y las reacciones adversas derivadas del uso de múltiples medicamentos refuerzan el impacto negativo en la salud física y mental. Estos resultados resaltan la importancia de una gestión adecuada de la polifarmacia en esta población para mejorar su calidad de vida.
2. En cuanto a las características sociodemográficas, la muestra de adultos mayores atendidos en la Botica Familia y Salud se caracteriza por una población predominantemente entre 75 y 79 años, con una ligera mayoría masculina. La mayoría presenta un nivel educativo bajo, depende en gran medida del seguro público y vive en hogares extendidos con familiares. Estas características sociodemográficas influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, siendo el nivel educativo, el tipo de seguro de salud y los ingresos mensuales factores significativos que impactan en la calidad de vida del paciente.
3. Respecto a la prevalencia de polifarmacia en esta población es considerable, ya que la mayoría consume entre 2 y 9 medicamentos diariamente (59.3%). Esta condición está asociada con un deterioro en la calidad de vida de los adultos mayores, evidenciado por puntajes por debajo del promedio en salud física y mental.

4. Respecto al nivel de calidad de vida percibida por los adultos mayores los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares presentan una calidad de vida por debajo del promedio en varias dimensiones. En cuanto a la salud física (el 54.3%), salud mental (55.6%) y calidad de vida (49.4%) todas presentan un nivel bajo, con un promedio de 40.64.
5. Respecto a la relación entre la cantidad de medicamentos consumidos y las dimensiones de la calidad de vida (física, emocional y social) en adultos mayores, los resultados sugieren que un menor número de medicamentos está asociado con mejores puntajes en salud física, salud mental y calidad de vida en los adultos mayores.

VI. RECOMENDACIONES

1. Respecto al impacto significativo de la polifarmacia en la calidad de vida, se recomienda la implementación de un enfoque multidisciplinario en la atención de los adultos mayores, que involucre médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud para gestionar adecuadamente los medicamentos. Además, se debe sensibilizar a los profesionales de salud sobre los efectos adversos de la polifarmacia y promover el uso de tratamientos menos invasivos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
2. Dado que el nivel educativo, el tipo de seguro de salud y los ingresos influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, se recomienda implementar programas educativos de salud para esta población, enfocados en promover hábitos saludables, el uso adecuado de servicios de salud y el manejo de las enfermedades. Además, se debe fortalecer la integración de los adultos mayores en programas de apoyo social y mejorar la accesibilidad a servicios médicos, especialmente para aquellos con bajos ingresos y seguro público.
3. Se recomienda una revisión periódica de los tratamientos farmacológicos de los adultos mayores, con el fin de reducir la cantidad de medicamentos cuando sea posible y evitar la polifarmacia innecesaria. Los médicos deben trabajar en conjunto con los pacientes para evaluar la efectividad y necesidad de cada medicamento, priorizando aquellos que sean estrictamente necesarios para el manejo de las enfermedades.
4. Para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares, se recomienda la creación de programas de rehabilitación física y mental que incluyan ejercicio regular, apoyo psicológico y estrategias para el manejo del

estrés. Además, es esencial fortalecer los servicios de atención domiciliaria y social para mejorar su bienestar y autonomía en las actividades diarias.

5. Respecto a la relación entre medicamentos y calidad de vida, se recomienda fomentar la prescripción de un número reducido de medicamentos cuando sea posible, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Además, es importante proporcionar un seguimiento cercano para evaluar cómo los cambios en el tratamiento farmacológico impactan en su salud física y mental, promoviendo alternativas terapéuticas que favorezcan su bienestar integral.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Januário BD, Mafra NS, de Souza Silva H, Carvalho IM, Sena ALS, Pereira APGS, et al. Worldwide Prevalence of Polypharmacy: A Systematic Review. *Curr Drug Metab.* 2023;24(8):568-86.
2. Mortelmans L, Goossens E, De Graef M, Van Dingenen J, De Cock AM, Petrovic M, et al. Evaluation of methods measuring medication adherence in patients with polypharmacy: a longitudinal and patient perspective [Internet]. Vol. 80, *European Journal of Clinical Pharmacology*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2024. p. 891-900. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85186426162&doi=10.1007%2fs00228-024-03661-1&partnerID=40&md5=b0598fb116081af591ece0f965a8d519>
3. Burgos R del CD, Calderón JAR. Polifarmacia en el Adulto Mayor. Revisión Bibliográfica. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 11 de octubre de 2024 [citado 21 de mayo de 2025];8(4):12820-36. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/13553>
4. Nguyen T, Wong E, Ciummo F. Polypharmacy in Older Adults: Practical Applications Alongside a Patient Case. *J Nurse Pract* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 24 de julio de 2024];16(3):205-9. Disponible en: [https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(19\)31051-7/fulltext](https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(19)31051-7/fulltext)
5. Paniagua-Pérez A, Huerta-Ramírez S, Rodríguez-López L, Zavaleta-Ávila A. Días de estancia y causas de mortalidad en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital general. *ResearchGate* [Internet]. 2023 [citado 21 de mayo de 2025];14(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/374278723_Das_de_estancia_y_causas_de_mortalidad_en_adultos_mayores_hospitalizados_en_el_servicio_de_medicina_interna_de_un_hospital_general
6. Herrera-Añazco P, Mougnot B, Benites-Meza JK, Barturén-Alvarado LC, Zumarán-Nuñez CJ, Boyd-Gamarra MA, et al. Self-Medication Practices, Use of Brand-Name, and Over-the-Counter Medicines by Peruvian Older Adults. *Can Geriatr J* [Internet]. 2023 [citado 24 de julio de 2024];26(1):187-99. Disponible en: <https://cris.cientifica.edu.pe/es/publications/self-medication-practices-use-of-brand-name-and-over-the-counter->
7. MINSA. Análisis de Situación de Salud del Perú, 2021 [Internet]. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2021 p. 145. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6279.pdf>
8. Alarcón M, Fernández C, Vásquez E. Polifarmacia y su impacto en la salud de adultos mayores. *Rev Peru Geriatria.* 2021;5(2):123-30.
9. Sanchez-Rodriguez JR, Escare-Oviedo CA, Olivares VEC, Robles-Molina CR, Vergara-Martínez MI, Jara-Castillo CT. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida.

