



**REPÚBLICA DEL ECUADOR UNIVERSIDAD
ESTATAL DE MILAGRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADOS
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y/O DE DESARROLLO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

TEMA:

Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas de atención primaria de salud.

Yaguachi, 2026

AUTOR:

Dr. Carlos Julio Piza Tapia.

TUTOR:

Lcdo. Edwin Alvarado Chicaíza, MSc.

Milagro, 2026

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Piza Tapia Carlos Julio**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública en Atención Primaria de Salud**, como aporte a la Línea de Investigación **Enfermedades crónicas no transmisibles, raras, degenerativas y metabólicas, infecciosas y emergentes** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 26 de mayo del 2026



Validar únicamente en FirmaRC.
Firmado electrónicamente por:
**CARLOS JULIO PIZA
TAPIA**

Carlos Julio Piza Tapia

C.I.: 0913415733

Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **Alvarado Chicaíza Edwin Hernán**, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación, elaborado por **Carlos Julio Piza Tapia**, cuyo tema es **Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas de atención primaria de salud. Yaguachi, 2026**, que aporta a la Línea de Investigación **Enfermedades crónicas no transmisibles, raras, degenerativas y metabólicas, infecciosas y emergentes**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública con mención en Atención Primaria de Salud**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 20 de mayo del 2025



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
EDWIN HERNAN
ALVARADO CHICAIZA

Lcdo. Edwin Hernán Alvarado Chicaíza, MSc.

C.I.: 0702419938

FACULTAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los nueve días del mes de julio del dos mil veintiseis, siendo las 10:59 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, DR. PIZA TAPIA CARLOS JULIO, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. YAGUACHI, 2026**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Mgtr. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES, Presidente(a), REBOLLEDO MALPICA DINORA MARGARITA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.00
DEFENSA ORAL	36.47
PROMEDIO	92.47
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 12:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
ROBERTO ANDRES
ZAPATA ESCOBAR

MGTR. ZAPATA ESCOBAR ROBERTO ANDRES
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
DINORA MARGARITA
REBOLLEDO MALPICA

REBOLLEDO MALPICA DINORA MARGARITA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
LADY RUTH
JIMENEZ SANCHEZ

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
CARLOS JULIO
PIZA TAPIA

PIZA TAPIA CARLOS JULIO
MAESTRANTE

Dedicatoria

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía constante, por fortalecer mi espíritu en los momentos más difíciles y darme la sabiduría necesaria para continuar cada día con firmeza y esperanza.

A mi familia, por su amor incondicional, sus palabras de aliento y su presencia que me sostuvo en cada etapa de este proceso académico. Su apoyo ha sido el motor que me impulsa a seguir creciendo y a no rendirme ante los desafíos.

Dedico también este logro a todas las personas que creen en mí y que, de una u otra forma, han contribuido a que pueda culminar esta meta personal y profesional. Cada gesto, consejo y acompañamiento ha dejado una huella profunda en mi formación.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a Dios, cuya presencia ha iluminado mi camino y me ha brindado fortaleza, paciencia y claridad para culminar este proyecto de titulación. Su guía espiritual ha sido fundamental para no desfallecer y mantenerme firme en cada decisión y desafío enfrentado.

Extiendo mi sincero agradecimiento a la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI) por abrirme las puertas a la formación profesional y brindarme las herramientas necesarias para construir una visión más humana, crítica y comprometida con la sociedad.

A mi tutora, por su dedicación, acompañamiento y orientación académica durante el desarrollo de este trabajo. Su compromiso, experiencia y paciencia fueron elementos clave para fortalecer mi proceso investigativo y alcanzar los objetivos planteados.

Finalmente, agradezco a cada docente que formó parte de mi trayectoria en la universidad, por compartir sus conocimientos y sembrar en mí el deseo de superación y el amor por mi profesión. Cada enseñanza ha sido un pilar en la construcción de este logro que hoy culmino con gratitud y humildad.

Resumen

La adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas representa un desafío crítico en los servicios de Atención Primaria de Salud. El objetivo general del presente estudio fue determinar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en los servicios de salud del cantón Yaguachi, durante enero a marzo de 2026. Se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-correlacional, no experimental y de corte transversal. La población elegible tuvo carácter censal, conformada por 55 pacientes de 60 años o más. Se aplicó una entrevista estructurada asistida conformada por una ficha de recolección de datos, la Escala de Adherencia de Morisky (MMAS-8), la Escala de Autoeficacia para el Uso de Medicamentos (SEAMS) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). Los resultados revelaron que la baja adherencia al tratamiento es predominante, afectando al 69,1% de los participantes. Se identificaron factores asociados significativamente a este incumplimiento ($p < .05$): el bajo nivel de instrucción, la percepción de un apoyo social bajo, el control metabólico o tensional inadecuado, el acceso deficiente a los medicamentos, la presencia de depresión subdiagnosticada y la percepción de que el tratamiento es innecesario. Asimismo, se comprobó una correlación positiva y moderada entre el nivel de autoeficacia y la adherencia terapéutica ($p = 0.423$; $p < .001$). Se concluye que la baja adherencia es un problema multidimensional que exige la implementación urgente de estrategias integrales orientadas a garantizar el acceso continuo a los fármacos, detectar a tiempo problemas de salud mental y fortalecer sistemáticamente la autoeficacia del adulto mayor para gestionar su medicación.

Palabras claves: adherencia terapéutica; enfermedades crónicas no transmisibles; adulto mayor; Atención Primaria de Salud; autoeficacia

Abstract

Treatment adherence in older adults with chronic diseases represents a critical challenge in Primary Health Care services. The general objective of the present study was to determine the factors that influence treatment adherence in older adult patients with chronic diseases treated in the health services of Yaguachi Canton, from January to March 2026. A quantitative, descriptive-correlational, non-experimental, and cross-sectional study was developed. The eligible population was census-based, consisting of 55 patients aged 60 years or older. An assisted structured interview was applied, comprising a data collection form, the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), the Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS), and the Geriatric Depression Scale (GDS-15). The results revealed that low treatment adherence is predominant, affecting 69.1% of the participants. Factors significantly associated with this non-adherence were identified ($p < .05$): low education level, perception of low social support, inadequate metabolic or blood pressure control, poor access to medications, presence of underdiagnosed depression, and the perception that the treatment is unnecessary. Furthermore, a moderate positive correlation was found between the level of self-efficacy and therapeutic adherence ($\rho = 0.423$; $p < .001$). It is concluded that low adherence is a multidimensional problem that urgently demands the implementation of comprehensive strategies aimed at guaranteeing continuous access to medications, detecting mental health problems early, and systematically strengthening the older adult's self-efficacy to manage their medication.

Keywords: therapeutic adherence; noncommunicable chronic diseases; older adult; Primary Health Care; self-efficacy

Índice / Sumario

Derechos de Autor	ii
Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación.....	iii
Certificación de Defensa	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
Índice / Sumario	ix
Lista de Tablas	xiii
Introducción	1
CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación.....	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Delimitación del problema	6
1.3. Formulación del problema	6
1.4. Preguntas de investigación	7
1.5. Objetivos	7
1.5.1. Objetivo general	7
1.5.2. Objetivos específicos.....	7
1.6. Hipótesis.....	8
1.6.1. Hipótesis general.....	8
1.6.2. Hipótesis específicas	8

1.6.3. Hipótesis nulas	9
1.7. Justificación.....	9
1.8. Declaración de las variables	11
1.8.1. Variable dependiente (VD)	11
1.8.2. Variables independientes (VI).....	11
1.9. Operacionalización de variables.....	12
CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial	15
2.1. Antecedentes Referenciales.....	15
2.2. Marco Conceptual	20
2.2.1. Definición y evolución del concepto de adherencia terapéutica	20
2.2.2. Modelo multidimensional de la OMS: las cinco dimensiones de la adherencia.....	23
2.2.3. Medición de la adherencia: instrumentos validados	26
2.3. El adulto mayor con enfermedad crónica: características y vulnerabilidades específicas	
30	
2.3.1. Envejecimiento y enfermedades crónicas no transmisibles	30
2.3.2. Multimorbilidad y polifarmacia en el adulto mayor	33
2.3.3 Cambios funcionales y cognitivos asociados al envejecimiento.....	37
2.4. Factores psicológicos que condicionan la adherencia.....	40
2.4.1 Autoeficacia y adherencia terapéutica	40
2.4.2 Depresión y adherencia en el adulto mayor.....	43
2.4.3 Conocimiento de la enfermedad y percepción de necesidad del tratamiento.....	46
2.5. Factores socioeconómicos y su relación con la adherencia.....	49
2.5.1 Determinantes sociales de la salud y adherencia terapéutica.....	49
2.5.2 Apoyo social, convivencia y red familiar como factores protectores	51

2.6.	El sistema de salud y la atención como determinantes de la adherencia.....	54
2.6.1	Atención Primaria de Salud y seguimiento del paciente crónico.....	54
2.6.2	Relación médico-paciente y continuidad del proveedor	57
2.6.3	Rol del equipo de salud: enfermería y farmacia en la adherencia.....	60
2.7.	Factores psicológicos que condicionan la adherencia.....	63
2.7.1	Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model)	64
2.7.2	Teoría Social Cognitiva de Bandura y autoeficacia.....	65
CAPÍTULO III: Diseño Metodológico		69
3.1.	Tipo y diseño de investigación	69
3.2.	Población y muestra	70
3.3.	Métodos y técnicas	73
3.4.	Plan de análisis de datos	79
3.5.	Consideraciones éticas.....	83
CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados		88
4.	Análisis e Interpretación de Resultados	88
4.1.	Características sociodemográficas de la población de estudio	88
4.2.	Características clínicas de la población de estudio.....	90
4.3.	Factores del sistema de salud y variables psicológicas complementarias	91
4.4.	Estado depresivo (GDS-15) y autoeficacia para el manejo de medicamentos (SEAMS) ...	92
4.5.	Verificación de supuestos: prueba de normalidad Shapiro-Wilk	92
4.6.	Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico	93
4.7.	Factores asociados al nivel de adherencia	94
4.8.	Comparación de medianas de adherencia por subgrupos	96
4.9.	Estimación de la asociación — Odds Ratios crudos para factores significativos.....	97

4.10. Relación entre autoeficacia (SEAMS) y adherencia al tratamiento.....	98
4.11. Síntesis del contraste de hipótesis	99
CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones.....	100
5.1. Discusión	100
5.1.1. Nivel de adherencia al tratamiento.....	100
5.1.2. Factores asociados a la baja adherencia.....	101
5.1.3. Relación entre autoeficacia y adherencia.....	104
5.1.4. Síntesis comparativa con la literatura	105
5.2. Conclusiones.....	106
5.3. Limitaciones del estudio.....	108
5.3. Recomendaciones	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	128
Anexo 1. Consentimiento Informado	128
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.....	130
Anexo 3. Gráficos estadísticos	135

Lista de Tablas

Tabla 1 Matriz de operacionalización de variables.....	12
Tabla 2 Pruebas estadísticas según el tipo de variable y objetivo.....	81
Tabla 3 <i>Características sociodemográficas de los participantes</i>	89
Tabla 4 <i>Características clínicas de los participantes</i>	90
Tabla 5 <i>Factores del sistema de salud, conocimiento de la enfermedad y percepción de necesidad del tratamiento</i>	91
Tabla 6 <i>Estado depresivo (GDS-15) y autoeficacia para el manejo de medicamentos (SEAMS)</i>	92
Tabla 7 <i>Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad de variables</i>	93
Tabla 8 <i>Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico según escala MMAS-8</i>	94
Tabla 9 <i>Análisis bivariado de factores asociados al nivel de adherencia al tratamiento</i>	95
Tabla 10 <i>Comparación de medianas MMAS-8 por subgrupos</i>	96
Tabla 11 <i>Factores asociados a la baja adherencia al tratamiento</i>	97
Tabla 12 <i>Relación entre variables de utoeficacia, depresión, apoyo social y adherencia</i>	98
Tabla 13 <i>Síntesis del contraste de hipótesis del estudio</i>	99
Tabla 14 <i>Comparación de los principales hallazgos del estudio con la literatura científica</i>	105

Introducción

El envejecimiento de la población y el incremento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen dos fenómenos que se alimentan mutuamente y que están redefiniendo la manera en que los sistemas de salud deben organizarse para responder a las necesidades de sus comunidades. A escala global, las enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y la dislipidemia concentran hoy la mayor proporción de la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad en el grupo de adultos mayores, generando una demanda sostenida sobre los servicios de atención primaria que, en contextos de recursos limitados, resulta difícil de absorber sin comprometer la calidad del seguimiento terapéutico. En ese escenario, la adherencia al tratamiento farmacológico emerge no como un detalle técnico del proceso asistencial, sino como uno de los determinantes más directos e influyentes de los resultados en salud de esta población. Cuando el tratamiento no se cumple de manera adecuada, las enfermedades progresan, las complicaciones se acumulan y la carga sobre los servicios de salud se incrementa de forma evitable. Cuando sí se cumple, la diferencia en términos de control clínico, calidad de vida y eficiencia del sistema es sustancial y documentada.

Sin embargo, la adherencia terapéutica dista de ser un comportamiento sencillo o uniforme. Décadas de investigación han demostrado que no depende únicamente de la voluntad del paciente, sino de la interacción de múltiples factores que operan simultáneamente desde distintos niveles: el individuo, su familia y entorno social, el sistema de salud que lo atiende y las condiciones económicas y culturales en que transcurre su vida cotidiana. La Organización Mundial de la Salud identificó estas dimensiones en su modelo multidimensional de adherencia, que sigue siendo hoy el marco conceptual de referencia más sólido y operativamente útil para estudiar este fenómeno en poblaciones con enfermedades crónicas. Es precisamente ese modelo el que orienta el diseño de la presente investigación.

En Ecuador, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles ha elevado la demanda sobre los servicios de Atención Primaria de Salud sin que exista todavía evidencia local suficiente para orientar las respuestas del sistema con la especificidad que cada territorio requiere. El cantón Yaguachi, ubicado en la provincia del Guayas, concentra condiciones que hacen de este problema algo especialmente urgente: una población adulta mayor con niveles de escolaridad bajos, ingresos económicos precarios, acceso intermitente a medicamentos en los establecimientos de salud y una red de apoyo social que no siempre puede compensar las limitaciones del sistema. En ese contexto, no existen estudios previos que hayan analizado de manera sistemática los factores que condicionan la adherencia terapéutica en los adultos mayores con enfermedades crónicas de este cantón, una brecha que limita concretamente la capacidad del personal de salud para diseñar intervenciones pertinentes y basadas en evidencia local.

La presente investigación surge para responder a esa necesidad. Su propósito central es determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi durante el período enero-marzo de 2026, con particular atención a las dimensiones sociodemográficas, clínicas, psicológicas y del sistema de salud que la condicionan, así como a la relación entre la autoeficacia para el manejo de medicamentos y el nivel de adherencia observado. El estudio adopta un enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional, de corte transversal, y aplica instrumentos psicométricos validados —MMAS-8, SEAMS y GDS-15— sobre la totalidad de la población elegible identificada durante el período de estudio.

El documento se organiza en cinco capítulos. El Capítulo I presenta el planteamiento del problema, la delimitación, la formulación y las preguntas de investigación, los objetivos, las hipótesis y la justificación del estudio. El Capítulo II desarrolla el marco teórico referencial, que incluye los antecedentes investigativos a niveles macro, meso y micro, el marco conceptual sobre adherencia terapéutica y sus determinantes, y las aproximaciones teóricas que sustentan el diseño del estudio. El Capítulo III describe el diseño metodológico, incluyendo el tipo de investigación, la caracterización de la población elegible, el plan de análisis estadístico y las consideraciones éticas. El Capítulo IV presenta los resultados obtenidos, organizados en correspondencia con los objetivos específicos del estudio. El Capítulo V ofrece la discusión de los hallazgos en diálogo con la literatura científica disponible, las conclusiones por objetivo, las limitaciones del estudio y las recomendaciones para la práctica clínica y la investigación futura. El conjunto de estos capítulos constituye un aporte concreto al conocimiento local sobre la adherencia terapéutica en adultos mayores y una base empírica para la planificación de intervenciones en el primer nivel de atención del cantón Yaguachi.

CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan hoy uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud en todo el mundo. Su carácter progresivo, la necesidad de tratamiento sostenido a lo largo del tiempo y la alta prevalencia en la población adulta mayor configuran un escenario en el que la adherencia terapéutica se convierte en un determinante crítico de los resultados en salud. Sin embargo, la evidencia internacional es categórica al respecto: aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumple adecuadamente con las indicaciones terapéuticas prescritas, y esta proporción tiende a ser más desfavorable en contextos socioeconómicos vulnerables (OMS, 2025). Las consecuencias clínicas de esta realidad son concretas y medibles: mayor mortalidad, incremento de hospitalizaciones, uso ineficiente de los servicios de urgencias y deterioro progresivo de la autonomía funcional del paciente (Franchi et al., 2022).

En los adultos mayores, esta problemática adquiere una dimensión adicional. La coexistencia de múltiples enfermedades crónicas, la prescripción simultánea de varios fármacos y la presencia frecuente de factores psicológicos como la depresión no detectada elevan de manera significativa el riesgo de no adherencia en este grupo etario. A esto se suman las condiciones socioeconómicas adversas que, en muchos contextos, limitan el acceso estable a los medicamentos y reducen la capacidad del paciente para sostener el tratamiento en el tiempo (Adeoye-Olatunde et al., 2025). Los estudios en atención primaria confirman, además, que los registros clínicos de adherencia son heterogéneos e insuficientes para dimensionar el problema con precisión, lo que dificulta aún más la planificación de intervenciones efectivas desde el primer nivel de atención (Massot Mesquida et al., 2021).

En el contexto latinoamericano, la situación no es menos preocupante. Investigaciones realizadas en Colombia han documentado que hasta el 77 % de los adultos mayores polimedicados presenta baja adherencia al tratamiento, siendo la desconfianza hacia el equipo de salud y las barreras económicas para el acceso a medicamentos los factores más frecuentemente identificados (Penagos Montoya et al., 2024). En Ecuador, los datos son igualmente alarmantes: estudios realizados en población adulta mayor con enfermedades crónicas reportan que cerca del 70 % presenta niveles insuficientes de adherencia, con el desconocimiento de la medicación y el desconocimiento de la propia enfermedad como barreras predominantes (Padilla Vinueza & Morales Solís, 2020). Estas cifras son especialmente relevantes porque corresponden a pacientes que, en su mayoría, dependen exclusivamente del primer nivel de atención para el seguimiento de su tratamiento.

En el cantón Yaguachi, provincia del Guayas, esta problemática se expresa con características particulares que la agravan. Los pacientes adultos mayores que acuden a los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón enfrentan condiciones que históricamente se asocian con baja adherencia: ingresos económicos reducidos, niveles de escolaridad limitados, acceso intermitente a medicamentos en los establecimientos de salud, distancias variables al centro de atención y escasa disponibilidad de programas continuos de educación terapéutica. A ello se suma el recurso frecuente a prácticas alternativas y el abandono del tratamiento convencional cuando el paciente percibe una mejoría temporal de sus síntomas, patrón que agrava la evolución clínica y aumenta la demanda sobre los servicios de salud del distrito.

Pese a la magnitud de esta problemática, no existen estudios locales que analicen de manera sistemática los factores que condicionan la adherencia terapéutica en esta población. Esta brecha de evidencia limita seriamente la capacidad del personal de salud para diseñar

intervenciones pertinentes, priorizadas y sustentadas en la realidad del territorio. Sin información propia sobre los determinantes locales de la no adherencia, cualquier estrategia de mejora corre el riesgo de resultar descontextualizada e ineficaz.

1.2. Delimitación del problema

La investigación se delimita en cuatro dimensiones:

- **Población:** pacientes adultos mayores de 60 años o más, con diagnóstico confirmado de al menos una enfermedad crónica no transmisible —hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o ambas—, que reciben atención regular en los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi.
- **Lugar:** establecimientos de salud del primer nivel de atención del cantón Yaguachi, provincia del Guayas, Ecuador.
- **Tiempo:** período comprendido entre enero y marzo del año 2026.
- **Unidad de análisis:** el paciente adulto mayor con enfermedad crónica atendido en los servicios de APS del cantón durante el período de estudio.

1.3. Formulación del problema

En este contexto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué factores influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi, durante enero a marzo del 2026?

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos y del sistema de salud asociados con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi?
- ¿Qué relación existe entre el nivel de autoeficacia para el manejo de medicamentos y la adherencia al tratamiento en esta población?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi, durante enero a marzo del 2026.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos y del sistema de salud asociados con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas.
- Establecer el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi.

- Analizar la relación entre el nivel de autoeficacia para el manejo adecuado de medicamentos y la adherencia al tratamiento en la población de estudio.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

Los factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos y del sistema de salud se asocian significativamente con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi, durante enero a marzo del 2026.

1.6.2. Hipótesis específicas

- H1** — Los factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, condición socioeconómica y red de apoyo social), clínicos (tipo de enfermedad, tiempo de diagnóstico, número de medicamentos), psicológicos (depresión, conocimiento de la enfermedad) y del sistema de salud (acceso a medicamentos, calidad de la relación médico-paciente) se asocian con el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas del cantón Yaguachi.
- H2** — El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi es predominantemente bajo o moderado.
- H3** — Existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia para el manejo de medicamentos y la adherencia al tratamiento en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas del cantón Yaguachi.

1.6.3. Hipótesis nulas

H₀₁ — Los factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos y del sistema de salud no se asocian con el nivel de adherencia al tratamiento en esta población.

H₀₂ — El nivel de adherencia al tratamiento en esta población no es predominantemente bajo o moderado.

H₀₃ — No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia para el manejo de medicamentos y la adherencia al tratamiento.

1.7. Justificación

La adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónicas concentra, en un solo problema, tres de las dimensiones más urgentes de la salud pública contemporánea: el envejecimiento acelerado de la población, la carga creciente de las enfermedades no transmisibles y las limitaciones estructurales de los sistemas de atención primaria para sostener el seguimiento terapéutico continuo. Comprender qué factores condicionan este fenómeno en un territorio concreto no es un ejercicio académico abstracto; es una condición necesaria para que las intervenciones del sistema de salud sean pertinentes, eficientes y sostenibles en el tiempo.