- Revision de literatura. Rev Salud Pública [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 16 de junio de 2025];21(2):271-7. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/76678>
10. Paredes A, Rodríguez L, García C. La polifarmacia en adultos mayores: Un análisis desde la salud pública. *Salud Pública Soc.* 2020;14(4):303-15.
 11. Vásquez E, Alarcón M, Fernández C. Automedicación y polifarmacia en adultos mayores: Un problema de salud pública. *Rev Médica Perú.* 2020;36(3):251-8.
 12. Sheikh M, Asmar M. Polypharmacy and severe potential drug-drug interactions among older adults with cardiovascular disease in the United States. *BMC Geriatr* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 17 de julio de 2025];21(1):1-6. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-021-02183-0>
 13. Adjeroh L, Brothers T, Shawwa K, Ikram M, Al-Mamun MA. The association between polypharmacy and health-related quality of life among non-dialysis chronic kidney disease patients. *PLOS ONE* [Internet]. 13 de noviembre de 2023 [citado 24 de julio de 2024];18(11):e0293912. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0293912>
 14. Alnaim AA, Almuhanha SM, AlHussain AK, Alkhteeb NA, Alabdullah ZA. Prevalence of polypharmacy and medication-related quality of life among adult patients in Al-Ahsa, Saudi Arabia • *JML Journal of Medicine and Life.* *JML J Med Life* [Internet]. 16 de diciembre de 2023 [citado 24 de julio de 2024]; Disponible en: <https://medandlife.org/uncategorized/prevalence-of-polypharmacy-and-medication-related-quality-of-life-among-adult-patients-in-al-ahsa-saudi-arabia/>
 15. De Almeida EF, Goulart J, Moraes JT, Lanza FM, Cortez DN. Calidad de vida asociada con polifarmacia en personas con lesiones cutáneas crónicas. *J Wound Care* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 20 de mayo de 2025];31(LatAm sup 6):34-40. Disponible en: http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2022.31.LatAm_sup_6.34
 16. Cavalcanti RDS, Rodrigues EDDS, Silva ERM. Polimedicação em idosos e a importância do cuidado farmacêutico / Polymedication in the elderly and the importance of pharmaceutical care. *Braz J Dev* [Internet]. 25 de febrero de 2022 [citado 20 de mayo de 2025];8(2):15115-26. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/44612>
 17. Asenjo JA. Polifarmacia en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidos en un hospital provincial. *Rev Finlay* [Internet]. diciembre de 2022 [citado 17 de julio de 2025];12(4):417-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342022000400417&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 18. Quispe Valdez MJ, Arias Santana VA. La Polifarmacia y Calidad de Vida en Salud (SF-36) del Personal en Situación de Retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018. 2019 [citado

- 24 de julio de 2024];8(2). Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3144254>
19. Aguilar Chávez RJ, Candela Rodríguez CL. Polifarmacia y calidad de vida en adultos de la tercera edad en el grupo 18 y 19 del primer sector del distrito de Villa el Salvador – Lima Metropolitana, 2021-2022. Repos Inst-Wien [Internet]. 9 de julio de 2022 [citado 24 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7286>
 20. Calle Vilca M, Mendoza Gutierrez L, Flores D, Junchaya Yllescas V. Polifarmacia y calidad de vida en adultos mayores del Centro Residencial Beneficencia de Huancayo. Visionarios En Cienc Technol. 27 de enero de 2022;6:83-8.
 21. Godoy-Valderrama NB, Aguilar Vásquez R, Valero Cedeño NJ. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares: una revisión narrativa. UNESUM - Cienc Rev Científica Multidiscip [Internet]. 5 de enero de 2024 [citado 17 de julio de 2025];8(1):61-74. Disponible en: <https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/776>
 22. Seclen S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco A, et al. Prevalencia de Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial e Hipercolesterolemia como Factores de Riesgo Coronario y Cerebrovascular en Población Adulta de la Costa, Sierra y Selva del Perú. ACTA MEDICA Peru [Internet]. 1999 [citado 17 de julio de 2025];17(1). Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/3446>
 23. Parra Gómez LA, Puerta Rojas JP, Vasquez Cadena AJ, Escalante Remolina MA, Lora Mantilla ÁJ, Villabona Flórez SJ, et al. Prevalence of Metabolic Syndrome in Latin America: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2025 [citado 17 de julio de 2025]. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=5089249>
 24. Sánchez R, Coca A, De Salazar DIM, Alcocer L, Aristizabal D, Barbosa E, et al. 2024 Latin American Society of Hypertension guidelines on the management of arterial hypertension and related comorbidities in Latin America. J Hypertens [Internet]. enero de 2025 [citado 17 de julio de 2025];43(1):1-34. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/HJH.0000000000003899>
 25. Vera-Ponce VJ, Zuzunaga-Montoya FE, Vásquez-Romero LEM, Loayza-Castro JA, Valladares-Garrido MJ, Carrillo CIGD. Trend and Factors Associated with Cardiovascular Risk in Peru: An Analysis of the National Demographic and Family Health Survey, 2014-2022 [Internet]. medRxiv; 2024 [citado 17 de julio de 2025]. p. 2024.05.22.24307711. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.05.22.24307711v1>
 26. Ordúñez P. Cardiovascular Health in the Americas: Facts, Priorities and the UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases. MEDICC Rev [Internet]. 2011 [citado 17 de julio de 2025];13(4):6. Disponible en: <https://mediccreview.org/cardiovascular-health-in-the-americas-facts-priorities-and-the-un-high-level-meeting-on-non-communicable-diseases/>
 27. Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. Expert Opin Drug Saf [Internet]. enero de 2014 [citado 24 de julio de 2024];13(1):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24711111/>

- 2024];13(1):10.1517/14740338.2013.827660. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864987/>
28. Ganga NP. Polypharmacy: An Overview | Journal of Pharmaceutical Care. 2022 [citado 25 de julio de 2024];10(4):229-233. Disponible en: <https://jpc.tums.ac.ir/index.php/jpc/article/view/514>
 29. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr [Internet]. 10 de octubre de 2017 [citado 25 de julio de 2024];17(1):230. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
 30. Benedan L, Digrandi A, Mariani P, Pilo C, Zenga M. Quality of life in Health Care: focus on patients. ASA 2022 Data-Driven Decis Mak [Internet]. 2023 [citado 25 de julio de 2024]; Disponible en: <https://books.fupress.com/catalogue/quality-of-life-in-health-care-focus-on-patients/13683>
 31. Kaplan RM, Hays RD. Health-Related Quality of Life Measurement in Public Health. Annu Rev Public Health [Internet]. 5 de abril de 2022 [citado 25 de julio de 2024];43(Volume 43, 2022):355-73. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-publhealth-052120-012811>
 32. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana; 2018. 753 p.
 33. Paitán HÑ, Mejía EM, Ramírez EN, Paucar AV. Metodología de la investigación cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis. Ediciones de la U; 2014. 538 p.
 34. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud En Tabasco [Internet]. 2005;11(1-2):333-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
 35. Arriagada L, Carrasco T, Araya M. Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 25 de julio de 2024];31(2):204-10. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-polifarmacia-deprescripcion-personas-mayores-S0716864020300237>
 36. Ware, Kosinski, Dewey. Short-Form 36 Health Survey (SF-36). En: A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires. Psychology Press; 2010.
 37. De Sordi JO. Techniques for Data Collection. En: De Sordi JO, editor. Qualitative Research Methods In Business: Techniques for Data Collection and Analysis [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024 [citado 26 de julio de 2024]. p. 61-75. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-50323-8_5

38. Haddad C, Sacre H, Obeid S, Salameh P, Hallit S. Validation of the Arabic version of the «12-item short-form health survey» (SF-12) in a sample of Lebanese adults. *Arch Public Health Arch Belg Sante Publique*. 23 de abril de 2021;79(1):56.
39. Méndez C. Metodología de la investigación: Diseño y desarrollo del... [Internet]. Primera. Alfaomega; 2020 [citado 18 de septiembre de 2023]. 186 p. Disponible en: <https://www.alphaeditorialcloud.com/reader/metodologia-de-la-investigacion-1598307637>
40. Su SW, Wang D. The Reliability and Validity of Short Form-12 Health Survey Version 2 for Chinese Older Adults. *Iran J Public Health* [Internet]. 2 de junio de 2020 [citado 26 de julio de 2024]; Disponible en: <https://publish.kne-publishing.com/index.php/ijph/article/view/2898>
41. Ramírez-Vélez R, Agredo-Zuñiga RA, Jerez-Valderrama AM. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2010 [citado 24 de julio de 2024];12(5):807-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219911011>
42. Paz CI, Ledezma BM, Rivera DM, Salazar ML, Torres MV, Patiño FR, et al. Relación de la capacidad funcional y la funcionalidad familiar con la fragilidad en adultos mayores con riesgo cardiovascular en el suroccidente colombiano. *Biomédica* [Internet]. 6 de noviembre de 2024 [citado 24 de septiembre de 2025];44(4):537-51. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11781602/>
43. Enriquez GM, Ocampo-Rentería T, Cruz-García AD. Factores asociados a la polifarmacia en adultos mayores en el primer nivel de atención. *Aten Fam* [Internet]. 31 de marzo de 2025 [citado 24 de septiembre de 2025];32(2):94-8. Disponible en: https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/91025
44. Esteve A, Zueras P. La estructura de los hogares de las personas mayores en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado 24 de septiembre de 2025];45:1-9. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54915>
45. Carvajal LA, Estrada-Restrepo A, Giraldo-Giraldo NA. Estado nutricional de los adultos mayores de Antioquia y su relación con enfermedades y consumo de medicamentos. *Iatreia* [Internet]. 25 de noviembre de 2022 [citado 24 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/350135>
46. Lesende IM. Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores. *Aten Primaria* [Internet]. febrero de 2014 [citado 24 de septiembre de 2025];46(2):55-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656713003065>
47. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Aten Primaria* [Internet]. 2015 [citado 24 de septiembre de 2025];47(6):329-35. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6983704/>