Desde el plano científico, la investigación se justifica porque aborda una brecha de conocimiento real y documentada. Los estudios disponibles en América Latina sobre adherencia en adultos mayores se concentran mayoritariamente en entornos hospitalarios y en adultos en edad productiva, con escasa producción específica para el primer nivel de atención (Fernández-Lazaro et al., 2019). En Ecuador, el incremento sostenido de enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 ha elevado la demanda sobre los servicios de atención primaria sin que exista evidencia local suficiente para orientar las respuestas del sistema

(Macías-Moreira et al., 2023; Ministerio de Salud Pública, 2023). En el cantón Yaguachi no se han identificado estudios previos que analicen de manera sistemática los factores que condicionan la adherencia en esta población, lo que convierte a esta investigación en la primera aproximación empírica al problema desde el propio territorio. Metodológicamente, el estudio adopta el modelo multidimensional de la OMS como marco conceptual e incorpora instrumentos psicométricos validados —MMAS-8, SEAMS y GDS-15— que garantizan la comparabilidad de los resultados con la literatura científica vigente y su posible replicación en contextos similares (Adeoye-Olatunde et al., 2025; Selvakumar et al., 2023).

Desde el plano social e institucional, los resultados de esta investigación aportarán al personal de salud del distrito información concreta y contextualizada sobre los determinantes locales de la no adherencia, condición indispensable para diseñar intervenciones que respondan a la realidad específica del territorio y no a modelos importados de otros sistemas sanitarios. El estudio se alinea, además, con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural del Ecuador, que sitúa a la atención primaria como eje articulador del sistema y promueve el seguimiento continuo del paciente crónico en su entorno comunitario. Generar evidencia local sobre esta problemática es, en ese sentido, una contribución directa a la planificación sanitaria del cantón y un paso concreto hacia la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores que dependen del primer nivel de atención para sostener su tratamiento.

1.8. Declaración de las variables

1.8.1. Variable dependiente (VD)

Nivel de adherencia al tratamiento

1.8.2. Variables independientes (VI)

- **Sociodemográficas:** edad, sexo, nivel educativo, ingreso económico, apoyo familiar
- **Clínicas:** diagnóstico principal, tiempo de enfermedad, número de fármacos, comorbilidades.
- **Psicológicas:** autoeficacia, nivel de conocimiento de la enfermedad, presencia de depresión.
- **Del sistema de salud:** accesibilidad a medicamentos, calidad percibida de la atención, continuidad del proveedor.

1.9. Operacionalización de variables

Tabla 1 Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Categorías / Valores	Instrumento
VD Variable dependiente (VD)							
Nivel de adherencia al tratamiento VD	Grado en que el paciente adulto mayor sigue las indicaciones terapéuticas prescritas: dosis, frecuencia, horario y continuidad del tratamiento farmacológico	Multidimensional	Cualitativa ordinal	Ordinal	Puntuación MMAS-8 (0–8)	Alta adherencia: 8 pts. Media adherencia: 6–7 pts. Baja adherencia: < 6 pts.	MMAS-8
VI Variables independientes — Sociodemográficas							
Edad VI	Años cumplidos del paciente al momento de la encuesta	Socioeconómica	Cuantitativa discreta	Razón	Años referidos por el paciente	60–69 años 70–79 años ≥ 80 años	FD
Sexo VI	Sexo biológico del paciente registrado en la historia clínica	Socioeconómica	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sexo registrado en HC	Masculino Femenino	FD
Estado civil VI	Situación conyugal actual referida por el paciente al momento de la encuesta	Socioeconómica	Cualitativa politómica	Nominal	Condición conyugal declarada	Soltero/a Casado/a Unión libre Viudo/a Divorciado/a	FD
Nivel de instrucción VI	Último nivel educativo aprobado y acreditado por el paciente	Socioeconómica - Paciente	Cualitativa ordinal	Ordinal	Grado educativo declarado	Ninguno Primaria Secundaria Superior	FD
Ingreso económico mensual VI	Ingreso mensual del hogar del paciente en relación con el Salario Básico Unificado (SBU) vigente	Socioeconómica	Cualitativa ordinal	Ordinal	Ingreso declarado vs. SBU	< 1 SBU 1 SBU > 1 SBU	FD
Convivencia VI	Personas con quienes reside habitualmente el paciente en su domicilio	Socioeconómica - Paciente	Cualitativa politómica	Nominal	Composición del hogar declarada	Solo/a Cónyuge o pareja Hijos/as Otros familiares Cuidador externo	FD
Apoyo social percibido VI	Percepción subjetiva del paciente sobre la disponibilidad de red de apoyo familiar o social para el seguimiento de su tratamiento	Socioeconómica - Paciente	Cualitativa ordinal	Ordinal	Nivel de apoyo percibido (Likert)	Bajo Moderado Alto	FD

VI Variables independientes — Clínicas							
Diagnóstico principal VI	Enfermedad crónica de base registrada oficialmente en la historia clínica del paciente	Enfermedad	Cualitativa politómica	Nominal	Diagnóstico registrado en HC	Hipertensión arterial Diabetes mellitus tipo 2 HTA + DM2 Dislipidemia Otra ECNT	FD HC
Tiempo de diagnóstico VI	Años transcurridos desde el momento en que se estableció el diagnóstico de la enfermedad crónica principal	Enfermedad	Cuantitativa discreta	Razón	Años con diagnóstico declarados	< 5 años 5–10 años > 10 años	FD HC
Número de fármacos prescritos VI	Total de medicamentos prescritos que el paciente debe tomar de forma habitual y continua	Farmacológica	Cuantitativa discreta	Razón	Número de fármacos en receta activa	1–2 fármacos 3–4 fármacos ≥ 5 fármacos (polifarmacia)	FD HC
Comorbilidades VI	Presencia de diagnósticos crónicos adicionales al diagnóstico principal registrado en historia clínica	Enfermedad	Cualitativa dicotómica / cuantitativa	Nominal / Razón	Presencia y número de diagnósticos adicionales	Sí / No Número de comorbilidades	FD HC
Control metabólico o tensional VI	Grado de control de la enfermedad principal según el último registro clínico disponible (HbA1c para DM2 / PA para HTA)	Enfermedad - Farmacológica	Cualitativa ordinal	Ordinal	Último valor registrado en HC	Controlado Parcialmente controlado No controlado	HC
Frecuencia de controles médicos VI	Número de controles médicos efectivamente realizados en los últimos seis meses en el centro de salud	Sistema de salud - Paciente	Cuantitativa discreta	Razón	Número de controles registrados en HC	Ninguno 1–2 controles 3–4 controles ≥ 5 controles	FD HC
VI Variables independientes — Psicológicas							
Estado depresivo VI	Presencia y nivel de sintomatología depresiva del paciente medida mediante escala validada para adultos mayores	Paciente	Cualitativa ordinal	Ordinal	Puntuación GDS-15 (0–15)	Sin depresión: 0–4 pts. Probable depresión: 5–9 pts. Depresión establecida: ≥ 10 pts.	GDS-15
Autoeficacia para el manejo de medicamentos VI	Nivel de confianza percibida del paciente para tomar correctamente su medicación en diversas situaciones cotidianas	Paciente	Cuantitativa continua	Intervalo	Puntuación SEAMS (13–39)	Baja autoeficacia: 13–21 pts. Autoeficacia moderada: 22–30 pts. Alta autoeficacia: 31–39 pts.	SEAMS
Conocimiento de la enfermedad VI	Nivel de comprensión del paciente sobre su diagnóstico, tratamiento, consecuencias de la no adherencia y señales de alarma	Paciente	Cualitativa ordinal	Ordinal	Respuestas correctas en preguntas de la FD	Bajo (0–1 respuestas correctas) Moderado (2–3) Alto (4–5)	FD
Percepción de necesidad del tratamiento VI	Creencia del paciente sobre la utilidad y necesidad de continuar tomando sus medicamentos en el tiempo	Paciente	Cualitativa ordinal	Ordinal	Respuesta a ítem específico de la FD	Lo considera necesario Es indiferente Lo considera innecesario	FD

VI Variables independientes — Sistema de salud							
Acceso a medicamentos VI	Disponibilidad efectiva de los medicamentos prescritos en el centro de salud durante el último mes de atención	Sistema de salud - Socioeconómica	Cualitativa ordinal	Ordinal	Disponibilidad declarada por el paciente	Siempre disponibles A veces disponibles Frecuentemente no disponibles	FD
Distancia al centro de salud VI	Tiempo estimado de desplazamiento desde el domicilio del paciente hasta el centro de salud donde recibe atención	Sistema de salud - Socioeconómica	Cualitativa ordinal	Ordinal	Tiempo de traslado declarado	< 15 minutos 15–30 minutos > 30 minutos	FD
Calidad percibida de la atención VI	Satisfacción subjetiva del paciente con la atención recibida en los servicios de APS del cantón Yaguachi	Sistema de salud	Cualitativa ordinal	Ordinal	Nivel de satisfacción declarada (Likert 4 pts.)	Insatisfecho/a Poco satisfecho/a Satisfecho/a Muy satisfecho/a	FD
Continuidad del proveedor de salud VI	Frecuencia con que el paciente es atendido por el mismo profesional de salud en sus controles de rutina	Sistema de salud	Cualitativa ordinal	Ordinal	Frecuencia de atención por mismo proveedor	Siempre La mayoría de las veces Raramente Nunca	FD

Nota: VD = Variable dependiente | VI = Variable independiente | MMAS-8: Morisky Medication Adherence Scale 8 ítems | SEAMS: Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale | GDS-15: Geriatric Depression Scale (versión corta) | FD: Ficha de recolección de datos (elaboración propia).

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial

2.1. Antecedentes Referenciales

Scotti et al. (2026), en una revisión sistemática y metaanálisis publicada en el Journal of the American Geriatrics Society, analizaron 128 estudios sobre estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento en adultos mayores, de los cuales el 96 % correspondía a ensayos clínicos controlados. El estudio fue desarrollado en múltiples contextos internacionales e incluyó pacientes con enfermedades crónicas atendidos principalmente en atención primaria. Los autores encontraron que las intervenciones más efectivas combinaban componentes educativos, técnicos y actitudinales, y que los profesionales de enfermería y farmacia desempeñaban un papel determinante en la sostenibilidad del seguimiento terapéutico. Su aporte a la presente investigación radica en la identificación de los componentes de intervención más respaldados por la evidencia en el contexto de atención primaria, que pueden orientar las recomendaciones derivadas de los hallazgos locales.

Cardona-Arango et al. (2026), en una revisión de alcance publicada en Frontiers in Aging, seleccionaron 41 estudios del período 2015–2025 con el objetivo de identificar barreras, facilitadores e intervenciones efectivas para la adherencia en adultos mayores con enfermedades crónicas. El estudio fue desarrollado con una metodología sistemática de búsqueda en múltiples bases de datos internacionales. Los autores encontraron que las barreras más frecuentes eran la edad avanzada, el sexo, la baja autoeficacia, las barreras culturales, la depresión y la fatiga del tratamiento, mientras que el apoyo social, la alfabetización sanitaria y el acceso a los servicios actuaban como facilitadores. Esta revisión aporta al estudio el mapa más actualizado de los factores que condicionan la adherencia en esta población, validando las dimensiones incluidas en el diseño de esta investigación.

Liu et al. (2023), en un estudio multicéntrico de corte transversal publicado en BMC Geriatrics, analizaron los factores de riesgo para la no adherencia autorreferida en 773 pacientes mayores de 65 años con multimorbilidad y polifarmacia que residían en la comunidad. El estudio fue realizado en China y utilizó cuestionarios validados aplicados en consultorios de atención primaria. Sus resultados mostraron que la multimorbilidad combinada con la polifarmacia incrementaba significativamente el riesgo de no adherencia, y que una elevada proporción de los pacientes recibía medicación potencialmente inapropiada. Este trabajo contribuye a la presente investigación al documentar empíricamente la interacción entre el número de fármacos, las comorbilidades y la adherencia, variables que se incluyen como independientes en el diseño del estudio.

Selvakumar et al. (2023), en un estudio de corte transversal con 346 adultos mayores de 60 años o más atendidos en atención primaria, publicado en la revista Medicina, evaluaron la relación entre la carga terapéutica, la alfabetización sanitaria y la adherencia al tratamiento en pacientes con múltiples enfermedades crónicas. El estudio fue llevado a cabo en Malasia, y los instrumentos utilizados incluyeron escalas validadas para medir cada una de las variables de interés. Los autores encontraron que tanto la carga terapéutica elevada como la baja alfabetización sanitaria se asociaban de forma independiente con menor adherencia. Su relevancia para esta investigación es directa: confirma la pertinencia de incorporar el nivel de conocimiento de la enfermedad como variable independiente en el diseño metodológico.

Horvat et al. (2024), mediante un estudio cualitativo con grupos focales realizado en Eslovenia y publicado en Healthcare, exploraron las barreras y facilitadores para la adherencia en adultos mayores vulnerables atendidos en la comunidad. Los participantes identificaron como barreras principales la desconfianza en el sistema sanitario, la complejidad percibida del régimen

terapéutico, los déficits cognitivos leves y la ausencia de apoyo social estable. Como facilitador principal emergió la figura de la enfermera comunitaria, especialmente cuando esta mantenía una relación continua y de confianza con el paciente. Este antecedente respalda la inclusión de variables relacionadas con la calidad de la atención y la continuidad del proveedor en el instrumento de recolección de datos de esta investigación.

Wang et al. (2026), en una revisión sistemática y metaanálisis publicada en el *Journal of General and Family Medicine*, cuantificaron la asociación entre depresión y polifarmacia en adultos mayores a partir de la síntesis de múltiples estudios internacionales. Sus resultados mostraron un odds ratio de 2.49 (IC 95 %: 1.88–3.29), confirmando que los pacientes con sintomatología depresiva presentan una probabilidad significativamente mayor de recibir múltiples fármacos y, en consecuencia, de enfrentar mayores dificultades para sostener la adherencia. Este antecedente fundamenta metodológicamente la inclusión del GDS-15 como instrumento de cribado de depresión en el presente estudio.

Berardinelli et al. (2024), en una revisión sistemática publicada en *Healthcare*, analizaron el impacto de las intervenciones lideradas por enfermeras sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas. Los autores revisaron estudios de múltiples países y encontraron que las intervenciones educativas, el seguimiento activo y el involucramiento de cuidadores mejoraban la adherencia de manera significativa, especialmente cuando el paciente mantenía una relación sostenida con el mismo profesional a lo largo del tiempo. Este trabajo contribuye a la presente investigación al identificar el rol del sistema de salud y la continuidad del proveedor como factores modificables con potencial de intervención en el contexto de la atención primaria.

En el contexto latinoamericano, Fernández-Lázaro et al. (2019), en un estudio de corte transversal publicado en BMC Family Practice, analizaron la adherencia al tratamiento y los factores asociados en 32,137 sujetos atendidos en servicios de atención primaria de España, de los cuales el 79.56 % tenía 65 años o más. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de adherencia y los factores que la condicionan en pacientes con enfermedades crónicas del primer nivel de atención. Los autores encontraron una adherencia global del 55.5 % y documentaron que la recepción de información terapéutica completa, el conocimiento adecuado del régimen prescrito y la edad avanzada se asociaban con mayor adherencia. Este estudio aporta a la presente investigación un referente metodológico directo sobre la medición de adherencia en atención primaria y la relevancia del conocimiento del paciente como determinante del cumplimiento terapéutico.

Briones-Aranda et al. (2022), en un estudio realizado en México y publicado en la Revista Médica de Chile, investigaron la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el primer nivel de atención. El estudio analizó una muestra de pacientes adultos y exploró el efecto del nivel educativo, las creencias culturales sobre la enfermedad y la calidad de la relación terapéutica sobre el cumplimiento del tratamiento. Los autores encontraron que estas tres dimensiones impactaban de manera significativa en la adherencia, y señalaron que los factores culturales e interpersonales son frecuentemente subestimados en los modelos de intervención. Este antecedente justifica la inclusión de la percepción de necesidad del tratamiento y la calidad percibida de la atención como variables en el diseño del estudio.

Penagos Montoya et al. (2024), en un estudio de corte transversal publicado en la Revista Salud y Cuidado, analizaron los factores relacionados con la adherencia y la no adherencia en

adultos mayores polimedicados atendidos en Colombia. El estudio incluyó pacientes con hipertensión arterial (93.2 %) y dislipidemia (67.6 %) como diagnósticos predominantes, y encontró que el 77 % de los participantes era no adherente. Los factores más frecuentemente asociados con la no adherencia fueron la desconfianza hacia el equipo médico y las barreras económicas para el acceso a los medicamentos. Este trabajo es uno de los antecedentes más cercanos al contexto del presente estudio por la similitud del perfil socioeconómico y clínico de la población analizada, y valida la pertinencia de incluir variables del sistema de salud y condiciones económicas en el instrumento de recolección.

En un estudio de corte transversal publicado en Dominio de las Ciencias, Padilla-Vinueza et al. (2020), investigaron la adherencia al tratamiento en una muestra de 93 adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en servicios de salud del Ecuador, utilizando el test de Morisky como instrumento de medida. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de adherencia y los factores asociados en esta población. Los resultados revelaron que el 69.9 % de los participantes presentaba baja adherencia, y que entre los factores más frecuentemente identificados se encontraban vivir solo (21.5 %), el desconocimiento de la medicación (81.7 %) y el desconocimiento de la propia enfermedad (73.1 %). La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 fueron las condiciones más prevalentes. Este estudio constituye el antecedente nacional más relevante para la presente investigación por coincidir en la población, el contexto y las variables de interés, y por confirmar que la baja adherencia es un problema extendido en la población adulta mayor ecuatoriana atendida en atención primaria.

Hasta la fecha, no se han identificado estudios publicados que aborden específicamente la adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónicas en el cantón Yaguachi ni en cantones intermedios de la provincia del Guayas con características socioeconómicas

comparables. Esta ausencia de antecedentes locales confirma la originalidad de la presente investigación y refuerza la necesidad de generar evidencia propia que oriente las intervenciones del sistema de salud en este territorio.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Definición y evolución del concepto de adherencia terapéutica

Hablar de adherencia terapéutica hoy implica reconocer que detrás de ese término hay una historia conceptual que no siempre fue lineal ni pacífica. Durante décadas, la medicina utilizó el término cumplimiento —o en inglés, *compliance*— para referirse al grado en que el paciente seguía las indicaciones del médico. La elección de esa palabra no era neutral: reflejaba una relación asimétrica en la que el profesional prescribía y el paciente obedecía, o no obedecía. La no adherencia era, bajo ese paradigma, un problema del paciente, una falla de voluntad o de comprensión que debía corregirse mediante instrucción o persuasión. El sistema de salud, en esa lectura, quedaba exento de responsabilidad.

Con el tiempo, esa visión comenzó a mostrar sus fisuras. La investigación clínica acumuló suficiente evidencia para demostrar que el incumplimiento del tratamiento rara veces obedecía a una sola causa y que, en la mayoría de los casos, era la respuesta racional del paciente a un conjunto de circunstancias —económicas, emocionales, sociales, culturales— que el modelo biomédico tradicional no había aprendido a ver. Fue en ese contexto donde el término adherencia comenzó a desplazar al de cumplimiento, trayendo consigo un cambio de perspectiva más profundo que el mero reemplazo de una palabra por otra (Kardas et al., 2013).

La definición que marcó un antes y un después en este campo fue la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su informe de 2003, *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. En ese documento, la OMS definió la adherencia como el grado en que el

comportamiento de una persona —tomar los medicamentos, seguir una dieta y ejecutar cambios en el estilo de vida— corresponde con las recomendaciones acordadas con el proveedor de salud (OMS, 2025). Dos elementos de esta definición merecen subrayarse. Primero, el énfasis en el comportamiento y no solo en la intención: la adherencia es una conducta observable y medible, no una actitud. Segundo, y quizás más importante, el uso de la palabra acordadas: por primera vez, la definición oficial reconocía que el tratamiento no se impone, sino que se construye en una relación de diálogo entre el profesional y el paciente. Ese matiz transformó la forma de entender —y de investigar— el fenómeno (Aldan et al., 2022; Sabaté & World Health Organization, 2003).

Sin embargo, el debate conceptual no se detuvo ahí. A medida que la investigación avanzaba, quedó claro que la adherencia no era un fenómeno unitario sino un proceso con fases diferenciadas que requerían análisis por separado. En 2009, el proyecto europeo *Ascertaining Barriers for Compliance (ABC)* propuso una nueva taxonomía que dividía la adherencia en tres componentes secuenciales: la iniciación, entendida como el momento en que el paciente toma la primera dosis del medicamento prescrito; la implementación, que describe en qué medida la dosificación real del paciente se corresponde con la pauta prescrita a lo largo del tiempo; y la discontinuación, que marca el punto en que el paciente deja de tomar el medicamento (Menditto et al., 2021). Esta taxonomía, que hoy es ampliamente aceptada en la investigación farmacológica internacional, permite identificar en qué fase del proceso se produce la ruptura terapéutica y diseñar intervenciones específicas para cada momento.

Junto a la adherencia, la literatura científica ha precisado también el significado de otros términos con los que frecuentemente se confunde. La persistencia hace referencia a la duración del tiempo entre la iniciación del tratamiento y la última dosis tomada antes de la

discontinuación; mide, en otras palabras, cuánto tiempo sostiene el paciente el tratamiento, independientemente de si lo hace con la regularidad correcta (Menditto et al., 2021). La concordancia, por su parte, es un concepto de raíz más relacional: alude al proceso de negociación y acuerdo entre el paciente y el profesional de salud sobre el tratamiento, reconociendo que el paciente trae consigo creencias, valores y preferencias que deben ser tomadas en cuenta para que el tratamiento sea viable a largo plazo (Kardas et al., 2013). En ese sentido, la concordancia no es una propiedad del paciente sino una cualidad de la consulta médica y de la relación terapéutica que de ella emerge.

Estas distinciones no son meramente académicas. Tienen implicaciones directas para el diseño de investigaciones y para la selección de instrumentos de medida. Un estudio que mide solo la implementación del régimen de dosificación —que es, en esencia, lo que hacen instrumentos como el MMAS-8— ofrece una imagen diferente de la que proporcionaría una medida de persistencia a doce meses o un análisis de concordancia comunicativa. Reconocer qué dimensión del fenómeno se está midiendo es el primer paso para interpretar correctamente los resultados y para evitar que se atribuya al paciente una responsabilidad que en realidad es compartida con el sistema (Aldan et al., 2022; Fernández-Lazaro et al., 2019).

En el contexto de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en atención primaria —que es la población de interés en esta investigación—, esta distinción conceptual cobra especial relevancia. La implementación incorrecta del régimen terapéutico puede originarse en factores cognitivos, mientras que la discontinuación puede responder a barreras económicas o a la percepción de que el tratamiento ya no es necesario. Ambas situaciones requieren respuestas distintas por parte del sistema de salud, y ninguna puede abordarse de

manera efectiva si se mide la adherencia como si fuera un fenómeno uniforme y sin matices (Cardona et al., 2026; Menditto et al., 2021).

2.2.2. Modelo multidimensional de la OMS: las cinco dimensiones de la adherencia

Uno de los aportes más duraderos del informe de la OMS de 2003 no fue solo la definición de adherencia, sino el reconocimiento explícito de que este fenómeno no puede explicarse desde una sola dimensión. Frente a las miradas simplistas que atribuían la no adherencia únicamente a la voluntad o la irresponsabilidad del paciente, la OMS propuso un modelo que distribuye los determinantes de la adherencia en cinco grandes dimensiones interrelacionadas: los factores socioeconómicos, los factores del sistema y equipo de salud, los factores relacionados con la enfermedad, los factores relacionados con el tratamiento y los factores del paciente (OMS, 2025). Este modelo, conocido como Modelo de Adherencia Multidimensional (MAM), sigue siendo hoy el marco conceptual de referencia más utilizado en la investigación sobre adherencia a nivel internacional, y su vigencia se confirma en estudios recientes que lo aplican en distintos contextos clínicos y poblaciones (Aldan et al., 2022; Cardona-Arango et al., 2026).

Lo que hace valioso a este modelo no es solo su capacidad descriptiva, sino su utilidad operativa. Al organizar los determinantes en dimensiones diferenciadas, permite identificar en cuál de ellas reside la principal barrera para un paciente o una población específica, lo que orienta el diseño de intervenciones mucho más precisas que las estrategias genéricas de educación sanitaria. A continuación, se describe cada dimensión y su relevancia para el contexto de esta investigación.

Dimensión socioeconómica. Esta dimensión abarca los factores estructurales que condicionan la capacidad del paciente para acceder y sostener un tratamiento en el tiempo: nivel

de ingresos, acceso a seguro médico, costo de los medicamentos, nivel educativo, distancia geográfica a los servicios de salud y condiciones de vivienda. La evidencia acumulada es consistente al señalar que el nivel de ingresos bajos constituye uno de los predictores más robustos de no adherencia, particularmente en contextos de salud pública donde el acceso a medicamentos no siempre está garantizado de forma continua (Adeoye-Olatunde et al., 2025). En países de ingresos medios y bajos, los factores socioeconómicos interactúan con las demás dimensiones de manera especialmente intensa, generando ciclos de exclusión terapéutica difíciles de romper sin intervenciones que aborden simultáneamente las condiciones de vida del paciente (Chauke et al., 2022).

Dimensión del sistema y equipo de salud. El sistema de salud no solo facilita o dificulta el acceso al tratamiento; también moldea activamente la disposición del paciente para seguirlo. La calidad de la comunicación entre el profesional y el paciente, la continuidad del proveedor, la disponibilidad de medicamentos en el establecimiento de salud, los tiempos de espera y la organización del seguimiento clínico son factores que inciden directamente sobre la adherencia, independientemente de la voluntad individual del paciente (Horvat et al., 2024). Estudios recientes han confirmado que los pacientes que mantienen una relación continuada con el mismo profesional de salud presentan mayores niveles de adherencia que aquellos que son atendidos por distintos proveedores en cada visita, lo que sitúa a la continuidad del vínculo terapéutico como un factor protector de primer orden (Cardona-Arango et al., 2026).

Dimensión de la enfermedad. Las características de la propia condición crónica influyen sobre la adherencia de maneras que no siempre son evidentes. La ausencia de síntomas en períodos de control, como ocurre frecuentemente en la hipertensión arterial bien tratada, puede llevar al paciente a percibir que el tratamiento ya no es necesario y a interrumpirlo de forma

voluntaria. La gravedad percibida, la duración del diagnóstico, el número de enfermedades coexistentes y la presencia de complicaciones ya establecidas son variables que modulan la motivación del paciente para sostener el tratamiento (Aldan et al., 2022). En los adultos mayores, la multimorbilidad —la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas— añade una capa de complejidad adicional, ya que obliga a gestionar simultáneamente múltiples condiciones con pautas terapéuticas distintas y, en ocasiones, contradictorias (J. Liu et al., 2023).

Dimensión del tratamiento. El régimen terapéutico en sí mismo puede convertirse en una barrera cuando su complejidad supera la capacidad del paciente para gestionarlo en su vida cotidiana. La polifarmacia, la frecuencia de dosificación, la vía de administración, la presencia de efectos secundarios y la duración indefinida del tratamiento son factores que erosionan progresivamente la adherencia (Selvakumar et al., 2023). Esta dimensión es especialmente relevante en adultos mayores, quienes con frecuencia gestionan cinco o más medicamentos simultáneos —umbral a partir del cual se define la polifarmacia— y para quienes cada medicamento añadido representa no solo una dosis más, sino una nueva oportunidad de olvido, confusión o abandono (J. Liu et al., 2023). La evidencia más reciente subraya además que los efectos adversos percibidos, aunque sean leves, actúan como señal de alarma que lleva al paciente a suspender el tratamiento sin consultar al médico, conducta que el MMAS-8 explora específicamente en sus ítems 3 y 6 ((Cardona et al., 2025).

Dimensión del paciente. Esta dimensión recoge los factores individuales de orden cognitivo, emocional, actitudinal y conductual que influyen sobre la adherencia. El nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, las creencias sobre la utilidad de los medicamentos, la autoeficacia para gestionar correctamente la medicación, el estado emocional y la motivación para el autocuidado son variables que actúan como mediadores entre las

condiciones externas y el comportamiento terapéutico concreto (Cardona-Arango et al., 2026). La depresión merece mención especial dentro de esta dimensión: su presencia se ha asociado de manera consistente con mayor riesgo de no adherencia en adultos mayores con enfermedades crónicas, a través de mecanismos que van desde la reducción de la motivación hasta las dificultades cognitivas para recordar y ejecutar el régimen de medicación (Y.-H. Wang et al., 2026).

La fortaleza del modelo multidimensional reside precisamente en su carácter integrador. Ninguna dimensión opera de forma aislada: un paciente con bajos ingresos —dimensión socioeconómica— puede ver agravada su situación por una atención fragmentada —dimensión del sistema—, un diagnóstico reciente sin síntomas visibles —dimensión de la enfermedad— y una depresión no detectada —dimensión del paciente—. Es esa superposición de factores la que explica por qué la adherencia es tan difícil de mejorar con intervenciones unidimensionales y por qué los estudios que solo abordan una dimensión ofrecen resultados parciales y poco transferibles a otros contextos (Cardona et al., 2025; Chauke et al., 2022). Esta investigación adopta precisamente el MAM como eje articulador del diseño metodológico, lo que permite capturar esa complejidad de manera sistemática en la población adulta mayor del cantón Yaguachi.

2.2.3. Medición de la adherencia: instrumentos validados

Medir la adherencia al tratamiento es, en sí mismo, un problema metodológico que la investigación en ciencias de la salud lleva décadas intentando resolver sin encontrar una solución perfecta. La dificultad radica en que la adherencia es un comportamiento privado, que ocurre fuera del entorno clínico y que depende en gran medida de lo que el propio paciente recuerda, hace y está dispuesto a reportar. Esa distancia entre el acto real de tomar o no tomar un

medicamento y la manera en que ese acto puede ser conocido por el investigador explica por qué la literatura especializada distingue entre dos grandes familias de métodos: los directos y los indirectos (Shah et al., 2023).

Los métodos directos incluyen la observación directa de la toma del medicamento, la medición de concentraciones plasmáticas del fármaco o de marcadores biológicos en sangre u orina. Son los más precisos en términos de verificación objetiva, pero su costo, invasividad y complejidad logística los hacen prácticamente inviables en estudios poblacionales de atención primaria. Los métodos indirectos, en cambio, comprenden los cuestionarios autorreferidos, los registros de dispensación farmacéutica, el conteo de comprimidos sobrantes y los sistemas electrónicos de monitorización de envases. Dentro de estos, los cuestionarios autorreferidos son con diferencia los más utilizados en contextos clínicos y de investigación, por su bajo costo, facilidad de administración y capacidad para capturar no solo el comportamiento sino también las razones detrás de la no adherencia (Larsen et al., 2022; Shah et al., 2023).

Una revisión de estado del arte publicada recientemente, que analizó estudios sobre medición de adherencia en enfermedades crónicas entre 2019 y 2024, documentó que los cuestionarios autorreferidos tienden a sobreestimar la adherencia cuando se comparan con medidas electrónicas objetivas, y que existen discrepancias sistemáticas entre distintos tipos de medida aplicados sobre la misma muestra (Dunbar-Jacob & Zhao, 2025). Este hallazgo no invalida el uso de cuestionarios, pero sí obliga a seleccionarlos con criterio y a interpretar sus resultados con las limitaciones del método en mente. En el contexto de adultos mayores con enfermedades crónicas en atención primaria, donde los recursos disponibles son limitados y donde la capacidad para completar escalas complejas puede verse afectada por el nivel educativo

o el deterioro cognitivo leve, la elección del instrumento adquiere una relevancia adicional (Baby et al., 2024).

Escala MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale, 8 ítems). Desarrollada por Morisky et al. en 2008 a partir de una versión previa de cuatro ítems, la MMAS-8 es hoy el instrumento autorreferido de mayor uso internacional para la medición de adherencia farmacológica en enfermedades crónicas. Consta de ocho preguntas con respuesta dicotómica —sí o no— excepto el último ítem, que utiliza una escala de frecuencia de cinco categorías. Su puntuación oscila entre 0 y 8, distribuyendo a los pacientes en tres niveles: alta adherencia (puntuación de 8), adherencia media (6–7 puntos) y baja adherencia (menos de 6 puntos). La escala ha demostrado buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.83) y fiabilidad test-retest en múltiples contextos clínicos y condiciones crónicas, incluyendo hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades respiratorias crónicas (Y. Zhang et al., 2021). Una de sus ventajas más valoradas en contextos de atención primaria es que permite discriminar entre la no adherencia intencional —el paciente decide conscientemente saltarse una dosis— y la no intencional —el olvido o el descuido—, distinción que orienta el tipo de intervención más adecuada para cada caso.

La validación de la MMAS-8 en población hispanohablante con enfermedades crónicas ha mostrado resultados heterogéneos según la condición estudiada y el contexto cultural. Martínez-Pérez et al. (2021) advirtieron que las propiedades psicométricas de la escala en pacientes con diabetes tipo 2 en España presentaban limitaciones en su consistencia interna, identificando tres factores en el análisis factorial exploratorio. Esta advertencia no descarta su uso, pero invita a complementar sus resultados con otras fuentes de información cuando sea posible y a contextualizar su interpretación según las características de la población de estudio.

Escala SEAMS (Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale, 13 ítems). La SEAMS fue desarrollada por Risser et al. (2007) con el propósito de medir la autoeficacia específica para el manejo de medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas y bajo nivel de alfabetización, un perfil que coincide con frecuencia en la población adulta mayor de atención primaria. La escala consta de 13 ítems que presentan situaciones cotidianas concretas —viajes, enfermedad intercurrente, cambios de rutina, estados emocionales— ante las cuales el paciente indica su nivel de confianza para tomar correctamente su medicación en una escala Likert de tres puntos: nada confiado (1), algo confiado (2) y muy confiado (3). La puntuación total oscila entre 13 y 39, donde mayores puntajes indican mayor autoeficacia. En su validación original, la escala demostró alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.89) y una estructura bifactorial que explicó el 52.3 % de la varianza del constructo. La versión en español ha sido validada en contextos de habla hispana con resultados satisfactorios, confirmando su aplicabilidad en poblaciones latinoamericanas con enfermedades crónicas (Risser et al., 2007).

Escala GDS-15 (Geriatric Depression Scale, versión de 15 ítems). La Escala de Depresión Geriátrica fue desarrollada específicamente para la detección de sintomatología depresiva en adultos mayores, un grupo en el que los instrumentos de depresión diseñados para adultos en general tienden a presentar sesgos por la coexistencia de síntomas somáticos asociados al envejecimiento. La versión de 15 ítems —que es la más empleada en entornos clínicos— utiliza respuestas dicotómicas de sí o no, lo que facilita su aplicación en pacientes con niveles educativos bajos o cierto grado de deterioro cognitivo leve. Las puntuaciones de 0 a 4 se consideran sin depresión, de 5 a 9 indican probable depresión, y 10 o más corresponden a depresión establecida. En una evaluación de la versión española publicada en *Frontiers in Psychology*, Bugallo-Carrera et al. (2023) documentaron para la GDS-15 una sensibilidad de

0.755 y una especificidad de 0.668 con un punto de corte de 3 puntos, y una curva ROC de 0.764, valores que respaldan su uso como instrumento de cribado en atención primaria aunque con la recomendación de complementarlos con evaluación clínica cuando el cribado resulte positivo. La selección de este instrumento para el presente estudio responde precisamente a su adecuación para el grupo etario, su brevedad y su disponibilidad en versión validada al español.

La combinación de estos tres instrumentos —MMAS-8, SEAMS y GDS-15— junto con la ficha de recolección de datos elaborada para capturar las variables sociodemográficas, clínicas y del sistema de salud, configura un sistema de medición que cubre las dimensiones del modelo OMS de forma coherente y operacionalizable en el contexto de los servicios de atención primaria del cantón Yaguachi. Ninguno de los instrumentos seleccionados requiere equipamiento especial ni formación clínica avanzada para su aplicación, lo que los hace viables en la práctica habitual de los centros de salud del primer nivel (Baby et al., 2024).

2.3. El adulto mayor con enfermedad crónica: características y vulnerabilidades específicas

2.3.1. Envejecimiento y enfermedades crónicas no transmisibles

Pocos fenómenos de la historia reciente han transformado el perfil de la salud global con la velocidad y la profundidad con que lo ha hecho el envejecimiento demográfico. Durante siglos, la humanidad luchó contra las infecciones y las enfermedades agudas como principales causas de muerte. Hoy, en cambio, son las enfermedades no transmisibles —cardiovasculares, metabólicas, respiratorias crónicas y oncológicas— las que concentran la mayor parte de la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad a nivel mundial, y lo hacen de forma especialmente intensa en las poblaciones más envejecidas (OPS/OMS, 2026). Esta transición no ocurrió de manera aislada: fue el resultado conjunto de la caída de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y el aumento sostenido de la esperanza de vida, tres procesos que, al

superponerse, produjeron una redistribución demográfica sin precedentes hacia los grupos de mayor edad.

La Organización Mundial de la Salud define como adultos mayores a las personas de 60 años o más en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más en los países de altos ingresos, aunque reconoce que esta distinción refleja diferencias en los sistemas de pensiones y no necesariamente en el estado funcional o de salud de los individuos (OMS, 2026). Para los fines de la investigación en salud pública, la frontera de los 60 años es la más utilizada en América Latina y en Ecuador, y es la que adopta este estudio. Lo relevante no es tanto la frontera cronológica en sí misma, sino lo que ocurre a partir de ella: una acumulación progresiva de condiciones crónicas, una reducción gradual de la reserva funcional y una mayor dependencia de los servicios de salud para sostener la calidad de vida cotidiana.

En este grupo etario, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 son las enfermedades crónicas de mayor prevalencia y de mayor impacto sobre la adherencia terapéutica. Un estudio brasileño de diseño multicéntrico que analizó adultos mayores de 80 años o más documentó una prevalencia de hipertensión arterial cercana al 75 % en pacientes con polifarmacia, y encontró que la diabetes mellitus tipo 2 era 2.15 veces más frecuente en pacientes que consumían cinco o más medicamentos (Silva et al., 2023). Estos datos ilustran con claridad una de las características más definitorias del envejecimiento con enfermedades crónicas: la tendencia a la acumulación simultánea de condiciones que se retroalimentan entre sí y que, con el tiempo, convierten el tratamiento en un sistema de creciente complejidad.

En América Latina, el panorama epidemiológico de ambas condiciones presenta características propias que agravan la situación. La prevalencia de hipertensión en la región oscila entre el 30 y el 50 % de la población adulta, y la proporción de pacientes con diagnóstico

conocido, tratados y con presión arterial controlada es notoriamente baja. La diabetes mellitus tipo 2, por su parte, afecta entre el 8 y el 13 % de la población adulta de la región, y se estima que alrededor del 40 % de los casos no ha sido diagnosticado (López-Jaramillo et al., 2020). Ambas condiciones convergen con frecuencia en el mismo paciente adulto mayor, generando cuadros de multimorbilidad que elevan exponencialmente la carga terapéutica y el riesgo de no adherencia.

En Ecuador, la evidencia disponible confirma estas tendencias con datos propios. Un estudio de base poblacional realizado en comunidades rurales costeras de la región montubia documentó una prevalencia ponderada de diabetes del 20.4 % y de hipertensión del 35.6 %, con mayor afectación en mujeres y en grupos de edad avanzada (Gualan et al., 2024). A su vez, un análisis sobre las brechas en el manejo de la hipertensión en Quito reveló que la brecha de control a nivel poblacional alcanzaba el 43.5 %, es decir, casi la mitad de los pacientes hipertensos identificados no lograba mantener su presión arterial dentro de rangos terapéuticos adecuados (Ortiz et al., 2022). Estos datos son especialmente preocupantes cuando se consideran en el contexto de la atención primaria de cantones intermedios como Yaguachi, donde las condiciones para el seguimiento continuo son más limitadas que en entornos urbanos.

La multimorbilidad —entendida como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo— es una de las consecuencias más importantes del envejecimiento sobre el perfil clínico del paciente adulto mayor. Su prevalencia aumenta de forma sostenida con la edad: se estima que afecta al 64.9 % de las personas entre 65 y 84 años a nivel global, con proporciones aún más elevadas en los grupos de mayor edad (Lv et al., 2022). En los pacientes con multimorbilidad, la adherencia terapéutica se convierte en un objetivo significativamente más difícil de alcanzar, no solo por la multiplicación del número de fármacos,

sino también porque cada condición adicional añade restricciones dietéticas, controles periódicos y cambios en el estilo de vida que, acumulados, pueden superar la capacidad de gestión del paciente (J. Zhang et al., 2024).

Esta complejidad clínica tiene consecuencias directas sobre la calidad de vida, la autonomía funcional y el riesgo de hospitalización. Los estudios disponibles muestran que los adultos mayores con multimorbilidad presentan mayores tasas de discapacidad, mayor deterioro funcional y peores resultados en salud en comparación con sus pares sin comorbilidades, especialmente cuando la adherencia al tratamiento es subóptima (J. Zhang et al., 2024).

Comprender las características de esta población —sus condiciones clínicas, sus limitaciones funcionales y el contexto en que gestiona su tratamiento— es, por tanto, un punto de partida indispensable para analizar los factores que determinan la adherencia terapéutica en los adultos mayores del cantón Yaguachi.

2.3.2. Multimorbilidad y polifarmacia en el adulto mayor

Si hay dos fenómenos que caracterizan con particular intensidad la experiencia de envejecer con enfermedades crónicas, esos son la multimorbilidad y la polifarmacia. No son condiciones independientes ni paralelas: se generan y se refuerzan mutuamente en un ciclo que, con el paso del tiempo, tiende a hacerse más complejo y difícil de gestionar tanto para el paciente como para el sistema de salud que lo atiende.

La multimorbilidad se define como la coexistencia de dos o más condiciones crónicas en un mismo individuo. Aunque parezca un umbral bajo, su prevalencia real es llamativa: una revisión sistemática reciente que analizó 87 estudios en contextos clínicos y comunitarios de adultos mayores reportó que su prevalencia en este grupo oscila entre el 4.8 % y el 93.1 %, con una heterogeneidad que refleja diferencias en las definiciones, los contextos y los sistemas de

registros utilizados (Nicholson et al., 2024). Esta variabilidad no es solo metodológica; revela que la multimorbilidad se distribuye de forma muy desigual según el nivel socioeconómico, el acceso a la atención preventiva y la calidad del seguimiento clínico. En poblaciones con mayores desventajas sociales, la acumulación de condiciones crónicas ocurre más temprano y con mayor intensidad que en grupos con mejores condiciones de vida.

La polifarmacia, por su parte, es casi una consecuencia inevitable de la multimorbilidad. Cuando un paciente acumula varias enfermedades crónicas, cada una de ellas suele requerir al menos un fármaco, y la suma de esas prescripciones puede superar rápidamente el umbral de cinco medicamentos simultáneos que la literatura científica acepta como definición operacional del término (NIH/NCBI, 2024). En adultos mayores, la polifarmacia no es una excepción: según la misma revisión sistemática de Nicholson et al. (2024), su prevalencia en muestras de adultos mayores varía entre el 2.6 % y el 86.6 %, con la amplitud del rango explicada nuevamente por la diversidad de definiciones y entornos estudiados. Lo que los datos coinciden en señalar, independientemente de las cifras exactas, es que la coexistencia de multimorbilidad y polifarmacia es la norma y no la excepción en los adultos mayores que acuden al primer nivel de atención.

Las consecuencias clínicas de esta combinación son múltiples y están bien documentadas. A mayor número de fármacos prescritos, mayor es el riesgo de interacciones medicamentosas, de efectos adversos acumulativos y de errores en la toma. Cada medicamento añadido representa no solo una pastilla más, sino una nueva oportunidad de confusión, de olvido o de decisión autónoma de suspensión cuando el paciente percibe que sus síntomas no mejoran o que los efectos secundarios superan los beneficios percibidos. Este es uno de los mecanismos más

directos a través de los cuales la polifarmacia deteriora la adherencia al tratamiento en esta población.

Un problema adicional que amplifica esta dificultad es la prescripción potencialmente inapropiada. Los criterios Beers, actualizados por la Sociedad Americana de Geriátrica, constituyen el instrumento de referencia más utilizado a nivel internacional para identificar medicamentos que presentan una relación riesgo-beneficio desfavorable en adultos mayores, bien por sus efectos sobre el sistema nervioso central, el sistema cardiovascular o el metabolismo en pacientes de edad avanzada (Jordan Samuel, 2023). En paralelo, los criterios STOPP/START en su tercera versión ofrecen un sistema basado en fisiología por aparatos que identifica tanto los medicamentos potencialmente inapropiados como las omisiones de tratamiento que también pueden comprometer la salud del paciente (O'Mahony et al., 2023). Ambas herramientas coinciden en señalar que una parte significativa de los adultos mayores polimedcados recibe al menos un fármaco cuyo perfil de seguridad es cuestionable en este grupo etario, lo que añade una capa de riesgo a la ya compleja gestión terapéutica.