48. Galindo Ortego G, Esteve IC, Gatiús JR, Santiago LG, Lacruz CM, Soler PS. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de febrero de 2011 [citado 24 de septiembre de 2025];43(2):61-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710003999>
49. García RA, Baena Díez JM, Herreros Herreros Y, Acosta Benito MÁ. Deprescripción en personas mayores: es el momento de pasar a la acción. *Aten Primaria* [Internet]. agosto de 2022 [citado 24 de septiembre de 2025];54(8):102367. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9160471/>
50. Archila Puac JL, Mota Chavarría AC, González Dardón WR. Consecuencias neurocognitivas y neuropsicológicas de la polifarmacia en el adulto mayor. *Rev Académica CUNZAC* [Internet]. 23 de enero de 2024 [citado 24 de septiembre de 2025];7(1):24-36. Disponible en: <https://revistacunzac.com/index.php/revista/article/view/114>
51. Esteban Jiménez Ó, Arroyo Aniés MP, Vicens Caldentey C, González Rubio F, Hernández Rodríguez MÁ, Sempere Manuel M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. *Aten Primaria* [Internet]. noviembre de 2018 [citado 24 de septiembre de 2025];50(Suppl 2):70-9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6837147/>
52. Flores Dorado M, Baena Parejo I, Jiménez Martín J, Faus Dáder MJ. Revisión de la medicación de pacientes polimedcados en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. abril de 2013 [citado 24 de septiembre de 2025];45(4):222-3. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6983545/>
53. Ruiz de Adana Pérez R. Resultados negativos asociados a la medicación. *Aten Primaria* [Internet]. marzo de 2012 [citado 24 de septiembre de 2025];44(3):135-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7025191/>
54. Fernández-Liz E. ¿Cómo revisar la medicación en los pacientes pluripatológicos? *Aten Primaria* [Internet]. mayo de 2023 [citado 24 de septiembre de 2025];45(5):233-4. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6985476/>
55. Peral Bolaños C, Santaolalla García I, Gómez Valbuena I, Vega Ruíz L, Iglesias Carabias C, Martín Valero R, et al. Intervención farmacéutica en la revisión del tratamiento en pacientes mayores polimedcados institucionalizados. *Aten Primaria* [Internet]. octubre de 2024 [citado 24 de septiembre de 2025];56(10):102959. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11126877/>
56. Fernández-Liz E. ¿Cómo revisar la medicación en los pacientes pluripatológicos? *Aten Primaria* [Internet]. mayo de 2013 [citado 24 de septiembre de 2025];45(5):233-4. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6985476/>
57. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clínica*. 1 de enero de 1995;0(104):771-6.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO: “POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN LA BOTICA FAMILIA Y SALUD, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2025.”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable 1: Polifarmacia	Tipo de investigación:
¿Cuál es la relación entre la polifarmacia y la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025?	Determinar la relación entre la polifarmacia y la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.	Hi: La polifarmacia se relaciona con una menor calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.	Dimensión cuantitativa. Adecuación. Temporalidad. Funcionalidad. Adherencia. Resultados clínicos.	Básica Enfoque: Cuantitativo
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable 2: Calidad de vida	Método y diseño de la investigación
¿Qué características sociodemográficas presentan los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares que reciben atención en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025?	Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.	HE1: La polifarmacia es más frecuente en adultos mayores con mayor número de comorbilidades cardiovasculares. HE2: El uso simultáneo de múltiples medicamentos se	Salud física. Salud mental.	Método: Inductivo Diseño: No experimental Correlacional Transversal

<p>¿Cuál es la frecuencia de polifarmacia en los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025?</p>	<p>Identificar la frecuencia de polifarmacia presentes en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.</p>	<p>asocia con una menor calidad de vida percibida por los adultos mayores.</p>		<p>Población y muestra: Población: 102 adultos mayores de 60 años que residen en el distrito de San Juan de Miraflores, Lima, y que asisten a la botica "Familia y Salud".</p>
<p>¿Cómo perciben los adultos mayores su calidad de vida en relación con el uso simultáneo de múltiples medicamentos?</p>	<p>Evaluar la calidad de vida percibida por los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares en tratamiento farmacológico múltiple atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.</p>	<p>HE3: A mayor número de medicamentos consumidos, menor es la calidad de vida en las dimensiones física y emocional.</p>		<p>Muestra: 81 adultos mayores de 60 años que residen en el distrito de San Juan de Miraflores, Lima, y que asisten a la botica "Familia y Salud".</p>
<p>¿Qué relación existe entre el número de medicamentos consumidos y las dimensiones de la calidad de vida (física, emocional y social) en esta población?</p>	<p>Determinar la relación entre la cantidad de medicamentos consumidos y las dimensiones de la calidad de vida (física, emocional y social) en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.</p>			

Anexo 2: Instrumentos

POLIFARMACIA

Cuestionario de Polifarmacia para Pacientes Ambulatorios ≥ 60 Años

Marque la opción que describa mejor su situación.