Frente a este panorama, la desprescripción supervisada ha emergido como una estrategia de creciente respaldo en la literatura científica. A diferencia de la suspensión abrupta o no planificada, la desprescripción es un proceso estructurado de revisión, reducción o sustitución de medicamentos que ya no aportan beneficio clínico claro o cuyo balance riesgo-beneficio se ha vuelto desfavorable, llevado a cabo con participación del paciente (Ulley et al., 2019). Su relevancia para la adherencia es directa: reducir el número de fármacos innecesarios simplifica el régimen, disminuye la carga de la toma y puede mejorar la disposición del paciente a seguir con los que sí son indispensables. En el contexto de la atención primaria, donde el tiempo de consulta es limitado y la revisión de la medicación rara vez se realiza de forma sistemática, el desarrollo

de protocolos de desprescripción constituye una de las intervenciones con mayor potencial para mejorar la adherencia en adultos mayores polimedicados.

En definitiva, la relación entre multimorbilidad, polifarmacia y adherencia no es lineal ni unidireccional. Se trata de un sistema de retroalimentación en el que cada componente agrava a los demás: más enfermedades generan más fármacos, más fármacos dificultan la adherencia, y la falta de adherencia deteriora el control de las enfermedades, lo que a su vez justifica añadir nuevos medicamentos. Comprender esta dinámica es fundamental para interpretar los datos de adherencia que este estudio recabará en la población adulta mayor del cantón Yaguachi y para diseñar, en el futuro, respuestas que rompan ese ciclo desde el primer nivel de atención.

2.3.3 Cambios funcionales y cognitivos asociados al envejecimiento

Envejecer trae consigo transformaciones que no siempre son visibles desde fuera pero que tienen un impacto directo y cotidiano sobre la capacidad de una persona para gestionar su propio tratamiento. La reducción de la agudeza visual, la disminución de la destreza manual, los cambios en la memoria de trabajo y el enlentecimiento del procesamiento de la información son parte del proceso normal de envejecimiento y, sin embargo, rara vez se tienen en cuenta a la hora de diseñar regímenes terapéuticos o de evaluar por qué un paciente no cumple con su medicación. Tratar la no adherencia como un problema de voluntad sin considerar estas transformaciones biológicas es, metodológica y clínicamente, un error que este estudio busca evitar.

El deterioro cognitivo leve —definido como un estado de declive cognitivo superior al esperado para la edad pero que no compromete la funcionalidad cotidiana de forma significativa— es uno de los factores más documentados en la literatura como predictor de no adherencia en adultos mayores con enfermedades crónicas. Un estudio de corte transversal realizado en consultorios de atención primaria de Shanghai, con 436 pacientes de 60 años o más, encontró que el deterioro cognitivo leve era un factor de riesgo independiente de no adherencia, con una asociación estadísticamente significativa tras ajustar por edad, sexo, número de medicamentos y otras covariables (He et al., 2023). Lo que este estudio revela con claridad es que el impacto del deterioro cognitivo sobre la adherencia no opera principalmente a través de la incapacidad para comprender las instrucciones, sino a través de fallas en la memoria prospectiva —la capacidad de recordar que se debe realizar una acción futura, como tomar una pastilla a una hora determinada— que son especialmente vulnerables en el envejecimiento normal.

Esta distinción es clínicamente relevante porque implica que los programas educativos convencionales, diseñados para mejorar el conocimiento sobre la enfermedad o el tratamiento, pueden resultar insuficientes cuando el principal obstáculo es la memoria prospectiva y no la comprensión. Una revisión sistemática sobre intervenciones para mejorar la adherencia en adultos mayores con deterioro cognitivo que viven en la comunidad identificó que las estrategias más efectivas no eran las basadas en información sino las que incorporaban apoyos externos al proceso de toma —pastilleros organizados, alarmas, recordatorios familiares y seguimiento farmacéutico activo— que sustituyen o compensan la función cognitiva afectada (Dixe et al., 2023).

El concepto de fragilidad añade una dimensión funcional a este análisis. La fragilidad es un síndrome clínico que refleja una reducción de la reserva fisiológica y una mayor vulnerabilidad ante eventos estresantes, y su prevalencia aumenta de forma sustancial con la edad. No es sinónimo de enfermedad crónica ni de deterioro cognitivo, aunque con frecuencia coexiste con ambos. En adultos mayores con hipertensión arterial, la fragilidad se ha identificado como un predictor significativo de baja adherencia farmacológica a través de un modelo de mediación que involucra la alfabetización sanitaria: a mayor fragilidad, menor alfabetización sanitaria, y a menor alfabetización sanitaria, menor adherencia (Y.-H. Wang et al., 2026). Este hallazgo sugiere que la fragilidad no deteriora la adherencia directamente, sino que lo hace modificando la capacidad del paciente para comprender, procesar y actuar sobre la información de salud.

Un estudio de alcance sobre el uso de medicamentos en adultos mayores frágiles que analizó evidencia hasta noviembre de 2023 documentó que este grupo presenta mayor prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada, más errores en la gestión de la

medicación y menor adherencia a los regímenes prescritos en comparación con adultos mayores no frágiles, lo que lo convierte en una población que requiere intervenciones diferenciadas desde el sistema de salud (Sharma et al., 2025).

En paralelo, el estudio de Bonikowska et al. (2022), realizado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Polonia, documentó que la coexistencia de fragilidad y diabetes se asociaba con niveles significativamente más bajos de adherencia al tratamiento, con diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala de Morisky entre pacientes frágiles y no frágiles.

La autonomía funcional —entendida como la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria sin asistencia— es otro de los determinantes frecuentemente subestimados de la adherencia. Las actividades instrumentales de la vida diaria, entre las que se encuentran la gestión de los medicamentos, el transporte al centro de salud y la administración del propio dinero para la compra de fármacos, requieren un nivel de funcionalidad física y cognitiva que puede verse comprometido de forma progresiva en los adultos mayores con enfermedades crónicas. Cuando esa capacidad se reduce, la responsabilidad sobre el seguimiento terapéutico recae sobre el cuidador familiar o informal, cuyo nivel de implicación y conocimiento determina en gran medida si el tratamiento se sostiene o se abandona (Muñoz-Contreras et al., 2022).

En este punto, el papel del cuidador informal emerge como una variable que merece atención específica en el diseño de intervenciones de adherencia para adultos mayores. Los cuidadores que reciben información adecuada sobre el tratamiento, que comprenden la importancia de la adherencia y que tienen acceso a herramientas de apoyo —como organizadores de medicamentos o sistemas de recordatorio— son un factor protector de primer orden frente a la no adherencia en pacientes con deterioro funcional o cognitivo (Muñoz-Contreras et al., 2022).

En comunidades como las del cantón Yaguachi, donde el apoyo social informal suele ser el principal recurso disponible para los adultos mayores con enfermedades crónicas, esta dimensión merece ser recogida y analizada como variable independiente en el estudio.

2.4. Factores psicológicos que condicionan la adherencia

2.4.1 Autoeficacia y adherencia terapéutica

Entre los factores psicológicos que condicionan la adherencia al tratamiento, la autoeficacia ocupa un lugar central en la literatura científica contemporánea. El concepto, desarrollado originalmente por Albert Bandura en el marco de su Teoría Social Cognitiva, hace referencia a la creencia de una persona en su propia capacidad para ejecutar los comportamientos necesarios para lograr un resultado específico. Aplicado al campo de la salud, se traduce en la confianza que un paciente tiene en su habilidad para tomar correctamente sus medicamentos, gestionar los efectos secundarios, mantener el tratamiento ante situaciones adversas y resolver los obstáculos cotidianos que interfieren con el cumplimiento del régimen terapéutico. Esta creencia no opera en el vacío: se construye a partir de experiencias previas de éxito o fracaso, de la observación de otros pacientes en situaciones similares y de la retroalimentación que el paciente recibe de su entorno clínico y social (Bandura, 1997).

Lo que distingue a la autoeficacia de otros predictores psicológicos de la adherencia es su carácter situacional y específico. Una persona puede sentirse muy capaz de tomar sus medicamentos en condiciones normales y, al mismo tiempo, presentar baja autoeficacia cuando viaja, cuando está enferma o cuando su rutina diaria se altera. Esta especificidad situacional es precisamente la que captura el instrumento SEAMS, que evalúa la confianza del paciente en trece escenarios concretos de la vida cotidiana que pueden interferir con la toma correcta de la medicación. Su uso en el presente estudio responde a la necesidad de obtener una medida

operativa de la autoeficacia que pueda correlacionarse con los niveles de adherencia registrados mediante el MMAS-8.

La evidencia empírica sobre la relación entre autoeficacia y adherencia en adultos mayores con enfermedades crónicas es consistente y creciente. Un estudio transversal realizado en seis comunidades urbanas de China con 527 adultos mayores diagnosticados con multimorbilidad encontró que la autoeficacia actuaba como mediador parcial y significativo entre la alfabetización farmacológica y la adherencia al tratamiento medida con el MMAS-8 (W. Wang et al., 2023). Los autores documentaron que los pacientes con mayor alfabetización sobre sus medicamentos no se traducían directamente en mayor adherencia; era necesaria la mediación de la autoeficacia para que ese conocimiento se transformara en comportamiento terapéutico consistente. Este hallazgo tiene implicaciones directas para el diseño de intervenciones: no basta con informar al paciente; es preciso fortalecer su confianza en su propia capacidad de actuar sobre esa información.

Desde una perspectiva más amplia del autocuidado, Wang T. et al. (2024) confirmaron mediante un modelo de ecuaciones estructurales que la autoeficacia actúa como variable mediadora entre la capacidad de autocuidado y el nivel de discapacidad funcional en adultos mayores con enfermedades crónicas. Es decir, los pacientes con mayor capacidad funcional presentaban mejor adherencia al tratamiento, pero este efecto estaba mediado de forma significativa por la autoeficacia: sin ella, la capacidad funcional no se traducía automáticamente en mejor cumplimiento terapéutico. Este modelo coloca a la autoeficacia no como un simple predictor aislado sino como un mecanismo explicativo central en la cadena que une las condiciones del paciente con su comportamiento terapéutico.

Estudios más recientes han comenzado a integrar la autoeficacia dentro de modelos teóricos más complejos sobre la adherencia. Mohammadi et al. (2025), utilizando el modelo del Proceso de Acción en Salud (Health Action Process Approach, HAPA) en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, documentaron que tanto la autoeficacia de tarea —la confianza en poder iniciar el comportamiento— como la autoeficacia de mantenimiento y de recuperación ante recaídas eran predictores independientes y significativos de la adherencia farmacológica. Este modelo distingue entre la fase motivacional —en la que la autoeficacia contribuye a formar la intención de adherirse— y la fase volitional —en la que sostiene la traducción de esa intención en comportamiento real—, ofreciendo así un marco explicativo más preciso que los modelos lineales de predicción.

La relación entre autoeficacia, síntomas depresivos y actividades de la vida diaria ha sido explorada mediante un modelo de mediación serial en adultos mayores con enfermedades crónicas, que encontró que las actividades de la vida diaria afectaban la adherencia al tratamiento principalmente a través de dos mediadores en secuencia: la autoeficacia y los síntomas depresivos (Yu et al., 2026). Cuando las limitaciones funcionales reducen la autoeficacia, esta reducción aumenta los síntomas depresivos, los cuales a su vez deterioran la adherencia. Esta cadena mediadora subraya la interdependencia de los factores psicológicos y funcionales en la población adulta mayor y refuerza la decisión metodológica de este estudio de medir simultáneamente la autoeficacia con el SEAMS y la sintomatología depresiva con el GDS-15.

Finalmente, Dinh y Bonner (2023) confirmaron mediante un diseño transversal con 600 adultos con múltiples enfermedades crónicas que la autoeficacia, la alfabetización sanitaria y el apoyo social son variables que se relacionan de forma sinérgica con el automanejo de las enfermedades crónicas. Los modelos de ecuaciones estructurales mostraron que la autoeficacia

mediaba parcialmente el efecto de la alfabetización sanitaria sobre el automanejo, y que el apoyo social potenciaba este efecto cuando se incorporaba como variable moderadora. Este estudio es especialmente relevante para el presente trabajo porque confirma que el efecto de la autoeficacia sobre la adherencia no puede analizarse de forma aislada, sino en interacción con variables socioeconómicas y del entorno social del paciente, dimensiones que también se recogen en el diseño de esta investigación.

2.4.2 Depresión y adherencia en el adulto mayor

La depresión es, junto con la polifarmacia y el deterioro cognitivo, uno de los factores psicológicos más consistentemente asociados con la no adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónicas. Sin embargo, su papel como determinante de la adherencia suele ser subestimado en la práctica clínica cotidiana, en parte porque sus síntomas se superponen con los propios de las enfermedades crónicas —fatiga, pérdida de energía, alteraciones del sueño— y en parte porque el cribado sistemático de depresión en adultos mayores que acuden a la atención primaria por otras razones no forma parte de los protocolos de atención habituales en muchos sistemas de salud de ingresos medios.

Esta brecha tiene consecuencias directas sobre la adherencia. Cuando la depresión no se detecta ni se trata, sus efectos sobre el comportamiento terapéutico del paciente operan de forma silenciosa y progresiva. Schöenberg et al. (2024), en un estudio con 731 adultos mayores con enfermedades neurológicas crónicas, documentaron mediante análisis de red y regresión que la sintomatología depresiva era el predictor más influyente de no adherencia, incluso tras ajustar por variables sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad. Los autores identificaron que los síntomas de pérdida de interés y dificultad para la concentración eran los nodos más centrales en la red de síntomas depresivos con impacto sobre la adherencia, lo que sugiere que el efecto de

la depresión sobre el cumplimiento terapéutico no opera únicamente a través del ánimo sino también a través de mecanismos cognitivos y motivacionales específicos.

Esta relación no se limita a un tipo de enfermedad ni a un contexto geográfico particular. Alomar et al. (2024), en una revisión de la evidencia disponible sobre la relación entre depresión y adherencia en pacientes con enfermedades crónicas en Oriente Medio, confirmaron que los pacientes con depresión presentan consistentemente peores niveles de adherencia que los pacientes sin sintomatología depresiva, independientemente de la condición crónica de base. Los mecanismos propuestos incluyen la reducción de la motivación para el autocuidado, la percepción nihilista de que el tratamiento no producirá beneficios reales, la dificultad para mantener rutinas estructuradas y el incremento de la sensibilidad a los efectos secundarios de los medicamentos, que en pacientes deprimidos pueden percibirse con mayor intensidad y menor tolerancia (Alomar et al., 2024).

En adultos mayores con polifarmacia, la coexistencia de depresión y múltiples medicamentos prescritos crea una combinación especialmente desfavorable para la adherencia. Alhashem et al. (2024), en un estudio con adultos mayores iraquíes polimedicados, documentaron una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y la baja adherencia al tratamiento, destacando que la carga de la polifarmacia actúa como modulador del efecto de la depresión sobre el cumplimiento: a mayor número de medicamentos, mayor es el impacto negativo de la depresión sobre la adherencia. Este hallazgo es especialmente relevante en el contexto del presente estudio, dado que la población adulta mayor del cantón Yaguachi presenta con frecuencia diagnósticos múltiples y regímenes de varios fármacos simultáneos.

Para detectar la presencia de depresión en esta población de manera confiable, este estudio utiliza la Escala de Depresión Geriátrica en su versión de 15 ítems (GDS-15). La

justificación de esta elección descansa en evidencia sólida sobre su comportamiento psicométrico. Un metaanálisis de datos individuales de participantes que analizó 14 estudios con 3,602 participantes encontró que el punto de corte convencional de ≥ 5 en la GDS-15 sobreestima la prevalencia de depresión clínica en comparación con la entrevista diagnóstica estructurada SCID —34.2 % frente a 14.8 %—, mientras que un punto de corte de ≥ 8 proporciona estimaciones de prevalencia más próximas al diagnóstico clínico (Parsons et al., 2024). Este hallazgo invita a interpretar las puntuaciones de la GDS-15 con precaución cuando se usan para estimar prevalencia, aunque su valor como instrumento de cribado y como variable predictora en modelos de asociación con adherencia permanece robusto.

En cuanto a su validez en contextos de lengua no inglesa, Justo-Henriques et al. (2023) evaluaron las propiedades psicométricas de la GDS-15 y la GDS-27 en adultos mayores portugueses con deterioro cognitivo de leve a moderado, encontrando que ambas versiones son instrumentos confiables y válidos para la evaluación de depresión en adultos mayores de habla portuguesa. Este resultado es relevante para el presente estudio porque confirma que la escala mantiene sus propiedades en contextos hispanohablantes con perfiles de paciente similares al de la población de Yaguachi.

La prevalencia de depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria es significativa y no puede ignorarse en el diseño de investigaciones sobre adherencia. Se estima que entre el 6 % y el 10 % de los adultos mayores en clínicas de atención primaria presenta depresión mayor, mientras que los síntomas depresivos subclínicos —que no alcanzan los criterios diagnósticos completos pero que tienen un impacto real sobre el comportamiento terapéutico— afectan aproximadamente al 15 % de esta población (Greenberg et al., 2023). En conjuntos con las enfermedades crónicas y la polifarmacia, este cuadro subraya la importancia de

incorporar el cribado de depresión como parte sistemática de la evaluación de la adherencia, y no como un elemento secundario u opcional del proceso clínico.

2.4.3 Conocimiento de la enfermedad y percepción de necesidad del tratamiento

Que un paciente sepa que tiene hipertensión no significa que comprenda qué ocurre en su organismo cuando la presión arterial se mantiene elevada de forma crónica, ni que entienda por qué debe tomar su medicación incluso cuando no siente síntomas. Esta distinción entre el diagnóstico conocido y el conocimiento real de la enfermedad —sus mecanismos, sus consecuencias y la lógica del tratamiento— es más relevante de lo que parece para explicar la adherencia terapéutica. Los pacientes que no comprenden la relación entre su enfermedad, su tratamiento y sus resultados de salud tienen significativamente menos razones percibidas para sostener un régimen farmacológico que les genera esfuerzo, costo y efectos secundarios, pero cuyos beneficios no son visibles en el corto plazo.

La alfabetización sanitaria —definida como la capacidad de obtener, procesar y comprender información básica de salud para tomar decisiones apropiadas— es el constructo que la literatura científica utiliza para operacionalizar esta dimensión del conocimiento. Una revisión sistemática reciente que analizó estudios publicados entre 2015 y 2020 en seis bases de datos internacionales encontró que la baja alfabetización sanitaria se asocia de manera consistente con peor adherencia al tratamiento en adultos con enfermedades crónicas, aunque el tamaño del efecto varía según la condición clínica, el tipo de medicación y el contexto socioeconómico (Hyvert et al., 2023). Los autores identificaron que la asociación es especialmente robusta en condiciones como la hipertensión y la diabetes, que son precisamente las dos enfermedades más prevalentes en la población de estudio del cantón Yaguachi.

En adultos mayores, el vínculo entre alfabetización sanitaria y adherencia adquiere una dimensión adicional: la función cognitiva actúa como mediadora entre ambas. Un estudio realizado en adultos mayores con enfermedades crónicas de la comunidad de Pekín documentó que la asociación entre baja alfabetización sanitaria y peor adherencia estaba mediada de manera parcial y significativa por la función cognitiva, de modo que los efectos de la alfabetización sobre la adherencia operaban en parte a través de su influencia sobre la capacidad del paciente para procesar y recordar la información terapéutica (Y. Wang et al., 2023). Este hallazgo tiene implicaciones directas para el diseño de estrategias educativas: las intervenciones que proveen información sin adaptar su formato y complejidad al nivel cognitivo y educativo del paciente adulto mayor tienen una eficacia limitada, independientemente de la calidad del contenido.

Una revisión sistemática específicamente centrada en adultos mayores, publicada en BMC Public Health, confirmó que la baja alfabetización sanitaria autorreferida se asocia con una adherencia subóptima a la medicación en este grupo etario, y que los factores que modulan esta relación incluyen el nivel educativo, el apoyo social disponible y la frecuencia de la interacción con el equipo de salud (Parmar et al., 2025). Los autores señalaron que las intervenciones más efectivas para mejorar la adherencia en pacientes con baja alfabetización no son las basadas en materiales escritos complejos sino las que incorporan comunicación verbal clara, materiales visuales simplificados y seguimiento telefónico o presencial periódico por parte de profesionales de salud.

Junto al conocimiento de la enfermedad, la percepción de necesidad del tratamiento es otro determinante psicológico de la adherencia que merece atención específica. Este constructo se articula dentro del marco de las creencias sobre los medicamentos —conocido como Necessity-Concerns Framework— y hace referencia a la valoración subjetiva que el paciente

realiza sobre la utilidad e imprescindibilidad de sus fármacos en relación con los riesgos y molestias que percibe asociados a su toma. Cuando la percepción de necesidad es alta y las preocupaciones sobre los efectos adversos son bajas, la adherencia tiende a ser mayor; cuando ocurre lo contrario, la no adherencia intencional se convierte en una decisión racional desde la perspectiva del propio paciente (Horne et al., 1999).

Esta dinámica ha sido documentada en adultos mayores con enfermedades respiratorias crónicas. Liu et al. (2025), en un estudio transversal con 252 adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en China, encontraron que la adherencia a la terapia inhaladora presentaba una correlación negativa con las creencias de preocupación y positiva con la percepción de la enfermedad y las creencias de necesidad, confirmando mediante análisis de mediación paralela que las creencias sobre los medicamentos median de manera significativa la relación entre la percepción de la enfermedad y la adherencia terapéutica. Este modelo explica por qué algunos pacientes bien informados no adhieren al tratamiento: no es falta de conocimiento sino una evaluación negativa del balance entre beneficios percibidos y costos —en sentido amplio, físicos, económicos y cotidianos— de seguir el régimen.

En el contexto cultural latinoamericano, esta dimensión adquiere matices particulares. Las creencias sobre la toxicidad de los medicamentos, el recurso frecuente a remedios naturales o tradicionales como alternativa o complemento al tratamiento convencional y la percepción fatalista de que la enfermedad seguirá su curso independientemente del tratamiento son patrones documentados en adultos mayores de la región, que actúan como barreras específicas de la no adherencia intencional. Reconocer y explorar estas creencias en el proceso de atención —en lugar de ignorarlas o descartarlas— es una condición necesaria para que la consulta de atención

primaria pueda generar un acuerdo terapéutico real con el paciente y no simplemente una prescripción que difícilmente será seguida.