Sección 1: Datos sociodemográficos

Por favor, marque o complete la opción que mejor lo describa.

1. Edad (en años):

- 60-64
- 65-69
- 70-74
- 75-79
- 80 o más

2. Sexo:

- Masculino
- Femenino

3. Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a) o conviviente
- Viudo(a)
- Separado(a)/divorciado(a)

4. Nivel educativo alcanzado:

- Sin estudios
- Primaria completa/incompleta
- Secundaria completa/incompleta
- Técnica o universitaria

5. Ocupación actual:

- Jubilado(a)
- Ama de casa
- Trabaja actualmente
- Desempleado(a)

6. Tipo de seguro de salud:

- SIS
- EsSalud
- Particular
- No tiene

7. Ingreso mensual aproximado (en soles):

- Menos de 500
- 500-999
- 1000-1499
- 1500 o más
- No percibe ingresos

8. Vive con:

- Solo(a)

- Pareja
 - Hijos/familia
 - Otra persona
9. Número de personas en el hogar:
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 o más
10. Acceso regular a controles médicos por su enfermedad cardiovascular:
- Sí
 - No

Sección 2: Prevalencia y tipo de Polifarmacia

Dimensión Cuantitativa

1. Número total de medicamentos que toma cada día
 - a. (1) 0-1 medicamento
 - b. (2) 2-4 medicamentos
 - c. (3) 5-9 medicamentos
 - d. (4) ≥ 10 medicamentos
2. Productos adicionales (jarabes, tés medicinales o suplementos) usados por semana
 - a. (1) 0
 - b. (2) 1-2
 - c. (3) 3-4
 - d. (4) ≥ 5
3. ¿Algún fármaco lo usa “solo cuando lo necesita” (p. ej., dolor)?
 - a. (1) Sí
 - b. (2) No

Dimensión Cualitativa (Adecuación)

4. ¿Está tomando dos medicamentos diferentes que sirven para lo mismo?
 - a. (1) Sí
 - b. (2) No
5. ¿Algún medicamento figura como potencialmente inapropiado según su enfermedad / edad?
 - a. (1) Sí
 - b. (2) No
6. ¿Su médico ha suspendido medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses?
 - a. (1) Sí
 - b. (2) No

7. ¿Piensa usted que todos los medicamentos que toma son realmente para las enfermedades que tiene? (para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas)
- (1) Para nada
 - (2) Poco
 - (3) Regular
 - (4) Bastante
 - (5) Totalmente
- Dimensión Temporal
8. Medicamentos usados hace menos de 3 meses (para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas)
- (1) Ninguno
 - (2) 1-2
 - (3) 3-4
 - (4) ≥ 5
9. Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses (enfermedades cardiovasculares y crónicas)
- (1) Ninguno
 - (2) 1-2
 - (3) 3-4
 - (4) ≥ 5

Dimensión Funcional

10. En los últimos 3 meses ¿ha sufrido caídas relacionadas con mareos o somnolencia medicamentosa?
- (1) Sí
 - (2) No
11. Pérdida de memoria o lentitud desde que aumentó el número de pastillas
- (1) Nada
 - (2) Leve
 - (3) Moderada
 - (4) Considerable
 - (5) Mucha
12. Dificultad para actividades diarias (bañarse, caminar, cocinar) debido a medicinas
- (1) Nada
 - (2) Leve
 - (3) Moderada
 - (4) Considerable
 - (5) Mucha

Dimensión Adherencia

13. Veces que olvidó una dosis en la última semana

- a. (1) 0
- b. (2) 1
- c. (3) ≥ 2

14. ¿Le parece complicada la rutina de tomas que tiene?

- a. (1) Nada
- b. (2) Leve
- c. (3) Moderada
- d. (4) Considerable
- e. (5) Mucha

15. ¿Interrumpe algún medicamento por malestar sin avisar al médico?

- a. (1) Sí
- b. (2) No

Dimensión Resultados Clínicos

16. ¿Ha tenido reacciones adversas (alergias, náuseas, sangrados) en los últimos 6 meses?

- a. (1) Sí
- b. (2) No

17. ¿Alguna emergencia o urgencia se relacionó con sus medicamentos?

- a. (1) Sí
- b. (2) No

18. ¿Conoce interacciones entre sus medicinas y hierbas o suplementos que consume?

- a. (1) Sí
- b. (2) No

CALIDAD DE VIDA (SF-12)

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita mucho
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | Sí | No | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

- | | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Siempre | Casi Siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca | | |

Fuente: Tomado de Alonso et. al (1995) ⁵⁷

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN LA BOTICA FAMILIA Y SALUD, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2025.”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	VARIABLE 1: Polifarmacia (sección 1) – Características sociodemográficas							
1	Edad	X		X		X		
2	Sexo	X		X		X		
3	Estado civil	X		X		X		
4	Nivel educativo alcanzado	X		X		X		
5	Ocupación actual	X		X		X		
6	Tipo de seguro social	X		X		X		
7	Ingreso mensual aproximado	X		X		X		
8	Con quien vive y número de personas en el hogar	X		X		X		
9	Acceso regular a controles médicos por su enfermedad cardiovascular	X		X		X		
	VARIABLE 1: Polifarmacia (sección 2)							
	DIMENSIÓN 1: Cuantitativa	Si	No	Si	No	Si	No	
10	Número total de medicamentos que toma cada día	X		X		X		
11	Productos adicionales (jarabes, tés medicinales o suplementos) usados por semana	X		X		X		
12	¿Algún fármaco lo usa “solo cuando lo necesita” (p. ej., dolor)?	X		X		X		