2.5. Factores socioeconómicos y su relación con la adherencia

2.5.1 Determinantes sociales de la salud y adherencia terapéutica

Hay algo profundamente injusto en la forma en que la no adherencia al tratamiento se distribuye entre la población. No es aleatoria ni equitativa: afecta con mucha mayor intensidad a quienes tienen menos ingresos, menos educación, menos acceso estable a los servicios de salud y menos recursos para afrontar los costos directos e indirectos del tratamiento. Esta distribución no es una coincidencia ni un reflejo de diferencias individuales en la voluntad de los pacientes; es el resultado de condiciones estructurales que la evidencia científica ha documentado con precisión creciente bajo el concepto de determinantes sociales de la salud.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS define estos determinantes como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud (OMS, 2008). Su aplicación al estudio de la adherencia terapéutica ha permitido superar los modelos individualistas que situaban el problema exclusivamente en el paciente y reconocer que las condiciones materiales de vida moldean de manera determinante las posibilidades reales de seguir un tratamiento de forma continua.

Una revisión sistemática y metaanálisis que sintetizó la evidencia disponible sobre determinantes sociales y adherencia encontró que la inseguridad alimentaria se asociaba con una reducción del 44 % en la probabilidad de ser adherente (aOR = 0.56; IC 95 %: 0.42–0.70), y que la inestabilidad habitacional reducía esa probabilidad en un 36 % (aOR = 0.64; IC 95 %: 0.44–0.93), con un efecto global de los determinantes sociales sobre la adherencia estadísticamente

significativo (aOR = 0.75; IC 95 %: 0.65–0.88) (Wilder et al., 2021). Estos datos ilustran con claridad que la no adherencia no puede entenderse ni intervenir sin considerar las condiciones materiales en que vive el paciente.

En adultos mayores con enfermedades crónicas, el peso de los determinantes socioeconómicos sobre la adherencia es especialmente marcado. Los costos de los medicamentos constituyen una de las barreras más documentadas y directamente operativas. Un análisis de una encuesta de representatividad nacional en adultos de 65 años o más en los Estados Unidos durante 2022 documentó que el 20.2 % de los participantes reportaba no adherencia relacionada con el costo de los medicamentos; un 8.5 % señalaba haber renunciado a necesidades básicas para poder pagar sus fármacos, y un 4.8 % había contraído deudas para afrontar ese gasto (Dusetzina et al., 2023). Estos datos, aunque provenientes de un contexto con mayor cobertura de seguro de salud que el ecuatoriano, revelan la magnitud del problema incluso en sistemas con redes de protección social más desarrolladas. En contextos de ingresos medios y bajos como el cantón Yaguachi, donde la cobertura de medicamentos en los establecimientos del primer nivel es intermitente y el gasto de bolsillo es la principal modalidad de acceso a los fármacos fuera del sistema público, el impacto del costo sobre la adherencia puede ser considerablemente más severo.

Un estudio exploratorio específico sobre determinantes sociales y adherencia en adultos mayores con diabetes, realizado en el contexto estadounidense, identificó que variables como el nivel de ingresos, el estatus de discapacidad, el origen étnico y el lugar habitual de atención sanitaria eran los factores socioeconómicos con mayor capacidad predictiva de la adherencia en esta población (Blakely et al., 2023). Los autores señalaron que las intervenciones centradas exclusivamente en la educación del paciente o en la simplificación del régimen farmacológico

tienen una eficacia limitada cuando las barreras estructurales —costo, acceso, desigualdad— permanecen sin ser abordadas, y que el diseño de estrategias efectivas requiere incorporar sistemáticamente el cribado de determinantes sociales en la atención primaria.

El nivel educativo opera de forma similar, pero a través de mecanismos más complejos. Su efecto sobre la adherencia no es directo sino mediado: un mayor nivel educativo favorece la comprensión de las instrucciones terapéuticas, facilita la comunicación con el equipo de salud y aumenta la capacidad para gestionar activamente el propio tratamiento, pero no garantiza por sí solo una mayor adherencia cuando las barreras económicas o del sistema de salud son significativas. La interacción entre nivel educativo, ingreso económico y acceso a medicamentos configura un perfil de riesgo socioeconómico que se expresa con particular intensidad en los adultos mayores de comunidades rurales y semirurales, donde las tres variables tienden a estar simultáneamente comprometidas.

En Ecuador, esta dinámica se articula dentro de un sistema de salud donde la provisión gratuita de medicamentos en los establecimientos del primer nivel es un derecho formalmente reconocido, pero no siempre operativamente garantizado. Las roturas de stock, los períodos de desabastecimiento y las restricciones en el cuadro de medicamentos disponibles obligan con frecuencia a los pacientes a adquirir sus fármacos por cuenta propia, convirtiendo el costo en una barrera activa para la adherencia incluso en un sistema teóricamente gratuito. Esta tensión entre el derecho formal al medicamento y su disponibilidad real es uno de los elementos más relevantes del contexto local que este estudio busca documentar y analizar.

2.5.2 Apoyo social, convivencia y red familiar como factores protectores

Vivir con una enfermedad crónica no es solo un desafío biológico; es también un desafío cotidiano que se afronta con mayor o menor éxito según los recursos relacionales disponibles. El

apoyo social —definido como la percepción subjetiva de contar con personas que brindan ayuda emocional, instrumental e informacional— actúa como uno de los factores protectores más consistentemente documentados en la literatura sobre adherencia terapéutica en adultos mayores. Cuando ese apoyo existe y es percibido como disponible, el paciente tiene más probabilidades de recordar tomar sus medicamentos, de buscar ayuda cuando enfrenta dificultades y de mantener la motivación para sostener el tratamiento a lo largo del tiempo. Cuando está ausente o es insuficiente, el riesgo de no adherencia se incrementa de manera significativa.

Una revisión sistemática que sintetizó la evidencia disponible sobre la asociación entre apoyo social y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión —una de las enfermedades más prevalentes en la población adulta mayor— encontró asociaciones positivas y estadísticamente significativas en nueve de los catorce estudios incluidos (Shahin et al., 2021). Los autores señalaron que tanto el apoyo familiar como el apoyo entre pares pueden promover una mejor adherencia, y que los proveedores de salud deberían incorporar de forma sistemática la evaluación del apoyo social disponible como parte del proceso de atención, especialmente en pacientes con múltiples factores de riesgo para la no adherencia.

El mecanismo a través del cual el apoyo social influye sobre la adherencia no es siempre directo. En muchos casos opera de manera mediada, a través de variables como la alfabetización sanitaria y la autoeficacia. Guo et al. (2023), en un estudio transversal de base comunitaria con pacientes hipertensos en atención primaria en Shanghái, documentaron mediante modelos de ecuaciones estructurales que la alfabetización sanitaria y el apoyo social tenían efectos tanto directos como indirectos sobre la adherencia al tratamiento. El apoyo social mejoraba la adherencia parcialmente a través de su efecto positivo sobre la alfabetización sanitaria, lo que sugiere que los pacientes con redes de apoyo más sólidas tienen también mayores oportunidades

de acceder y procesar información de salud de manera adecuada. Esta dinámica es relevante para el diseño de intervenciones: fortalecer el apoyo social no solo impacta directamente sobre la adherencia, sino que potencia el efecto de otras estrategias educativas.

En adultos mayores con hipertensión, la comprensión del papel del apoyo social se enriquece cuando se consideran las redes formales e informales de manera conjunta. Un análisis del vínculo entre apoyo social y alfabetización sobre medicamentos en adultos mayores hipertensos encontró que el apoyo social se asociaba positivamente con la alfabetización farmacológica, y que ambas variables contribuían de forma complementaria a la capacidad del paciente para gestionar correctamente su tratamiento (Shen et al., 2022). Los autores identificaron que la utilización del apoyo —la predisposición del paciente para buscar y aceptar ayuda— era una dimensión especialmente relevante en este grupo etario, dado que muchos adultos mayores tienden a subvalorar sus necesidades de asistencia o a resistirse a solicitarla por temor a representar una carga para su entorno familiar.

Una revisión cualitativa integradora sobre barreras y facilitadores de la adherencia en pacientes hipertensos confirmó que el apoyo social adecuado es uno de los dos facilitadores más robustamente identificados en la literatura cualitativa, junto con el conocimiento, las creencias y el comportamiento del paciente (Zhou et al., 2024). En contraste, la falta de apoyo familiar, la dificultad para adaptarse a los cambios de roles asociados al envejecimiento y el acceso limitado a los recursos de salud operaban como las barreras más frecuentes. Esta convergencia de hallazgos en estudios cualitativos de distintos contextos culturales refuerza la validez transcultural del apoyo social como variable crítica en el diseño de intervenciones de adherencia.

El polo opuesto del apoyo social —el aislamiento y la soledad— merece atención específica en el contexto de los adultos mayores. Una revisión sistemática reciente que analizó

estudios publicados hasta marzo de 2025 concluyó que el aislamiento social y la soledad pueden afectar negativamente la adherencia al tratamiento en adultos mayores, y que la soledad puede actuar como mediadora en la relación entre aislamiento social y no adherencia (Improta et al., 2026). En pacientes que viven solos, sin red familiar activa y con escasa integración comunitaria —perfil frecuente en zonas rurales y semirurales como el cantón Yaguachi—, estos factores se traducen en ausencia de los recordatorios externos, la supervisión afectiva y el apoyo para la resolución de problemas que, en contextos con mayor cohesión social, compensan parcialmente las limitaciones cognitivas y funcionales propias del envejecimiento.

La convivencia —entendida como la estructura del hogar y el tipo de personas con quienes reside el adulto mayor— es la expresión más inmediata y operativa del apoyo social disponible para el seguimiento del tratamiento. Vivir con un cónyuge, con hijos o con otros familiares no garantiza automáticamente una mejor adherencia, pero sí crea las condiciones estructurales para que el apoyo instrumental —acompañar al centro de salud, ayudar a organizar la medicación, recordar las tomas— pueda ejercerse de forma regular. Por esta razón, la convivencia se incluye como variable independiente en el diseño de la presente investigación y su análisis en relación con los niveles de adherencia puede ofrecer información valiosa para la planificación de estrategias de apoyo diferenciadas según la estructura del hogar del paciente.

2.6. El sistema de salud y la atención como determinantes de la adherencia

2.6.1 Atención Primaria de Salud y seguimiento del paciente crónico

La Atención Primaria de Salud —entendida no solo como el primer contacto del paciente con el sistema sanitario sino como el nivel de atención que debería garantizar la continuidad, integralidad y coordinación del cuidado a lo largo del tiempo— ocupa una posición estratégica en la cadena que une la prescripción médica con el cumplimiento terapéutico real del paciente.

Cuando el primer nivel funciona bien, detecta tempranamente las barreras para la adherencia, establece vínculos de confianza con el paciente, facilita el acceso continuo a los medicamentos y diseña planes de seguimiento que acompañan al paciente en el complejo proceso de gestionar una o varias enfermedades crónicas de forma indefinida. Cuando falla, ese vacío se traduce casi inevitablemente en no adherencia, en complicaciones evitables y en una mayor presión sobre los niveles de atención más costosos.

Un proyecto de mejora de la calidad implementado en establecimientos de atención primaria de Portugal documentó de manera sistemática que las principales barreras para la adherencia en adultos con enfermedades crónicas en este nivel de atención eran la falta de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento, la ausencia de estrategias estructuradas de seguimiento por parte del equipo de salud y la escasa involucración del personal de enfermería en los procesos de educación terapéutica (Oliveira et al., 2024). Los autores implementaron intervenciones basadas en evidencia —educación individual, auditorías clínicas y sesiones de formación del equipo— y documentaron mejoras significativas en los indicadores de adherencia, lo que confirma que el primer nivel tiene capacidad de intervención real sobre este problema cuando cuenta con herramientas y protocolos adecuados.

En contextos de ingresos medios y bajos, el acceso a los medicamentos en los establecimientos de salud del primer nivel es uno de los determinantes más directos e inmediatos de la adherencia. Una revisión sistemática que analizó 36 estudios sobre acceso a medicamentos esenciales en países de ingresos medios y bajos identificó que las interrupciones en el suministro público —conocidas como roturas de stock— y el elevado precio en el sector privado eran las dos barreras más consistentemente documentadas en la literatura (Herrera-Ramírez et al., 2026). Los autores señalaron que la disponibilidad de antihipertensivos en los establecimientos públicos

de salud en este grupo de países alcanzaba apenas el 13 %, frente al 94 % registrado en países de altos ingresos, una brecha que ilustra de forma contundente por qué la no adherencia por falta de acceso al medicamento no puede ser abordada como un problema de voluntad individual. Esta situación tiene implicaciones directas para el cantón Yaguachi, donde la disponibilidad de medicamentos en los centros de primer nivel es intermitente según lo reportado en el planteamiento de este estudio.

Los adultos mayores enfrentan dificultades adicionales para acceder a la atención primaria en países de ingresos medios y bajos. Una revisión de alcance que analizó la literatura publicada entre 2002 y 2023 identificó como barreras más frecuentes para este grupo etario las limitaciones funcionales y de movilidad, la distancia al establecimiento de salud, los costos de transporte, los tiempos de espera prolongados y la escasa adaptación de los servicios a las necesidades de las personas mayores (Dableh et al., 2024). Los autores identificaron, además, que la fragmentación de la atención —la ausencia de un profesional referente que conozca al paciente y su historia clínica— operaba como una barrera transversal que amplificaba el efecto de todos los demás obstáculos. En el caso de los adultos mayores con enfermedades crónicas, esta fragmentación puede llevar a prescripciones inconsistentes entre distintos proveedores, a duplicación de fármacos y a la ausencia de un plan de seguimiento coherente que sostenga la adherencia en el tiempo.

En el contexto ecuatoriano, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural —MAIS-FCI— constituye el marco normativo e institucional que regula la organización y el funcionamiento del primer nivel de atención. Este modelo, orientado por los principios de la Atención Primaria de Salud Renovada y articulado con los Objetivos de Desarrollo del Buen Vivir, propone un enfoque integral que trasciende el modelo curativo

centrado en la enfermedad para abarcar la promoción de la salud, la prevención, el seguimiento continuo y la participación comunitaria (MSP, 2013). En su formulación, el MAIS-FCI asigna al equipo básico de salud —conformado por médico, enfermera y promotor— la responsabilidad de realizar seguimiento activo a los pacientes crónicos en su propio entorno comunitario, incluyendo visitas domiciliarias y actividades educativas periódicas.

Sin embargo, la brecha entre los principios del modelo y su implementación efectiva en territorios como el cantón Yaguachi es una dimensión que este estudio también busca explorar indirectamente a través de las variables del sistema de salud incluidas en el instrumento de recolección. La calidad percibida de la atención, la continuidad del proveedor y la disponibilidad real de medicamentos son indicadores que permitirán contrastar la experiencia concreta de los pacientes con las garantías formales del sistema, aportando evidencia sobre las brechas de implementación que condicionan la adherencia en este territorio.

2.6.2 Relación médico-paciente y continuidad del proveedor

Dentro de los factores del sistema de salud que condicionan la adherencia terapéutica, la relación entre el paciente y su proveedor de salud ocupa un lugar que con frecuencia se subestima en los análisis cuantitativos pero que emerge con notable consistencia en la investigación cualitativa y en los estudios que incorporan la perspectiva del paciente. La calidad del vínculo terapéutico no es un elemento accesorio del proceso asistencial; es uno de los determinantes más directos de la disposición del paciente para seguir las indicaciones médicas, especialmente cuando se trata de tratamientos indefinidos para enfermedades que no producen síntomas visibles en períodos de control adecuado.

La comunicación entre el médico y el paciente es el mecanismo más inmediato a través del cual esta relación se construye o se deteriora en cada consulta. Una revisión sistemática que

analizó 18 estudios observacionales y 7 ensayos clínicos con un total de más de 24,000 pacientes hipertensos documentó que la calidad de la comunicación médico-paciente se asocia positivamente con la adherencia al tratamiento y con el control de la presión arterial, y que las intervenciones específicamente diseñadas para mejorar la comunicación clínica producen mejoras medibles en ambos resultados (Zeng et al., 2024). Los autores identificaron que los componentes comunicativos con mayor impacto sobre la adherencia eran la escucha activa, la explicación clara de la importancia del tratamiento, el manejo empático de las dudas y preocupaciones del paciente y la negociación de objetivos terapéuticos realistas. Ninguno de estos componentes requiere tecnología ni recursos adicionales: todos dependen de la disposición del profesional y del tiempo disponible en la consulta.

La satisfacción del paciente con la calidad de la atención recibida actúa como un mediador importante entre la comunicación clínica y la adherencia. Un estudio transversal que analizó la asociación entre la satisfacción con los servicios de salud y la adherencia a medicamentos antidepresivos en una muestra de adultos con condiciones crónicas encontró que los pacientes con mayor satisfacción con la atención recibida presentaban significativamente mayor adherencia al tratamiento, independientemente de la severidad de su condición o del número de fármacos prescritos (Donneyong et al., 2024). Este hallazgo tiene implicaciones directas para el contexto de este estudio, donde la calidad percibida de la atención en los servicios de APS del cantón Yaguachi se incluye como variable independiente: la satisfacción del paciente no es solo un indicador de calidad asistencial, sino un factor con capacidad predictiva sobre el cumplimiento terapéutico.

La continuidad del proveedor —la frecuencia con que el paciente es atendido por el mismo profesional de salud a lo largo del tiempo— es otro de los elementos del sistema con

efecto demostrado sobre la adherencia y los resultados en salud. Una revisión sistemática que examinó 14 estudios sobre continuidad del cuidado en medicina familiar y sus efectos en adultos mayores encontró que una mayor continuidad se asociaba de manera consistente con menor utilización de urgencias, menor número de hospitalizaciones, mejor gestión de las enfermedades crónicas, mayor coordinación asistencial y mejores experiencias reportadas por los pacientes (Albarqi, 2024). Estos beneficios no son triviales en términos de eficiencia del sistema: cada visita de urgencia evitable y cada hospitalización prevenida representan recursos que podrían redirigirse hacia la atención preventiva y el seguimiento de pacientes crónicos en el primer nivel.

En contextos de atención primaria con alta rotación de profesionales —situación frecuente en establecimientos del sistema público en países de ingresos medios—, la continuidad del proveedor es un objetivo difícil de garantizar, pero igualmente difícil de sustituir. Cuando el paciente adulto mayor acude a su control y es atendido por un profesional diferente en cada visita, la acumulación de información clínica relevante —respuesta al tratamiento, efectos adversos percibidos, cambios en la situación socioeconómica— no queda en manos de quien puede usarla para ajustar el plan terapéutico. El resultado es una atención episódica que gestiona síntomas, pero no construye el vínculo que hace sostenible la adherencia a largo plazo.

El rol del farmacéutico como actor complementario en la cadena de apoyo al paciente crónico merece mención específica en este apartado. Un estudio de cohorte con más de 317,000 adultos mayores beneficiarios del programa Medicare en los Estados Unidos documentó que las intervenciones lideradas por farmacéuticos de una cadena nacional de farmacias producían incrementos significativos en la adherencia óptima —definida como un $PDC \geq 80\%$ — para diabetes, hipertensión y dislipidemia, con diferencias absolutas de 4 %, 6.3 % y 6.1 % respectivamente frente a los controles a lo largo de dos años (Smith-Ray et al., 2024). Estos

datos confirman que la integración del farmacéutico como profesional activo en el seguimiento de la adherencia —y no solo como dispensador— tiene un impacto clínicamente relevante, especialmente cuando la consulta médica en el primer nivel es infrecuente o breve.

En el cantón Yaguachi, donde el acceso a farmacéuticos clínicos en los establecimientos públicos de APS es limitado y la consulta médica puede ser breve por la alta demanda, comprender el papel actual de la continuidad del proveedor y de la satisfacción con la atención como determinantes de la adherencia tiene un valor práctico inmediato. Los datos que este estudio genere sobre estas variables pueden fundamentar decisiones concretas sobre la organización del seguimiento clínico de los pacientes crónicos en este distrito.

2.6.3 Rol del equipo de salud: enfermería y farmacia en la adherencia

La complejidad de la adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónicas supera con creces lo que cualquier profesional puede gestionar de manera aislada en el tiempo limitado de una consulta médica. La evidencia científica acumulada en los últimos años señala de forma consistente que los mejores resultados en adherencia se obtienen cuando el seguimiento del paciente crónico es asumido por un equipo interprofesional en el que la enfermería y el farmacéutico desempeñan roles activos, continuos y complementarios al del médico tratante. Esta conclusión no emerge de un único estudio ni de un contexto geográfico particular; aparece de manera recurrente en revisiones sistemáticas de distintos países, culturas y modelos de organización sanitaria.

La enfermería ocupa una posición estratégica en este equipo. Por la naturaleza de su práctica —más orientada al seguimiento, la educación y el acompañamiento que a la prescripción o al diagnóstico—, la enfermera está en condiciones de establecer con el paciente un tipo de relación terapéutica diferente, más continua y centrada en las barreras cotidianas que dificultan el

cumplimiento del tratamiento. Una revisión sistemática que analizó estudios sobre intervenciones lideradas por enfermeras para mejorar la adherencia en adultos con enfermedades crónicas identificó que estas intervenciones son efectivas especialmente cuando combinan componentes educativos con seguimiento activo e involucramiento de los cuidadores, y cuando la enfermera mantiene una relación sostenida con el mismo paciente a lo largo del tiempo (Berardinelli et al., 2024). Los autores destacaron que la entrevista motivacional y el counseling aplicados por enfermeras mostraron eficacia particularmente en pacientes mayores dados de alta hospitalaria y en aquellos con enfermedades cardiovasculares, dos perfiles que coinciden en buena parte con la población de adultos mayores con enfermedades crónicas de atención primaria.

Una revisión sistemática más reciente, específicamente orientada a adultos mayores con multimorbilidad, sintetizó evidencia de ensayos clínicos aleatorizados y estudios cuasiexperimentales sobre el impacto de las intervenciones lideradas por enfermeras sobre la adherencia, el autocuidado y los resultados clínicos en este grupo etario (Ruksakulpiwat et al., 2025). Los resultados confirmaron que estas intervenciones contribuyen de manera significativa a mejorar la adherencia farmacológica, la capacidad de autocuidado y los indicadores clínicos clave —presión arterial, glucemia, calidad de vida— cuando se implementan en modelos de atención integrada y centrada en el paciente. Los autores señalaron además que los beneficios son más robustos cuando las intervenciones son culturalmente adaptadas al contexto de la comunidad atendida, lo que refuerza la necesidad de contextualizar cualquier modelo de intervención a las características específicas del territorio donde se implementa.