DIMENSIÓN 2: Cualitativa (Adecuación)		Si	No	Si	No	Si	No	
13	¿Está tomando dos medicamentos diferentes que sirven para lo mismo?	X		X		X		
14	¿Algún medicamento figura como potencialmente inapropiado según su enfermedad / edad?	X		X		X		
15	¿Su médico ha suspendido medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses?	X		X		X		
16	¿Piensa usted que todos los medicamentos que toma son realmente para las enfermedades que tiene? (para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas)	X		X		X		
DIMENSION 3: Temporal		Si	No	Si	No	Si	No	
17	Medicamentos usados hace menos de 3 meses (para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas)	X		X		X		
18	Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses (enfermedades cardiovasculares y crónicas)	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: Funcional		Si	No	Si	No	Si	No	
19	En los últimos 3 meses ¿ha sufrido caídas relacionadas con mareos o somnolencia medicamentosa?	X		X		X		
20	Pérdida de memoria o lentitud desde que aumento el número de pastillas	X		X		X		

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN LA BOTICA FAMILIA Y SALUD, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2025.”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	VARIABLE 1: Polifarmacia (sección 1) – Características sociodemográficas							
1	Edad	X		X		X		
2	Sexo	X		X		X		
3	Estado civil	X		X		X		
4	Nivel educativo alcanzado	X		X		X		
5	Ocupación actual	X		X		X		
6	Tipo de seguro social	X		X		X		
7	Ingreso mensual aproximado	X		X		X		
8	Con quien vive y número de personas en el hogar	X		X		X		
9	Acceso regular a controles médicos por su enfermedad cardiovascular	X		X		X		
N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias

VARIABLE 1: Polifarmacia (sección 2)							
DIMENSIÓN 1: Cuantitativa		Si	No	Si	No	Si	No
10	Número total de medicamentos que toma cada día	X		X		X	
11	Productos adicionales (jarabes, tés medicinales o suplementos) usados por semana	X		X		X	
12	¿Algún fármaco lo usa “solo cuando lo necesita” (p. ej., dolor)?	X		X		X	
DIMENSIÓN 2: Cualitativa (Adecuación)		Si	No	Si	No	Si	No
13	¿Está tomando dos medicamentos diferentes que sirven para lo mismo?	X		X		X	
14	¿Algún medicamento figura como potencialmente inapropiado según su enfermedad / edad?	X		X		X	
15	¿Su médico ha suspendido medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses?	X		X		X	
16	¿Piensa usted que todos los medicamentos que toma son realmente para las enfermedades que tiene? (para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas)	X		X		X	
DIMENSION 3: Temporal		Si	No	Si	No	Si	No
17	Medicamentos usados hace menos de 3 meses (para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas)	X		X		X	
18	Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses (enfermedades cardiovasculares y crónicas)	X		X		X	
DIMENSIÓN 3: Funcional		Si	No	Si	No	Si	No
19	En los últimos 3 meses ¿ha sufrido caídas relacionadas con mareos o somnolencia medicamentosa?	X		X		X	
20	Pérdida de memoria o lentitud desde que aumento el número de pastillas	X		X		X	

21	Dificultad para actividades diarias (bañarse, caminar, cocinar) debido a medicinas	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4: Adherencia	Si	No	Si	No	Si	No	
22	Veces que olvidó una dosis en la última semana	X		X		X		
23	¿Le parece complicada la rutina de tomas que tiene?	X		X		X		
24	¿Interrumpe algún medicamento por malestar sin avisar al médico?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5: Resultados Clínicos	Si	No	Si	No	Si	No	
25	¿Ha tenido reacciones adversas (alergias, náuseas, sangrados) en los últimos 6 meses?	X		X		X		
26	¿Alguna emergencia o urgencia se relacionó con sus medicamentos?	X		X		X		
27	¿Conoce interacciones entre sus medicinas y hierbas o suplementos que consume?	X		X		X		

Fuente: Elaboración propia

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X]

No aplicable []

Aplicable después de corregir []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Dr. Oscar Favio Rojas

Wisa

DNI: 29550129

Especialidad del validador: Doctor en Farmacia y Bioquímica

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

18 de agosto del 2025



Firma del Experto Informante

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN LA BOTICA FAMILIA Y SALUD, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2025.”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	VARIABLE 1: Polifarmacia (sección 1) – Características sociodemográficas							
1	Edad	X		X		X		
2	Sexo	X		X		X		
3	Estado civil	X		X		X		
4	Nivel educativo alcanzado	X		X		X		
5	Ocupación actual	X		X		X		
6	Tipo de seguro social	X		X		X		
7	Ingreso mensual aproximado	X		X		X		
8	Con quien vive y número de personas en el hogar	X		X		X		
9	Acceso regular a controles médicos por su enfermedad cardiovascular	X		X		X		
	VARIABLE 1: Polifarmacia (sección 2)							
	DIMENSIÓN 1: Cuantitativa							
10	Número total de medicamentos que toma cada día	X		X		X		
11	Productos adicionales (jarabes, tés medicinales o suplementos) usados por semana	X		X		X		
12	¿Algún fármaco lo usa “solo cuando lo necesita” (p. ej., dolor)?	X		X		X		

DIMENSIÓN 2: Cualitativa (Adecuación)		Si	No	Si	No	Si	No	
13	¿Está tomando dos medicamentos diferentes que sirven para lo mismo?	X		X		X		
14	¿Algún medicamento figura como potencialmente inapropiado según su enfermedad / edad?	X		X		X		
15	¿Su médico ha suspendido medicamentos innecesarios en los últimos 6 meses?	X		X		X		
16	¿Piensa usted que todos los medicamentos que toma son realmente para las enfermedades que tiene? (para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas)	X		X		X		
DIMENSION 3: Temporal		Si	No	Si	No	Si	No	
17	Medicamentos usados hace menos de 3 meses (para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas)	X		X		X		
18	Medicamentos tomados continuamente hace ≥ 6 meses (enfermedades cardiovasculares y crónicas)	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: Funcional		Si	No	Si	No	Si	No	
19	En los últimos 3 meses ¿ha sufrido caídas relacionadas con mareos o somnolencia medicamentosa?	X		X		X		
20	Pérdida de memoria o lentitud desde que aumento el número de pastillas	X		X		X		

Anexo 4 Aprobación del comité de Ética

Anexo 5: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIE-VRI

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Andia Quispe Julia

Título: “POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EN LA BOTICA FAMILIA Y SALUD, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2025.”

Propósito del estudio: Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “Polifarmacia y calidad de vida en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en la Botica Familia y Salud, San Juan de Miraflores, Lima 2025.” Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener. Su ejecución permitirá generar evidencia sobre cómo el uso simultáneo de múltiples medicamentos afecta la calidad de vida de los adultos mayores y orientará guías clínicas y políticas de salud que optimicen la prescripción, reduzcan la polifarmacia y mejoren el bienestar de esta población.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

- Presentar su receta médica.
- Responder el cuestionario relacionado a la calidad de vida SF-12.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 25 minutos, donde se le consultará diversos aspectos respecto a la mediación que recibe. Los resultados de las encuestas de calidad de vida se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: No existen riesgos asociados con su participación. Los datos recopilados se manejarán de forma estrictamente confidencial y anónima. Su decisión de participar en este estudio es completamente libre y voluntaria.

Beneficios: Es importante destacar que no obtendrá beneficios directos para su salud ni de índole médica por su participación en este estudio. Tampoco se incurrirá en costos ni se ofrecerán incentivos.

Costos e Incentivos: Su participación en el estudio no generará ningún costo para usted. Asimismo, no se proporcionarán incentivos económicos ni medicamentos a cambio de su colaboración.

Confidencialidad: La información que nos proporcione será codificada para asegurar su anonimato, es decir, no se asociará directamente con su nombre. Si los resultados de este estudio se publican, no se incluirá ninguna información que permita su identificación personal. Sus archivos no serán compartidos con ninguna persona ajena al equipo de investigación del estudio.

Derechos del paciente: Si usted se siente incómodo durante la aplicación del cuestionario, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con Julia Andia Quispe al siguiente número de celular 978734683 o al comité que validó el presente estudio, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. *E-mail:* comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Investigador

Nombres:

Nombres: Julia Andia Quispe

DNI:

DNI: 45576649

Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



CONSTANCIA DE AUTORIZACION

Yo, Nahomi Ruth Rojas Pebe, identificado (a) con D.N.I N° 74816831, en mi calidad de Representante legal de la empresa Botica Familia y Salud, con R.U.C N° 10748168317, ubicado en Pj. Pamplona alta, Mz, S3. Lote 32, distrito de San Juan De Miraflores provincia y departamento de lima.

Otorgo la AUTORIZACION, a la Srta. **ANDIA QUISPE, JULIA** identificada con D.N.I N° 45576649 de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A, para que ejecute su investigación titulada **“POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CARDIOCASCULARES ATENDIDOS EN LA BOTICA FAMILIA Y SALUD, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2025.”** en las instalaciones o utilice la información de nuestra empresa **BOTICA FAMILIA Y SALUD.**

Asimismo, autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, contribuyendo con la comunidad educativa.

Lima, 09 de octubre de 2025

Nahomi Ruth Rojas Pebe
Representante Legal
BOTICA FAMILIA Y SALUD
D.N.I.: 74816831

Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin

Andia _Julia Informe final.docx

 Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trnoid::14912:511474012

Fecha de entrega

11 oct 2025, 8:57 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

11 oct 2025, 9:02 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

Andia _Julia Informe final.docx

Tamaño del archivo

450.6 KB

91 páginas

18.789 palabras

106.422 caracteres




12% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad




N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
3	Trabajos entregados	uwienner on 2025-08-12	<1%
4	Internet	hdl.handle.net	<1%
5	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2025-08-01	<1%
7	Internet	repositorio.ulasamericas.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE on 2024-08-02	<1%
9	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	University of Queensland on 2024-04-15	<1%