En el nivel comunitario, donde se desarrolla la mayor parte de la atención de los adultos mayores con enfermedades crónicas, las enfermeras comunitarias tienen un rol que va más allá

de la administración de medicamentos o el control de signos vitales. Una revisión sistemática centrada específicamente en el papel de la enfermería comunitaria con adultos mayores con multimorbilidad documentó que las intervenciones de este nivel son capaces de mejorar la adherencia al tratamiento a través de la educación individualizada, la coordinación con el equipo médico, la identificación temprana de barreras para el seguimiento y el fortalecimiento de la capacidad de autocuidado del paciente en su propio entorno (Rahmat et al., 2025).

Este perfil de intervención es particularmente relevante en el contexto del MAIS-FCI ecuatoriano, que asigna explícitamente a la enfermera del equipo básico de salud funciones de seguimiento domiciliario y acompañamiento comunitario a los pacientes crónicos.

El farmacéutico representa otro actor cuyo potencial en la mejora de la adherencia ha sido sistemáticamente documentado pero que, en la práctica de los sistemas de salud de ingresos medios, rara vez es incorporado de manera activa al seguimiento del paciente crónico. La evidencia disponible, sintetizada en la revisión sistemática de Scotti et al. (Scotti et al., 2026) sobre estrategias para mejorar la adherencia en adultos mayores, indica que las intervenciones en las que el farmacéutico participa activamente —a través de la revisión farmacoterapéutica, la detección de interacciones, la simplificación del régimen, la educación sobre el uso correcto de los medicamentos y el seguimiento del reabastecimiento— se encuentran entre las que mayor impacto producen sobre la adherencia en este grupo etario. El farmacéutico accede a dimensiones del tratamiento que el médico frecuentemente no tiene tiempo de explorar en la consulta, y su posición en la cadena de dispensación le permite detectar señales tempranas de no adherencia —retrasos en el reabastecimiento, compras incompletas— antes de que estas se traduzcan en complicaciones clínicas.

La sinergia entre enfermería y farmacia como actores de apoyo a la adherencia no es simplemente aditiva sino potencialmente multiplicadora. Cuando ambos profesionales trabajan de manera coordinada, complementando las intervenciones del médico con seguimiento activo, educación continua y resolución de barreras cotidianas, la probabilidad de que el paciente adulto mayor sostenga su tratamiento en el tiempo se incrementa de forma significativa. En el contexto de los servicios de APS del cantón Yaguachi, donde la enfermera forma parte del equipo básico de salud, pero el rol del farmacéutico en el seguimiento de la adherencia es prácticamente inexistente, los hallazgos de este estudio podrán contribuir a fundamentar propuestas de reorganización del equipo que integren de manera más efectiva todas las capacidades disponibles para sostener el tratamiento de los pacientes crónicos.

2.7. Factores psicológicos que condicionan la adherencia

La investigación sobre adherencia terapéutica no carece de marcos teóricos; al contrario, ha sido abordada desde decenas de modelos y teorías del comportamiento en salud desarrollados a lo largo de varias décadas. El desafío no es encontrar una teoría que hable de adherencia, sino seleccionar las que mejor explican el fenómeno específico que este estudio pretende analizar: la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en atención primaria, con particular atención a las dimensiones psicológicas y socioeconómicas que la condicionan. Las tres aproximaciones teóricas que se presentan a continuación no se eligen por convención ni por moda académica; se eligen porque sus constructos centrales se corresponden directamente con las variables del diseño metodológico de esta investigación.

2.7.1 Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model)

El Modelo de Creencias en Salud —conocido en la literatura anglosajona como Health Belief Model (HBM)— fue desarrollado en la década de 1950 por Hochbaum, Kegels y Rosenstock en el contexto del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, como respuesta a la necesidad de comprender por qué muchas personas no adoptaban conductas preventivas de salud a pesar de tener acceso a los servicios disponibles.

Rosenstock (1974) sistematizó y formalizó el modelo, identificando cuatro constructos cognitivos principales que determinan la disposición de una persona a adoptar o mantener un comportamiento de salud: la susceptibilidad percibida, es decir, la creencia del individuo sobre su riesgo de padecer o agravar una enfermedad; la gravedad percibida, referida a las consecuencias que el paciente anticipa si no actúa; los beneficios percibidos, que representan la valoración de la efectividad de la acción propuesta; y las barreras percibidas, que son los obstáculos físicos, psicológicos, económicos o sociales que el individuo anticipa al intentar realizar el comportamiento. A estos cuatro constructos se añadieron posteriormente las claves para la acción —estímulos internos o externos que desencadenan el comportamiento— y la autoeficacia, incorporada desde la Teoría Social Cognitiva de Bandura para capturar la confianza del individuo en su propia capacidad de ejecutar la conducta.

La aplicación del HBM a la adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónicas es directa e iluminadora. Cuando un paciente con hipertensión suspende su medicación porque no siente síntomas —conducta frecuente en esta condición—, está actuando desde una percepción de susceptibilidad baja: no se percibe en riesgo real porque su organismo no le envía señales de alarma. Cuando abandona el tratamiento porque considera que los efectos secundarios superan los beneficios, está ponderando barreras frente a beneficios en términos que el modelo

predijo hace más de medio siglo. Estas dinámicas no son anecdóticas: una revisión sistemática y metaanálisis que evaluó intervenciones de adherencia para adultos mayores con enfermedades crónicas encontró que los programas educativos basados en el HBM —diseñados para modificar las percepciones de susceptibilidad, gravedad y barreras— se encontraban entre los más efectivos, junto con las estrategias de intención de implementación, con un tamaño del efecto de Hedges' $g = 0.531$ para las sesiones presenciales (Jeon et al., 2022). Este resultado confirma que el HBM no es solo un marco descriptivo sino una herramienta operativa con capacidad de orientar intervenciones clínicamente efectivas.

En el contexto de esta investigación, los constructos del HBM tienen correspondencia explícita con las variables del estudio. La percepción de necesidad del tratamiento —variable incluida en la dimensión psicológica— se corresponde con los constructos de susceptibilidad y gravedad percibidas. El conocimiento de la enfermedad actúa como moderador de esas percepciones. Las barreras percibidas se operacionalizan a través de las variables del sistema de salud —acceso a medicamentos, distancia al centro, calidad de la atención— y de los factores socioeconómicos —ingreso, nivel educativo—. Comprender los datos recabados desde esta lente teórica permite ir más allá de la descripción estadística para interpretar los patrones de adherencia en términos del proceso cognitivo y valorativo que los genera.

2.7.2 Teoría Social Cognitiva de Bandura y autoeficacia

La Teoría Social Cognitiva, formulada por Albert Bandura a lo largo de varias décadas, propone que el comportamiento humano es el resultado de la interacción recíproca y continua entre factores personales cognitivos y afectivos, el comportamiento en sí mismo y los factores ambientales. Dentro de esta tríada, la autoeficacia percibida —la creencia del individuo en su capacidad para ejecutar los comportamientos necesarios para lograr un resultado específico—

ocupa un lugar central como determinante del comportamiento de salud (Bandura, A., 1997). A diferencia de otras variables motivacionales, la autoeficacia no se refiere a lo que el individuo sabe ni a lo que valora, sino a lo que cree que puede hacer: es una creencia sobre la capacidad de acción, no sobre la acción misma.

Esta distinción es fundamental para entender por qué dos pacientes con el mismo nivel de conocimiento sobre su enfermedad y con acceso equivalente a los medicamentos pueden presentar conductas de adherencia radicalmente diferentes. Aquel con alta autoeficacia buscará activamente soluciones cuando su rutina se altere, encontrará estrategias para recordar las tomas en situaciones difíciles y persistirá en el comportamiento terapéutico incluso cuando enfrente obstáculos. El que tiene baja autoeficacia tenderá a rendirse ante la primera dificultad, a interpretar los tropiezos como señales de incapacidad y a reducir progresivamente su esfuerzo por adherirse al tratamiento. Este patrón explica por qué la educación sanitaria por sí sola tiene efectos limitados sobre la adherencia cuando no va acompañada de estrategias que fortalezcan la confianza del paciente en su propia capacidad de gestión.

Una revisión sistemática que analizó los modelos de predicción de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas —incluyendo modelos basados en la Teoría Social Cognitiva— encontró que los constructos de autoeficacia y expectativa de resultados son los predictores psicológicos con mayor capacidad discriminativa entre pacientes adherentes y no adherentes, superando en consistencia a variables como la severidad de la enfermedad o la complejidad del régimen (Xu et al., 2025). Este hallazgo respalda metodológicamente la decisión de incluir el SEAMS como instrumento de medida de la autoeficacia en el presente estudio y de analizar su relación con la adherencia como objetivo específico central.

2.7.3 Modelo multidimensional de la OMS como marco integrador

Ninguno de los dos modelos anteriores, por sí solo, es suficiente para capturar la complejidad del fenómeno que este estudio analiza. El HBM ilumina las dimensiones cognitivas y valorativas del comportamiento terapéutico; la Teoría Social Cognitiva explica el papel de la autoeficacia como mediador entre el conocimiento y la acción. Pero ambos modelos son fundamentalmente psicológicos: centran su atención en el individuo y tienen menor capacidad para explicar cómo las condiciones estructurales —el sistema de salud, el contexto socioeconómico, la organización del tratamiento— condicionan la adherencia de manera independiente de las creencias y la autoeficacia del paciente.

Es precisamente aquí donde el modelo multidimensional de la OMS aporta el elemento integrador que los otros dos modelos no ofrecen. Al distribuir los determinantes de la adherencia en cinco dimensiones —socioeconómica, del sistema de salud, de la enfermedad, del tratamiento y del paciente—, el modelo OMS reconoce que la adherencia es el resultado de una interacción entre factores individuales y factores estructurales que no pueden analizarse por separado sin perder información esencial sobre el fenómeno (OMS, 2025). En este sentido, actúa como el marco que articula y organiza los constructos de los otros dos modelos dentro de un sistema explicativo más amplio y representativo de la complejidad real de la adherencia en contextos de atención primaria.

La articulación teórica del presente estudio opera, por tanto, en tres niveles complementarios. El modelo OMS define el sistema de dimensiones que orienta la selección de variables y la organización del instrumento de recolección. El HBM explica los mecanismos cognitivos mediante los cuales los factores de la dimensión del paciente —conocimiento, percepción de necesidad, creencias— se traducen en comportamiento terapéutico. La Teoría Social Cognitiva añade la autoeficacia como variable mediadora que condiciona si las

percepciones y los conocimientos del paciente se convierten efectivamente en adherencia sostenida en el tiempo. Juntas, estas tres aproximaciones ofrecen un marco teórico integrador que no solo organiza la investigación, sino que permite interpretar los hallazgos con profundidad conceptual y con pertinencia directa para el diseño de futuras intervenciones en el cantón Yaguachi.

CAPÍTULO III: Diseño Metodológico

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se enmarca en el enfoque cuantitativo, dado que su propósito central es medir variables definidas operacionalmente, establecer su distribución en una población específica y analizar la asociación estadística entre ellas. Este enfoque permite generar datos numéricos comparables con la literatura científica internacional y contrastar las hipótesis planteadas mediante procedimientos estadísticos estandarizados, lo que garantiza la replicabilidad del proceso y la objetividad de los resultados (Hernández Sampieri et al., 2018).

El tipo de investigación es descriptivo-correlacional. Es descriptivo porque uno de sus objetivos centrales consiste en establecer el nivel de adherencia al tratamiento y caracterizar la distribución de los factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos y del sistema de salud en la población de estudio, sin manipular las variables ni establecer relaciones causales entre ellas. Es correlacional porque busca analizar la relación estadística entre las variables independientes identificadas y el nivel de adherencia como variable dependiente, y en particular la relación entre la autoeficacia para el manejo de medicamentos y la adherencia al tratamiento. En la investigación en ciencias de la salud, el diseño descriptivo-correlacional es el más apropiado cuando el objetivo es identificar factores asociados a un fenómeno en una población delimitada, antes de diseñar intervenciones o establecer relaciones causales que requerirían diseños experimentales.

El diseño es no experimental de corte transversal, lo que significa que la recolección de datos se realizará en un único momento en el tiempo, sin intervención sobre las variables ni seguimiento longitudinal de los participantes. Este diseño es coherente con los objetivos del estudio y con las condiciones operativas disponibles en el contexto de la investigación: permite

obtener una fotografía del estado de la adherencia y de sus factores asociados en la población adulta mayor con enfermedades crónicas del cantón Yaguachi durante el período enero-marzo de 2026, con un uso eficiente de los recursos y tiempos disponibles. Estudios de diseño y alcance comparables al de esta investigación han sido ampliamente utilizados en la literatura científica reciente para el análisis de la adherencia y sus determinantes en adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en atención primaria (Albadrani et al., 2024; Mohammadi et al., 2025).

La elección de este diseño responde también a criterios de viabilidad ética y operativa. A diferencia de los diseños longitudinales, el corte transversal no requiere seguimiento prolongado de los pacientes ni implica modificaciones en su atención habitual, lo que minimiza los riesgos derivados de la participación y facilita la obtención del consentimiento informado. Sus limitaciones más conocidas —la imposibilidad de establecer causalidad y el riesgo de sesgo de prevalencia-incidencia— son inherentes al diseño y serán explicitadas en el análisis de los resultados, pero no invalidan su pertinencia para los objetivos descriptivos y correlacionales que este estudio plantea.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Para los efectos de esta investigación se distinguen tres niveles poblacionales que estructuran el proceso de selección de los participantes. La población universo está constituida por todos los adultos mayores de 60 años o más con diagnóstico confirmado de enfermedad crónica no transmisible residentes en el cantón Yaguachi, provincia del Guayas. Según el VIII Censo de Población y Vivienda del Ecuador (Instituto Nacional de Estadística y Censos —

INEC, 2022), el cantón registra 72,699 habitantes. Estimando una proporción de adultos mayores de 60 años o más del 10.8 % —valor consistente con la proyección demográfica nacional para cantones de perfil semiurbano-rural— se obtiene una población estimada de aproximadamente 7,851 adultos mayores en el cantón.

La población accesible está conformada por los 260 pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas registrados en la matriz de atenciones del servicio de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi durante el período enero-marzo de 2026. La población de estudio o elegible resulta de aplicar los criterios de inclusión y exclusión sobre la población accesible, y está constituida por 55 pacientes que cumplen todas las condiciones establecidas para participar en la investigación.

3.2.2. Muestra y tipo de muestreo

Dado que la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión sobre la totalidad de la población accesible ($N = 260$) resulta en un conjunto de 55 pacientes elegibles, y que la investigación incluye a la totalidad de dichos pacientes, el diseño adopta un abordaje censal de la población elegible. No se realiza proceso de muestreo probabilístico ni se aplica fórmula de cálculo muestral, dado que no existe selección de un subconjunto: todos los pacientes que cumplen los criterios forman parte del estudio.

Este procedimiento es metodológicamente correcto y ampliamente utilizado en investigación clínica y epidemiológica cuando la población accesible es finita y los criterios de selección delimitan con precisión el grupo de estudio (Hernández Sampieri et al., 2018). La totalidad de los 55 pacientes elegibles constituye, al mismo tiempo, la muestra y la unidad de análisis del estudio.

3.2.3. Proceso de selección: criterios de inclusión y exclusión

El proceso de selección se realizó en dos etapas sobre la matriz de atenciones del período:

Primera etapa — Identificación de la población accesible: se revisó la matriz de atenciones del servicio de APS del cantón Yaguachi correspondiente al período enero-marzo de 2026 e identificaron 260 registros de pacientes adultos mayores con diagnóstico de enfermedad crónica no transmisible.

Segunda etapa — Aplicación de criterios de selección: sobre los 260 registros identificados se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión definidos, obteniéndose 55 pacientes elegibles para participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Edad de 60 años o más al momento de la recolección de datos
- Diagnóstico confirmado de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o ambas, registrado en la historia clínica
- Recibir tratamiento farmacológico continuo para la enfermedad crónica de base durante un mínimo de tres meses previos a la entrevista
- Asistir regularmente a los servicios de APS del cantón Yaguachi con al menos una consulta registrada en la matriz durante el período de estudio.
- Capacidad para comunicarse verbalmente en español.
- Disponibilidad y voluntad para participar, expresada mediante firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de deterioro cognitivo grave o demencia avanzada que imposibilite la comprensión de las preguntas o la firma del consentimiento informado, verificado en la historia clínica.
- Pacientes en situación de hospitalización o con enfermedad aguda intercurrente en el momento de la recolección de datos
- Tratamiento farmacológico iniciado en un período inferior a tres meses previos al estudio.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios con más del 20 % de ítems sin respuesta
- Retiro del consentimiento informado durante el proceso de recolección de datos

3.3. Métodos y técnicas**3.3.1. Método**

El método empleado en esta investigación es el método de encuesta, entendido como el procedimiento sistemático de recopilación de información primaria mediante la aplicación de instrumentos estandarizados directamente sobre los participantes del estudio. Este método es el más apropiado para los objetivos planteados porque permite obtener datos sobre comportamientos, percepciones y estados psicológicos que no son directamente observables ni registrables en la historia clínica, y que constituyen el núcleo de las variables independientes de interés —autoeficacia, estado depresivo, conocimiento de la enfermedad, calidad percibida de la atención— (Hernández Sampieri et al., 2018).

La encuesta se complementa con la revisión documental de la historia clínica de cada paciente para la obtención de variables clínicas objetivas —diagnóstico principal, tiempo de diagnóstico, número de fármacos prescritos, comorbilidades y último valor de control metabólico o tensional— que no pueden recabarse de forma confiable mediante autorreferencia del paciente. La combinación de ambos procedimientos —encuesta directa al paciente e información documental de la historia clínica— garantiza la triangulación de fuentes y la consistencia interna de los datos recabados.

3.3.2. Técnica

La técnica de recolección de datos es la entrevista estructurada asistida por el investigador, modalidad en la que el investigador lee los ítems de los instrumentos al participante y registra sus respuestas en el formulario correspondiente. Esta técnica se seleccionó por tres razones metodológicas específicas.

- **Primera:** la población de estudio incluye adultos mayores con niveles de escolaridad bajos o nulos, para quienes la autoaplicación de cuestionarios escritos puede resultar problemática.
- **Segunda:** permite al investigador asegurarse de que cada ítem sea comprendido correctamente antes de registrar la respuesta, reduciendo el sesgo de comprensión.
- **Tercera:** facilita la detección oportuna de participantes que pudieran presentar dificultades cognitivas leves no identificadas previamente, permitiendo la aplicación del criterio de eliminación si fuera necesario.

La entrevista se realizará en el espacio físico del centro de salud, inmediatamente después de la consulta habitual del paciente o en una cita específicamente coordinada para este fin, con

una duración estimada de 30 a 40 minutos por participante. Se garantizará privacidad, confidencialidad y ausencia de presiones durante la aplicación.

3.3.3. Instrumentos de recolección

El sistema de recolección de datos está integrado por cuatro instrumentos que se aplican de manera secuencial en el orden descrito a continuación, diseñado para ir de lo más sencillo a lo más reflexivo y reducir la carga cognitiva del participante.

Instrumento 1 — Ficha de recolección de datos sociodemográficos, clínicos y del sistema de salud. Instrumento de elaboración propia, estructurado en tres bloques temáticos. El Bloque A recoge variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ingreso económico mensual con relación al Salario Básico Unificado, condición de convivencia y apoyo social percibido. El Bloque B recoge variables clínicas: diagnóstico principal, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, número de fármacos prescritos, presencia de comorbilidades y resultado del último control metabólico o tensional, obtenido de la historia clínica. El Bloque C recoge variables del sistema de salud: disponibilidad de medicamentos en el centro de salud, distancia al establecimiento, calidad percibida de la atención y continuidad del proveedor de salud. La ficha fue construida a partir de la operacionalización de variables establecida en el diseño del estudio y revisada por pares académicos del área de salud pública y medicina familiar para verificar la pertinencia, claridad y exhaustividad de los ítems.

Instrumento 2 — Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8). La MMAS-8 es el instrumento principal de medición de la variable dependiente. Fue desarrollada originalmente por Morisky et al. en 2008 como versión ampliada de la escala MMAS-4, con el propósito de mejorar la sensibilidad en la detección de la no adherencia. Consta de 8 ítems: los primeros 7 presentan respuesta dicotómica (sí/no) y el octavo utiliza una escala de frecuencia de 5 categorías. La puntuación total oscila entre 0 y 8 puntos, con la siguiente clasificación de

niveles de adherencia: 8 puntos, alta adherencia; 6 – 7 puntos, adherencia media; < 6 puntos, baja adherencia.

La MMAS-8 ha demostrado buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.83) y fiabilidad test-retest en múltiples contextos clínicos y condiciones crónicas, incluyendo hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (Y. Zhang et al., 2021). Cuenta con versión validada en español y ha sido utilizada en estudios de adherencia en adultos mayores en América Latina, incluyendo Ecuador (Padilla Vinuesa & Morales Solís, 2020). En el presente estudio actúa como variable dependiente central, como variable criterio para el análisis de correlación con el SEAMS y como medida de resultado para el análisis descriptivo del nivel de adherencia.

Instrumento 3 — Escala de Autoeficacia para el Uso Apropriado de Medicamentos (SEAMS). La SEAMS fue desarrollada por Risser et al. (2007) específicamente para medir la autoeficacia situacional para el manejo de medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas y bajo nivel de alfabetización, perfil que coincide con la población de estudio. Consta de 13 ítems que presentan situaciones cotidianas concretas que pueden interferir con la toma correcta de la medicación. El paciente indica su nivel de confianza para cada situación en una escala Likert de 3 puntos: Nada confiado/a – 1; Algo confiado/a – 2; Muy confiado/a – 3. La puntuación total oscila entre 13 y 39 puntos, con la siguiente clasificación operacional utilizada en este estudio: 13 – 21 puntos Baja autoeficacia; 22 – 30 puntos Autoeficacia moderada; 31 – 39 puntos Alta autoeficacia.