12	Publicación	Angélica Paniagua-Pérez, Saúl Huerta-Ramírez, Leticia Rodríguez-López, Alan ...	<1%
13	Publicación	Ruelas Mamani, Renato Rogelio. "Enfermedades bucodentales prevalentes asocia...	<1%
14	Publicación	"Antiarrhythmic Drugs", Springer Science and Business Media LLC, 2024	<1%
15	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
16	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
17	Trabajos entregados	uwienr on 2023-03-04	<1%
18	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-07	<1%
19	Trabajos entregados	BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on 2025-02-10	<1%
20	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2021-07-22	<1%
21	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Ica on 2023-07-20	<1%
22	Internet	repositorio.unapiquitos.edu.pe	<1%
23	Trabajos entregados	Universidad Católica Los Angeles de Chimbote on 2017-02-09	<1%
24	Trabajos entregados	uwienr on 2023-05-19	<1%
25	Publicación	Miguel Ángel Narváez-Chaves, José Federico Ramirez-Castro, María Alejandra Ro...	<1%

26	Publicación	Michael A Veronin. "An Atypical Case of Extreme Polypharmacy", Drug, Healthcar...	<1%
27	Trabajos entregados	Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE on 2025-09-02	<1%
28	Publicación	Ruth Cecilia Allaico Muyudumbay, Denny Caridad Ayora Apolo, Ángel Efraín Palag...	<1%
29	Trabajos entregados	Universidad Católica San Antonio de Murcia on 2025-05-04	<1%
30	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-07	<1%
31	Trabajos entregados	Universidad de Deusto on 2024-05-24	<1%
32	Publicación	Cordova Cordova, Ricardo. "Acceso y Participacion del Adulto Mayor en el Centro ...	<1%
33	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-10-06	<1%
34	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-10-01	<1%
35	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-08	<1%
36	Internet	redibai-myd.org	<1%
37	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
38	Internet	revfinlay.sld.cu	<1%
39	Internet	roderic.uv.es	<1%

40	Internet	www.coursehero.com	<1%
41	Publicación	Fernández, Juan José Escudero Saavedra, Aristedes Gonzales Castillo, Liz Evelyn...	<1%
42	Publicación	Karin Volkwein-Caplan, Jasmin Tahmaseb McConatha. "Ageing, Physical Activity a...	<1%
43	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2023-07-28	<1%
44	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-07-11	<1%
45	Internet	caelum.ucv.ve	<1%
46	Internet	editorial.udv.edu.gt	<1%
47	Internet	www.bmj.com	<1%
48	Internet	www.latinobarometro.org	<1%
49	Trabajos entregados	Aliat Universidades on 2021-06-11	<1%
50	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2024-03-28	<1%
51	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-14	<1%
52	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-10-01	<1%
53	Trabajos entregados	Universidad de Guadalajara on 2024-04-25	<1%

54	Internet	api.crossref.org	<1%
55	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
56	Internet	repositorio.unach.edu.pe	<1%
57	Internet	www.svncardio.org	<1%
58	Publicación	"XX Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología", Gastroen...	<1%
59	Publicación	Nijmeh AL-Atiyyat, Hanan Fakhri Salem, Ammar Hisham Mustafa Hamam. "Impac...	<1%
60	Trabajos entregados	Unidad Titulación on 2025-07-22	<1%
61	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-11	<1%
62	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-25	<1%
63	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-10-06	<1%
64	Trabajos entregados	Universidad de Monterrey on 2024-11-15	<1%
65	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2017-10-02	<1%
66	Internet	ciencialatina.org	<1%
67	Internet	repositorio.upt.edu.pe	<1%

68	Internet	tesis.ucsm.edu.pe	<1%
69	Publicación	Ana Belén Guisado-Gil, Clara López-Hermoso, Nieves Ramírez-Duque, Gemma Fer...	<1%
70	Trabajos entregados	BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on 2023-04-23	<1%
71	Trabajos entregados	Universidad Católica De Cuenca on 2019-11-19	<1%
72	Trabajos entregados	Universidad Católica San Antonio de Murcia on 2017-05-25	<1%
73	Trabajos entregados	Universidad Católica San Pablo on 2023-06-22	<1%
74	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2025-03-03	<1%
75	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2016-04-12	<1%
76	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2019-05-16	<1%
77	Trabajos entregados	Universidad Cooperativa de Colombia on 2019-06-07	<1%
78	Trabajos entregados	Universidad Manuela Beltrán Virtual on 2018-05-25	<1%
79	Trabajos entregados	Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD on 2024-05-30	<1%
80	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cañete on 2023-11-08	<1%
81	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-16	<1%



82	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-07-06	<1%
83	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-07	<1%
84	Internet	docta.ucm.es	<1%
85	Internet	dspace.ups.edu.ec	<1%
86	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
87	Internet	repositorio.uia.ac.cr:8080	<1%
88	Internet	repositorio.unan.edu.ni	<1%
89	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
90	Internet	riversideca.gov	<1%
91	Internet	search.bvsalud.org	<1%
92	Internet	studylibfr.com	<1%
93	Trabajos entregados	uwienr on 2023-10-22	<1%
94	Internet	www.fentlinux.com	<1%






12% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
3	Trabajos entregados	uwiener on 2025-08-12	<1%
4	Internet	hdl.handle.net	<1%
5	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2025-08-01	<1%
7	Internet	repositorio.ulasamericas.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE on 2024-08-02	<1%
9	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	University of Queensland on 2024-04-15	<1%