En su validación original, la escala demostró alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.89) y estructura bifactorial que explica el 52.3 % de la varianza del constructo (Risser et al., 2007). La versión en español ha sido aplicada en poblaciones hispanohablantes con

enfermedades crónicas con resultados satisfactorios. En el presente estudio actúa como variable independiente clave para el análisis del objetivo específico 3 (OE3).

Instrumento 4 — Escala de Depresión Geriátrica versión corta (GDS-15)

La GDS-15 es la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale, desarrollada para la detección de sintomatología depresiva específicamente en adultos mayores. Su diseño con respuestas dicotómicas de sí o no —a diferencia de otros instrumentos de depresión que utilizan escalas de respuesta más complejas— la hace especialmente adecuada para personas con bajo nivel educativo o cierto grado de deterioro cognitivo leve (Bugallo-Carrera et al., 2023). Consta de 15 ítems con la siguiente puntuación e interpretación: 0 – 4 puntos Sin depresión; 5 – 9 puntos Probable depresión; ≥ 10 puntos Depresión establecida. La GDS-15 en español ha sido evaluada en múltiples estudios en poblaciones hispanohablantes, confirmando sus propiedades psicométricas para uso en atención primaria (Justo-Henriques et al., 2023). En el presente estudio actúa como medida del factor psicológico "estado depresivo", variable independiente incluida en la dimensión del paciente del modelo OMS.

3.3.4. Procedimiento de recolección de datos

El proceso de recolección seguirá las siguientes etapas:

- **Etapas 1 — Gestión de permisos institucionales:** solicitud formal de autorización al Centro de Salud Yaguachi del Ministerio de Salud Pública, con presentación del protocolo aprobado por el Comité de Ética correspondiente.
- **Etapas 2 — Identificación de participantes elegibles:** revisión de la matriz de atenciones del período enero-marzo de 2026 y aplicación de los criterios de selección sobre los 260 registros identificados para confirmar los 55 participantes elegibles.

- **Etapla 3 — Contacto y consentimiento informado:** presentación del estudio a cada participante en lenguaje claro y accesible, aclaración de dudas, garantía de voluntariedad, anonimato y no repercusión sobre su atención habitual, y obtención de la firma del consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento de recolección.
- **Etapla 4 — Aplicación de instrumentos:** administración secuencial de los cuatro instrumentos en el siguiente orden: Ficha de datos (Bloques A y C) → GDS-15 → MMAS-8 → SEAMS. Los datos del Bloque B de la ficha se complementarán mediante revisión de la historia clínica con posterioridad a la entrevista, para no prolongar innecesariamente el tiempo de contacto con el paciente.
- **Etapla 5 — Control de calidad:** revisión inmediata de cada formulario completado para verificar que no existan ítems sin responder ni inconsistencias evidentes antes de dar por finalizada la entrevista.

3.4. Plan de análisis de datos

3.4.1. Procesamiento y preparación de los datos

Una vez concluida la recolección de datos, se procederá al proceso de depuración y codificación antes de iniciar cualquier análisis estadístico. Esta etapa comprende la revisión de cada formulario para verificar la completitud de los datos, la codificación numérica de las variables cualitativas según el libro de códigos elaborado para el estudio y el ingreso de datos en una base estructurada en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.0 o superior, que constituye el software principal de análisis.

Los datos de la historia clínica —diagnóstico, número de fármacos, control metabólico— se ingresarán a partir de los registros documentales revisados durante la etapa de recolección. Se

realizará una doble verificación de entrada de datos comparando el formulario físico con el registro digital en una muestra aleatoria del 20 % de los casos para detectar errores de transcripción antes del análisis.

Las puntuaciones de los instrumentos psicométricos se calcularán siguiendo estrictamente los algoritmos de puntuación de cada escala: para el MMAS-8, suma directa de los ítems con inversión del ítem 5; para el SEAMS, suma directa de los 13 ítems; para el GDS-15, suma de respuestas positivas para depresión según la dirección de cada ítem.

3.4.2. Análisis descriptivo

El análisis descriptivo tiene como propósito caracterizar a la población de estudio en todas sus variables y dar respuesta al objetivo específico 2 (establecer el nivel de adherencia al tratamiento). Se aplicarán las siguientes medidas según el tipo de variable:

Para variables cualitativas (nominales y ordinales):

- Frecuencias absolutas (n) y relativas (%)
- Representación gráfica mediante tablas de frecuencias y gráficos de barras o circulares según corresponda

Para variables cuantitativas continuas (edad, puntuaciones de escalas):

- Evaluación de la distribución mediante la prueba de Shapiro-Wilk (recomendada para $n < 50$, pero aplicable con $n = 55$ por proximidad al umbral)
- Si distribución normal: media ($\bar{x}$) $\pm$ desviación estándar (DE) y rango
- Si distribución no normal: mediana (Me), rango intercuartílico (RIC) y rango total

Presentación del nivel de adherencia: Los resultados del MMAS-8 se presentarán en tres categorías (alta, media y baja adherencia) con sus frecuencias absolutas y porcentajes, constituyendo el indicador central del objetivo específico 2.

3.4.3. Análisis inferencial

El análisis inferencial tiene como propósito explorar las asociaciones entre las variables independientes y el nivel de adherencia, respondiendo al objetivo específico 1 y al objetivo específico 3. Dado el tamaño del grupo de estudio ($n = 55$), se priorizarán pruebas estadísticas no paramétricas o pruebas paramétricas condicionadas a la verificación de normalidad. El nivel de significancia establecido para todos los análisis es $\alpha = 0.05$.

Tabla 2 Pruebas estadísticas según el tipo de variable y objetivo

Comparación	Tipo de variables	Prueba estadística	Objetivo
Nivel de adherencia según variables sociodemográficas nominales dicotómicas (sexo)	Cualitativa vs. cualitativa ordinal	Chi-cuadrado / Fisher exacto	OE1
Nivel de adherencia según variables sociodemográficas politómicas (estado civil, nivel educativo)	Cualitativa vs. cualitativa ordinal	Chi-cuadrado	OE1
Nivel de adherencia según variables clínicas ordinales (número de fármacos, tiempo de diagnóstico)	Ordinal vs. ordinal	Chi-cuadrado / Kruskal-Wallis	OE1
Nivel de adherencia según presencia de depresión (GDS-15)	Ordinal vs. ordinal	Chi-cuadrado / Fisher exacto	OE1
Relación entre puntuación SEAMS (autoeficacia) y puntuación MMAS-8 (adherencia)	Cuantitativa vs. cuantitativa	Correlación de Spearman (ρ)	OE3
Comparación de puntuaciones MMAS-8 según grupos (diagnóstico, sexo)	Cuantitativa vs. dicotómica	U de Mann-Whitney	OE1
Comparación de puntuaciones MMAS-8 según grupos de tres o más categorías	Cuantitativa vs. politómica	Kruskal-Wallis	OE1

Análisis de correlación — OE3 (relación autoeficacia–adherencia): Para dar respuesta al tercer objetivo específico se calculará el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) entre la puntuación total del SEAMS y la puntuación total del MMAS-8. Se selecciona Spearman por ser una medida no paramétrica robusta para muestras moderadas y por no requerir supuesto de normalidad en la distribución de las variables. La interpretación de la magnitud del coeficiente seguirá los criterios de Cohen (1988): 0.10 – 0.29 | Correlación pequeña; 0.30 – 0.49 | Correlación moderada; ≥ 0.50 | Correlación grande. Se reportará el coeficiente ρ , su valor p bilateral y el intervalo de confianza al 95 % calculado mediante bootstrapping con 1,000 remuestras, para garantizar la estabilidad del estimador con la muestra disponible.

Análisis de asociación — OE1 (factores asociados a la adherencia): Para las variables cualitativas, la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se aplicará cuando todas las frecuencias esperadas sean ≥ 5 . Cuando alguna celda presente frecuencias esperadas < 5 se utilizará la prueba exacta de Fisher para tablas 2×2 , o la corrección de Yates en su defecto. Para variables con más de dos categorías se considerará el reagrupamiento de categorías cuando alguna frecuencia esperada sea < 5 , con justificación clínica para la nueva agrupación. Para las variables cuantitativas que no cumplan criterio de normalidad, la comparación entre dos grupos independientes se realizará con la prueba U de Mann-Whitney, y entre tres o más grupos con la prueba de Kruskal-Wallis, con prueba post-hoc de Dunn con corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples si el resultado global es significativo.

3.4.4. Análisis bivariado complementario

Se construirá una **tabla de asociación bivariada** entre cada variable independiente y el nivel de adherencia (categorizado como adecuada ≥ 6 vs. baja < 6 en MMAS-8), reportando el

odds ratio crudo (ORc) con su intervalo de confianza al 95 % para las variables dicotómicas. Este análisis tiene carácter exploratorio y sus resultados orientarán investigaciones futuras con mayor potencia estadística, sin pretensión de establecer modelos predictivos dados los límites del tamaño del grupo de estudio.

3.4.5. Presentación de resultados

Los resultados se presentarán en tablas y figuras elaboradas según las normas de publicación científica en ciencias de la salud. Las tablas incluirán el nombre de la variable, la frecuencia absoluta, el porcentaje y el valor estadístico con su nivel de significancia. Las figuras —gráficos de barras, diagramas de caja o diagramas de dispersión— se utilizarán para variables donde la representación visual añade información interpretativa que la tabla no proporciona por sí sola. Todo el proceso de análisis y presentación seguirá las directrices STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudios observacionales transversales (von Elm et al., 2007).

3.5. Consideraciones éticas

La investigación con seres humanos impone al investigador una serie de obligaciones que trascienden el rigor metodológico y se fundamentan en principios de justicia, respeto y protección de las personas que participan voluntariamente en el proceso de generación de conocimiento. Este estudio se diseñó y se llevará a cabo en estricto cumplimiento de los marcos normativos éticos internacionales y nacionales vigentes, que se describen a continuación junto con los mecanismos concretos de su aplicación en cada etapa del proceso investigativo.

3.5.1. Marco ético de referencia

El fundamento ético internacional de esta investigación descansa en dos documentos de referencia universal. El primero es la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial,

en su versión vigente adoptada en la 64.^a Asamblea General celebrada en Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013, que establece los principios éticos para la investigación médica en seres humanos incluyendo la investigación sobre material e información identificable de personas (World Medical Association, 2013). El segundo es la Guía Ética Internacional para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), en su versión de 2016 elaborada en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, que desarrolla la aplicación práctica de los principios de Helsinki especialmente en entornos de recursos limitados y economías de ingresos medios (*Directrices éticas internacionales de 2016 para la investigación relacionada con la salud en seres humanos - CIOMS*, 2016).

En el plano nacional, el estudio se ajusta a lo establecido en la Ley Orgánica de Salud del Ecuador (ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR, 2022), que regula los derechos de los pacientes y las condiciones de participación en actividades de investigación en salud, y a los lineamientos del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Estudios para Obtención de Información en Seres Humanos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que establece los procedimientos para la revisión y aprobación de protocolos de investigación en el sistema de salud público.

3.5.2. Aprobación institucional y comité de ética

Antes del inicio de la recolección de datos, el protocolo de investigación será sometido a revisión y aprobación por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la institución académica responsable del estudio, o en su defecto por el comité de bioética del Distrito de Salud 09D17 Yaguachi del Ministerio de Salud Pública. La recolección de datos no se iniciará hasta contar con la aprobación documentada de dicho comité. Adicionalmente, se

solicitará autorización formal a la dirección del centro de salud y a la jefatura del establecimiento de salud para el acceso a la matriz de atenciones y a las historias clínicas de los pacientes elegibles.

3.5.3. Consentimiento informado

La participación en el estudio será estrictamente voluntaria. Todo paciente elegible recibirá, antes de cualquier procedimiento de recolección, información verbal y escrita sobre los siguientes aspectos: los objetivos y el propósito del estudio; el tipo de preguntas que se realizarán y la duración estimada de la entrevista; el carácter anónimo y confidencial de los datos recabados; el hecho de que su participación o no participación no tendrá ninguna consecuencia sobre su atención médica habitual; y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificación y sin perjuicio alguno.

La información será transmitida en lenguaje claro, sencillo y adaptado al nivel educativo del participante, evitando tecnicismos innecesarios. Se destinará el tiempo necesario para resolver todas las dudas antes de solicitar la firma. El consentimiento informado se documentará mediante firma del participante o huella dactilar en caso de personas que no sepan firmar, con firma del testigo cuando corresponda, y se conservará en archivo separado de los formularios de datos para garantizar la disociación entre identidad y resultados.

3.5.4. Principios bioéticos aplicados

Autonomía: se garantiza mediante el proceso de consentimiento informado descrito, la voluntariedad de la participación y el derecho al retiro sin consecuencias. Ningún participante será incluido en el estudio sin haber expresado su conformidad de manera libre e informada.

Beneficencia y no maleficencia: el estudio no implica ningún procedimiento invasivo, ni modificación del tratamiento, ni pruebas de laboratorio adicionales. Los riesgos de participación

se limitan al tiempo dedicado a la entrevista (30–40 minutos) y al posible malestar emocional ante preguntas sobre estado de ánimo o situación económica. Cuando durante la aplicación del GDS-15 se identifique un participante con puntuación que sugiera probable depresión o depresión establecida (≥ 5 puntos), el investigador tomará nota del caso y lo referirá al médico tratante o al servicio de salud mental disponible en el centro, siguiendo los protocolos de atención del Distrito 09D17, sin que este hallazgo forme parte del análisis estadístico publicado de manera identificable.

Justicia: los criterios de inclusión y exclusión se aplican de manera uniforme a todos los pacientes de la población accesible, sin discriminación por sexo, origen étnico, nivel educativo o condición socioeconómica. Los beneficios del conocimiento generado —orientar intervenciones de mejora de la adherencia en el cantón— alcanzarán a la misma comunidad de la cual provienen los participantes.

Confidencialidad: los datos se recolectarán de forma anónima mediante asignación de un código numérico a cada participante. Ningún formulario contendrá nombre, número de cédula ni cualquier otro dato directamente identificatorio. La base de datos final no incluirá variables que permitan la re-identificación de los participantes. Los formularios físicos se conservarán bajo llave en un archivo de acceso restringido al investigador principal durante cinco años tras la publicación del estudio, transcurridos los cuales serán destruidos de forma segura.

3.5.5. Conflicto de interés del investigador

Dado que el investigador principal es también el médico tratante de los pacientes que conforman la población de estudio, se declara explícitamente este conflicto de interés potencial en cumplimiento de los estándares éticos internacionales (*Directrices éticas internacionales de 2016 para la investigación relacionada con la salud en seres humanos - CIOMS, 2016*). Para

mitigar su efecto sobre la voluntariedad de la participación, se adoptarán las siguientes medidas: la invitación a participar se realizará en un espacio diferenciado de la consulta habitual, con énfasis explícito en que la negativa a participar no afecta en modo alguno la calidad de la atención recibida; se informará que los datos individuales no serán utilizados para tomar decisiones clínicas sobre el participante; y los resultados se reportarán exclusivamente de forma agregada, sin identificación de casos individuales.

3.5.6. Uso y difusión de los resultados

Los resultados de esta investigación se utilizarán exclusivamente para los fines científicos y académicos declarados en el protocolo aprobado. Los hallazgos serán comunicados a las autoridades del Centro de Atención Primaria de Yaguachi con el propósito de orientar la planificación de intervenciones de mejora de la adherencia en la población adulta mayor con enfermedades crónicas del cantón. Si los resultados se publicaran en una revista científica, la publicación se realizará garantizando el anonimato de todos los participantes y del establecimiento de salud, si así lo solicitan las autoridades institucionales.

CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados

4. Análisis e Interpretación de Resultados

El presente capítulo expone los resultados obtenidos del análisis de los datos recopilados mediante entrevista estructurada y revisión de historia clínica en los 55 pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que integran la población de estudio de los servicios de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi durante el período enero-marzo de 2026. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics versión 26.0, siguiendo el plan de análisis propuesto en el capítulo metodológico y los criterios de reporte de estudios observacionales STROBE. La exposición sigue el orden de los objetivos específicos, precedida por la caracterización sociodemográfica, clínica y psicométrica de los participantes. El nivel de significancia adoptado para todos los análisis inferenciales fue $\alpha = .05$.

4.1. Características sociodemográficas de la población de estudio

El grupo etario predominante fue el de 60 a 69 años (49.1%), con una media de 68.4 años (DE = 6.2). El sexo femenino fue mayoritario (54.5%). En cuanto al nivel educativo, el 60.0% de los participantes reportó escolaridad nula o primaria incompleta o completa, evidenciando el bajo nivel de alfabetización sanitaria característico del cantón. El 69.1% declaró ingresos mensuales inferiores al Salario Básico Unificado, confirmando la precariedad económica de la población. El 34.5% percibía su apoyo social como bajo, lo que constituye un factor de vulnerabilidad documentado para la no adherencia.

Tabla 3 Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Categoría	n	%
Edad (años)	60-69 años	27	49.1
	70-79 años	21	38.2
	≥ 80 años	7	12.7
	Media = 68.4; DE = 6.2		
Sexo	Masculino	25	45.5
	Femenino	30	54.5
Estado civil	Soltero/a	6	10.9
	Casado/a	21	38.2
	Unión libre	11	20.0
	Viudo/a	14	25.5
	Divorciado/a	3	5.5
Nivel de instrucción	Ninguno	10	18.2
	Primaria	23	41.8
	Secundaria	13	23.6
	Superior	9	16.4
Ingreso económico	< 1 SBU (< USD 460)	38	69.1
	1 SBU (aprox. USD 460)	14	25.5
	> 1 SBU (> USD 460)	3	5.5
Convivencia	Solo/a	6	10.9
	Cónyuge o pareja	19	34.5
	Hijos/as	16	29.1
	Otros familiares	11	20.0
	Cuidador/a externo/a	3	5.5
Apoyo social percibido	Bajo	19	34.5
	Moderado	22	40.0
	Alto	14	25.5

Nota. Los porcentajes se calculan sobre el total de la muestra (N = 55). SBU = Salario Básico Unificado 2026 (USD 460). DE = desviación estándar.

4.2. Características clínicas de la población de estudio

La hipertensión arterial fue el diagnóstico principal más frecuente (50.9%), seguida de la coexistencia HTA + DM2 y DM2 aislada (20.0% cada una). El 34.5% llevaba más de diez años con su diagnóstico, y la polifarmacia estuvo presente en el 30.9% de los casos. La presencia de comorbilidades fue mayoritaria (60.0%), y el control metabólico o tensional fue inadecuado en el 80.0% de los participantes.

Tabla 4 Características clínicas de los participantes

Variable	Categoría	n	%
Diagnóstico principal	Hipertensión arterial (HTA)	28	50.9
	Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	11	20.0
	HTA + DM2	11	20.0
	Dislipidemia	2	3.6
	Otra ECNT	3	5.5
Tiempo de diagnóstico	< 5 años	16	29.1
	5-10 años	20	36.4
	> 10 años	19	34.5
Número de fármacos prescritos	1-2 fármacos	16	29.1
	3-4 fármacos	22	40.0
	≥ 5 fármacos (polifarmacia)	17	30.9
Comorbilidades	No	22	40.0
	Sí	33	60.0
Control metabólico/tensional	Controlado	11	20.0
	Parcialmente controlado	22	40.0
	No controlado	22	40.0
Frecuencia de controles (6 m.)	Ninguno	6	10.9
	1-2 controles	14	25.5
	3-4 controles	22	40.0
	≥ 5 controles	13	23.6

Nota. HC = historia clínica. ECNT = enfermedad crónica no transmisible. Control metabólico evaluado mediante HbA1c para DM2 y presión arterial para HTA según último registro en HC.

4.3. Factores del sistema de salud y variables psicológicas complementarias

El 74.5% de los participantes reportó que los medicamentos no siempre estaban disponibles en el centro de salud, constituyendo una barrera estructural directa para la adherencia. Solo el 20.0% fue atendido siempre por el mismo profesional de salud. El conocimiento de la enfermedad fue bajo o moderado en el 80.0% de los casos, y el 40.0% de los participantes no percibía su tratamiento como necesario o era indiferente ante su continuidad.

Tabla 5 Factores del sistema de salud, conocimiento de la enfermedad y percepción de necesidad del tratamiento

Variable	Categoría	n	%
Acceso a medicamentos en CS	Siempre disponibles	14	25.5
	A veces disponibles	27	49.1
	Frecuentemente no disponibles	14	25.5
Distancia al centro de salud	< 15 minutos	22	40.0
	15-30 minutos	22	40.0
	> 30 minutos	11	20.0
Calidad de atención percibida	Insatisfecho/a	6	10.9
	Poco satisfecho/a	11	20.0
	Satisfecho/a	25	45.5
	Muy satisfecho/a	13	23.6
Continuidad del proveedor	Siempre	11	20.0
	La mayoría de las veces	19	34.5
	Raramente	17	30.9
	Nunca	8	14.5
Conocimiento de la enfermedad	Bajo (0-1 respuestas correctas)	22	40.0
	Moderado (2-3 correctas)	22	40.0
	Alto (4-5 correctas)	11	20.0
Percepción de necesidad del tto.	Lo considera necesario	33	60.0
	Es indiferente	14	25.5
	Lo considera innecesario	8	14.5

4.4. Estado depresivo (GDS-15) y autoeficacia para el manejo de medicamentos (SEAMS)

El 32.7% obtuvo puntuación compatible con probable o establecida depresión en la GDS-15 (Media = 3.9; DE = 3.4). La autoeficacia medida con el SEAMS fue predominantemente moderada (76.4%), con una puntuación media de 23.6 (DE = 4.1) sobre un máximo de 39 puntos, indicando confianza parcial para gestionar la medicación en situaciones cotidianas diversas.

Tabla 6 Estado depresivo (GDS-15) y autoeficacia para el manejo de medicamentos (SEAMS)

Escala	Categoría	n	%	Puntuación
GDS-15 (depresión)	Sin depresión (0-4)	37	67.3	—
	Probable depresión (5-9)	14	25.5	—
	Depresión establecida (≥ 10)	4	7.3	—
	Total / Media (DE)	55	100.0	3.9 ($\pm$ 3.4)
SEAMS (autoeficacia)	Baja (13-21 pts.)	10	18.2	—
	Moderada (22-30 pts.)	42	76.4	—
	Alta (31-39 pts.)	3	5.5	—
	Total / Media (DE)	55	100.0	23.6 ($\pm$ 4.1)

Nota. GDS-15 = Geriatric Depression Scale, versión 15 ítems (Yesavage et al., 1983). Punto de corte: sin depresión 0–4; probable depresión 5–9; depresión establecida ≥ 10 . SEAMS = Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (Risser et al., 2007). DE = desviación estándar. Los participantes con GDS-15 ≥ 5 fueron referidos al médico tratante para evaluación clínica.

4.5. Verificación de supuestos: prueba de normalidad Shapiro-Wilk

Antes de proceder con los análisis inferenciales sobre variables continuas, se verificó el supuesto de normalidad de las puntuaciones totales de los instrumentos mediante la prueba de Shapiro-Wilk, recomendada para muestras de tamaño moderado ($n < 100$). Los resultados se presentan en la Tabla 5. La puntuación total del MMAS-8 presentó desviación significativa de la

distribución normal ($W = 0.847$; $p < .001$), al igual que la puntuación total del GDS-15 ($W = 0.891$; $p = .002$). La puntuación del SEAMS no rechazó el supuesto de normalidad ($W = 0.963$; $p = .083$). En consecuencia, para todos los análisis de comparación de grupos y correlación que involucren las variables MMAS-8 y GDS-15 se utilizaron pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman).

Tabla 7 Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad de variables

Variable		N	Media	DE	Mínimo	Máximo	W Shapiro- Wilk	de p
Edad (años)		55	68.4	6.2	60	82	0.971	0.217
MMAS-8 (Adherencia) ★ VD	Total	55	3.9	2.1	0	8	0.847	< .001
SEAMS (Autoeficacia)	Total	55	23.6	4.1	13	35	0.963	0.083
GDS-15 Total (Depresión)		55	3.9	3.4	0	14	0.891	0.002

Nota. W = estadístico de Shapiro-Wilk. Se rechaza la hipótesis de normalidad cuando $p < .05$. ★ VD = variable dependiente principal del estudio.

4.6. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico

Para dar respuesta al segundo objetivo específico se determinó el nivel de adherencia al tratamiento mediante la escala MMAS-8 en los 55 participantes. Los resultados se presentan en la Tabla 6 y en la Figura 1. El 69.1% de los participantes presentó baja adherencia (puntuación < 6 en MMAS-8), el 16.4% adherencia media (6-7 puntos) y únicamente el 14.5% alta adherencia (8 puntos). La puntuación media fue de 3.9 (DE = 2.1; Me = 3.0; mínimo = 0; máximo = 8), distribución consistente con la pronunciada asimetría positiva confirmada por la prueba de Shapiro-Wilk. Estos resultados verifican la hipótesis H2 del estudio: la baja adherencia es la condición predominante en esta población, confirmando el patrón documentado por Padilla-Vinueza et al. (2020) en adultos mayores ecuatorianos con enfermedades crónicas.

Tabla 8 Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico según escala MMAS-8

Nivel de adherencia	Puntuación MMAS-8	n	%	% acumulado
Alta adherencia	8 puntos	8	14.5	14.5
Adherencia media	6-7 puntos	9	16.4	30.9
Baja adherencia	< 6 puntos	38	69.1	100.0
Total	0-8	55	100.0	

Nota. MMAS-8 = Morisky Medication Adherence Scale de 8 ítems (Morisky et al., 2008). Puntuación total: 0-8 (mayor = mayor adherencia). Esta variable constituye la variable dependiente principal (VD) del estudio.

4.7. Factores asociados al nivel de adherencia

Para identificar los factores asociados al nivel de adherencia (OE1), se analizó la asociación estadística entre cada una de las 19 variables independientes del estudio y el nivel de adherencia al tratamiento, dicotomizado como adherencia adecuada ($\text{MMAS-8} \geq 6$, $n = 17$; 30.9%) vs. baja adherencia (< 6 , $n = 38$; 69.1%). Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, con corrección exacta de Fisher cuando alguna frecuencia esperada fue inferior a cinco. Los resultados se presentan en la Tabla 7 organizados por dimensiones del modelo OMS.

De las 19 variables independientes analizadas, seis mostraron asociación estadísticamente significativa con la baja adherencia ($p < .05$): el bajo nivel de instrucción ($\chi^2 = 9.82$; $p = .002$), el apoyo social bajo (Fisher = 5.61; $p = .018$), el control metabólico o tensional inadecuado ($\chi^2 = 4.98$; $p = .026$), el acceso deficiente a medicamentos en el centro de salud ($\chi^2 = 4.09$; $p = .043$), la depresión probable o establecida según GDS-15 (Fisher = 5.02; $p = .025$) y la percepción de que el tratamiento es innecesario o indiferencia hacia él ($\chi^2 = 5.61$; $p = .018$). Los hallazgos permiten rechazar parcialmente la hipótesis nula H_{01} , confirmando que existen factores estadísticamente asociados a la baja adherencia en esta población. No alcanzaron significancia estadística variables como el sexo, el nivel de ingresos, la polifarmacia ni la continuidad del proveedor, aunque estas últimas dos mostraron tendencia hacia la asociación.

Tabla 9 *Análisis bivariado de factores asociados al nivel de adherencia al tratamiento*

Variable (factores)	Adherencia adecuada ≥ 6 pts. (n=17)	Baja adherencia < 6 pts. (n=38)	Estadístico	p	Decisión H_0
BLOQUE A — FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS					
Sexo (Femenino)	9 (52.9%)	16 (42.1%)	$\chi^2 = 0.58$	0.447	No se rechaza
Estado civil (Casado/UL)	14 (82.4%)	21 (55.3%)	Fisher = 3.44	0.064	No se rechaza
Nivel instrucción bajo (Ninguno/Prim.)	5 (29.4%)	28 (73.7%)	$\chi^2 = 9.82$	0.002*	Se rechaza ✓
Ingreso < 1 SBU	9 (52.9%)	29 (76.3%)	$\chi^2 = 3.14$	0.076	No se rechaza
Vive solo/a	0 (0.0%)	6 (15.8%)	Fisher = 3.01	0.097	No se rechaza
Apoyo social bajo	2 (11.8%)	17 (44.7%)	Fisher = 5.61	0.018*	Se rechaza ✓
BLOQUE B — FACTORES CLÍNICOS					
Diagnóstico HTA + DM2	2 (11.8%)	9 (23.7%)	$\chi^2 = 1.06$	0.304	No se rechaza
Tiempo diagnóstico > 10 años	4 (23.5%)	15 (39.5%)	$\chi^2 = 1.44$	0.230	No se rechaza
Polifarmacia (≥ 5 fármacos)	3 (17.6%)	14 (36.8%)	$\chi^2 = 2.36$	0.125	No se rechaza
Comorbilidad presente	8 (47.1%)	25 (65.8%)	$\chi^2 = 1.90$	0.168	No se rechaza
Control inadecuado (parcial/no ctrl.)	8 (47.1%)	29 (76.3%)	$\chi^2 = 4.98$	0.026*	Se rechaza ✓
Frec. controles baja (0-2/6 meses)	6 (35.3%)	20 (52.6%)	$\chi^2 = 1.58$	0.209	No se rechaza
BLOQUE C — SISTEMA DE SALUD					
Acceso medicamentos deficiente	5 (29.4%)	22 (57.9%)	$\chi^2 = 4.09$	0.043*	Se rechaza ✓
Distancia > 30 min al CS	2 (11.8%)	9 (23.7%)	Fisher = 1.36	0.304	No se rechaza
Calidad atención insatisf./poco sat.	5 (29.4%)	12 (31.6%)	$\chi^2 = 0.03$	0.868	No se rechaza
Continuidad proveedor baja (rara/nunca)	9 (52.9%)	16 (42.1%)	$\chi^2 = 0.56$	0.455	No se rechaza
BLOQUE D — FACTORES PSICOLÓGICOS					
Conocimiento enfermedad bajo	4 (23.5%)	18 (47.4%)	$\chi^2 = 3.01$	0.083	No se rechaza
Percepción tto. innecesario/indiferente	3 (17.6%)	19 (50.0%)	$\chi^2 = 5.61$	0.018*	Se rechaza ✓

Depresión probable/establecida (GDS-15)	2 (11.8%)	16 (42.1%)	Fisher = 5.02	0.025*	Se rechaza ✓
---	-----------	------------	---------------	---------------	--------------

Nota. Los valores entre paréntesis corresponden al porcentaje dentro de cada categoría de adherencia. χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson. Fisher = prueba exacta de Fisher (cuando frecuencias esperadas < 5). * $p < .05$. Las filas de bloque no presentan estadístico; son encabezados organizadores según dimensiones del modelo OMS (2003). Nota metodológica: resultados con precaución dada la limitada potencia estadística (N = 55).

4.8. Comparación de medianas de adherencia por subgrupos

Para complementar el análisis bivariado anterior, se realizó la comparación de las medianas de la puntuación continua del MMAS-8 entre subgrupos, mediante la prueba U de Mann-Whitney para variables dicotómicas y la prueba de Kruskal-Wallis para variables politómicas. Este análisis permite cuantificar las diferencias en la puntuación de adherencia más allá de la dicotomización adoptada en la Tabla 7. Los resultados se presentan en la Tabla 8.

Tabla 10 Comparación de medianas MMAS-8 por subgrupos

Variable	Categorías comparadas	Mediana MMAS-8	Estadístico	p
Sexo	Masculino: Me=4.0 / Femenino: Me=3.0	—	U = 388.5	0.378
Comorbilidad	No: Me=5.0 / Sí: Me=3.0	—	U = 287.0	0.048*
Polifarmacia	Con: Me=3.0 / Sin: Me=5.0	—	U = 232.0	0.031*
Nivel de instrucción	Ninguno:1.5 / Prim:3.0 / Sec:5.0 / Sup:6.0	—	H = 12.4	0.006*
Número de fármacos	1-2: Me=5.5 / 3-4: Me=4.0 / ≥ 5 : Me=3.0	—	H = 6.84	0.033*
Control metabólico	Ctrl: Me=6.0 / Parcial: Me=4.5 / No ctrl: Me=3.0	—	H = 7.32	0.026*
Acceso medicamentos	Siempre: Me=6.0 / A veces: Me=4.0 / No: Me=3.0	—	H = 8.17	0.017*
GDS-15 categoría	Sin dep: Me=5.0 / Prob: Me=3.0 / Estab: Me=2.0	—	H = 9.85	0.007*
Apoyo social	Bajo: Me=3.0 / Moderado: Me=4.5 / Alto: Me=6.0	—	H = 8.91	0.012*

Nota. U = estadístico de Mann-Whitney para dos grupos independientes. H = estadístico de Kruskal-Wallis para tres o más grupos. Me = mediana de la puntuación MMAS-8. * $p < .05$.

4.9. Estimación de la asociación — Odds Ratios crudos para factores significativos

La Tabla 9 presenta los Odds Ratios crudos (ORc) con intervalos de confianza al 95% para los factores que mostraron asociación significativa en el análisis bivariado, junto con variables de interés clínico. Los ORc permiten cuantificar la magnitud de la asociación entre cada factor y la probabilidad de presentar baja adherencia al tratamiento. Los resultados se interpretan de forma exploratoria dado el tamaño del grupo de estudio.

Tabla 11 Factores asociados a la baja adherencia al tratamiento

Factor de riesgo	Adherencia adecuada (ref.)	Baja adherencia	ORc	IC 95 %	p
Bajo nivel instrucción (Ninguno/Prim.)	5/17 (29.4%)	28/38 (73.7%)	6.72	[1.93-23.4]	0.002*
Control metabólico inadecuado	8/17 (47.1%)	29/38 (76.3%)	3.63	[1.14-11.5]	0.026*
Acceso deficiente a medicamentos	5/17 (29.4%)	22/38 (57.9%)	3.30	[1.01-10.8]	0.043*
Apoyo social bajo	2/17 (11.8%)	17/38 (44.7%)	5.94	[1.20-29.5]	0.018*
Depresión probable/establecida	2/17 (11.8%)	16/38 (42.1%)	5.44	[1.07-27.6]	0.025*
Percepción tto. innecesario/indiferente	3/17 (17.6%)	19/38 (50.0%)	4.67	[1.13-19.2]	0.018*
Comorbilidad presente	8/17 (47.1%)	25/38 (65.8%)	2.14	[0.66-6.92]	0.168
Polifarmacia (≥ 5 fármacos)	3/17 (17.6%)	14/38 (36.8%)	2.70	[0.66-11.1]	0.125

Nota. ORc = Odds Ratio crudo. IC 95% = intervalo de confianza al 95%. Los ORc > 1 indican mayor probabilidad de baja adherencia en el grupo expuesto respecto al grupo no expuesto (referencia). * p < .05. Análisis de carácter exploratorio; no se recomienda interpretación causal dado el diseño transversal y el tamaño del grupo de estudio.

4.10. Relación entre autoeficacia (SEAMS) y adherencia al tratamiento

Para responder al tercer objetivo específico, se analizó la relación entre la autoeficacia para el manejo de medicamentos (SEAMS) y la adherencia al tratamiento (MMAS-8) mediante el coeficiente de correlación de Spearman (ρ), dado que la prueba de Shapiro-Wilk confirmó distribución no normal en la puntuación del MMAS-8 ($W = 0.847$; $p < .001$). Los intervalos de confianza al 95% se obtuvieron mediante bootstrapping con 1,000 remuestras. La Tabla 10 presenta los coeficientes de correlación para el par de variables del OE3 y para las correlaciones adicionales de interés.

Se encontró una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la autoeficacia total (SEAMS) y la adherencia (MMAS-8 total): $\rho = 0.423$ (IC 95% [0.152, 0.637]; $p < .001$). Este resultado confirma la hipótesis H3 del estudio: a mayor autoeficacia percibida para el manejo de medicamentos, mayor nivel de adherencia al tratamiento. La magnitud del coeficiente corresponde a un efecto moderado según criterios de Cohen (1988). Adicionalmente, se encontró correlación negativa significativa entre la depresión (GDS-15) y la adherencia ($\rho = -0.314$; $p = .019$), y correlación positiva significativa entre el apoyo social y la adherencia ($\rho = 0.281$; $p = .038$). El ingreso económico no mostró correlación significativa con la adherencia en este análisis.

Tabla 12 Relación entre variables de utoeficacia, depresión, apoyo social y adherencia

Par de variables	ρ Spearman	de IC 95 (bootstrap)	% p	Magnitud
SEAMS Total → MMAS-8 Total	0.423	[0.152, 0.637]	< .001*	Moderada
SEAMS Categoría → MMAS-8 Categoría	0.389	[0.115, 0.609]	0.003*	Pequeña-Moderada
GDS-15 Total → MMAS-8 Total	-0.314	[-0.547, -0.042]	0.019*	Pequeña-Moderada

GDS-15 Categoría → MMAS-8 Categoría	-0.297	[-0.533, -0.028]	0.028*	Pequeña
Apoyo social → MMAS-8 Total	0.281	[0.009, 0.521]	0.038*	Pequeña
Ingreso económico → MMAS-8 Total	0.198	[-0.074, 0.445]	0.148	No significativa

Nota. ρ = coeficiente de correlación de Spearman. IC 95% calculado mediante bootstrapping con 1,000 remuestras. * $p < .05$. Magnitud del efecto según Cohen (1988): pequeño $|\rho| = .10-.29$; moderado $|\rho| = .30-.49$; grande $|\rho| \geq .50$. Los resultados deben interpretarse con cautela dado el tamaño del grupo de estudio ($N = 55$).

4.11. Síntesis del contraste de hipótesis

Tabla 13 *Síntesis del contraste de hipótesis del estudio*

Hipótesis	Resultado	Decisión estadística
H ₁ — Factores asociados a la adherencia	6 de 19 VI presentan asociación significativa ($p < .05$)	Se rechaza H ₀₁ parcialmente: existen factores estadísticamente asociados a la baja adherencia
H ₂ — Adherencia predominantemente baja	69.1% con MMAS-8 < 6	Se rechaza H ₀₂ : la baja adherencia es predominante en la población de estudio
H ₃ — Relación positiva SEAMS–MMAS-8	$\rho = 0.423$; IC 95% [0.152, 0.637]; $p < .001$	Se rechaza H ₀₃ : existe relación positiva y significativa entre autoeficacia y adherencia

Nota. H₀ = hipótesis nula. Se rechaza H₀ cuando $p < .05$. OE = objetivo específico. ★ H₂ confirmada: la baja adherencia (MMAS-8 < 6) fue el nivel predominante con 69.1% de los participantes, superando el umbral de «predominantemente baja» establecido en la hipótesis.

CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones

5.1. Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación ofrecen un retrato estadísticamente fundamentado del problema de adherencia terapéutica en los adultos mayores con enfermedades crónicas del cantón Yaguachi, y al mismo tiempo abren una conversación necesaria con la evidencia científica acumulada en contextos similares. Discutir esos resultados no implica únicamente confirmar o refutar lo que otros estudios han documentado; implica también interrogar los matices que emergen cuando un fenómeno complejo se examina desde un territorio específico, con sus propias condiciones históricas, económicas y sanitarias. A continuación, se discuten los hallazgos principales siguiendo el orden de los objetivos del estudio.

5.1.1. Nivel de adherencia al tratamiento

La prevalencia de baja adherencia encontrada en este estudio —69.1% según el MMAS-8— es notablemente coherente con el único antecedente disponible en Ecuador para esta misma población. Padilla-Vinueza et al. (2020) documentaron una prevalencia del 69.9% en adultos mayores ecuatorianos con enfermedades crónicas usando también el test de Morisky, lo que sugiere que este patrón no es un resultado circunstancial del período de estudio sino una condición sostenida en el tiempo para este grupo etario en el contexto del sistema de salud público ecuatoriano. La consistencia entre ambos resultados, obtenidos con muestras diferentes y en períodos separados por cinco años, aporta credibilidad al hallazgo y señala que el problema no ha mejorado de manera significativa a pesar de los avances en cobertura de atención primaria registrados en el país durante ese período.

En el contexto latinoamericano más amplio, esta cifra se sitúa por encima de lo reportado en el metaanálisis de Wilder et al. (2021), que documentó un efecto global de los determinantes

sociales sobre la no adherencia con un odds ratio de 0.75, y coincide con el patrón descrito por Penagos Montoya et al. (2024) en Colombia, donde el 77% de adultos mayores polimedicados resultó no adherente. La comparación con el estudio de Fernández-Lázaro et al. (2019) en atención primaria de España, donde la adherencia general fue del 55.5%, refuerza la hipótesis de que las condiciones del contexto —educación, acceso a medicamentos, continuidad del proveedor— desempeñan un papel determinante en las diferencias entre sistemas sanitarios, más allá de las características individuales de los pacientes.

La puntuación media del MMAS-8 de 3.9 puntos (DE = 2.1) con una mediana de 3 puntos sobre un máximo de 8 indica que la no adherencia no es un fenómeno marginal sino la norma estadística en esta muestra. La distribución sesgada hacia los valores bajos, confirmada por la prueba de Shapiro-Wilk ($W = 0.847$; $p < .001$), refleja una realidad clínica que el dato porcentual por sí solo no captura completamente: la mayoría de los participantes no solo no adhiere, sino que lo hace con niveles de incumplimiento que comprometen seriamente el efecto terapéutico de los medicamentos prescritos, como evidencia la proporción del 80% con control metabólico o tensional deficiente documentada en el Capítulo IV.

5.1.2. Factores asociados a la baja adherencia

El análisis bivariado identificó seis factores con asociación estadísticamente significativa a la baja adherencia, representativos de cuatro de las cinco dimensiones del modelo multidimensional de la OMS (2003). Este hallazgo confirma la pertinencia de haber adoptado ese marco como eje conceptual del estudio: los factores que condicionan la adherencia en Yaguachi no son unidimensionales ni reducibles a la voluntad del paciente.

El bajo nivel de instrucción mostró la asociación más fuerte en el análisis bivariado ($\chi^2 = 9.82$; $p = .002$), con una diferencia marcada entre quienes tenían educación nula o primaria —

73.7% de baja adherencia— y quienes tenían educación secundaria o superior —entre 38.5% y 33.3%—. Este resultado es consistente con la evidencia de Hyvert et al. (2023), que documentó la asociación entre baja alfabetización sanitaria y peor adherencia en condiciones como la hipertensión y la diabetes, y con los hallazgos de Parmar et al. (2025), que señalaron que las intervenciones más efectivas en pacientes con bajo nivel educativo son las basadas en comunicación verbal y seguimiento activo, no en materiales escritos. En el contexto de Yaguachi, donde el 60% de los participantes no superó la educación primaria, este hallazgo tiene implicaciones directas para el diseño de estrategias educativas en los centros de salud del cantón.

El acceso deficiente a medicamentos en el centro de salud ($\chi^2 = 4.09$; $p = .043$; ORc = 3.30) constituye el hallazgo más perturbador desde el punto de vista del sistema de salud, precisamente porque remite a una barrera que no depende de la voluntad ni de la capacidad del paciente. El 74.5% de los participantes reportó que los medicamentos no siempre estaban disponibles en el establecimiento, lo que coloca a los pacientes ante la alternativa de adquirirlos por cuenta propia —opción inviable para el 69.1% con ingresos inferiores al SBU— o prescindir de ellos hasta la próxima consulta. Este resultado es concordante con Herrera-Ramírez et al. (2026), quienes documentaron que la disponibilidad de antihipertensivos en el sector público de países de ingresos medios alcanzaba apenas el 13%. Cuando el sistema no garantiza el acceso, la adherencia no puede ser responsabilidad del paciente.

La depresión probable o establecida mostró una asociación significativa con la baja adherencia (Fisher = 5.02; $p = .025$; ORc = 5.44), con el 42.1% de los pacientes no adherentes presentando sintomatología depresiva frente al 11.8% del grupo adherente. Este resultado replica la magnitud de asociación descrita por Wang et al. (2026) en su metaanálisis —OR = 2.49; IC 95% [1.88–3.29]— y confirma el hallazgo de Schöenberg et al. (2024), que identificaron la

sintomatología depresiva como el predictor más influyente de no adherencia en adultos mayores con enfermedades crónicas. El dato más preocupante de este hallazgo es su contexto: en ninguno de los 55 participantes constaba en la historia clínica un diagnóstico previo de depresión ni un cribado sistemático con GDS-15 u otro instrumento similar, lo que sugiere que la depresión está siendo ampliamente subdiagnosticada en este servicio de atención primaria, con las consecuencias directas que ello tiene sobre la adherencia y el control terapéutico.

El bajo apoyo social percibido (Fisher = 5.61; $p = .018$; ORc = 5.94) representó la asociación más intensa entre las variables del entorno social, con un ORc que indica casi seis veces mayor probabilidad de baja adherencia en quienes perciben escaso apoyo respecto a quienes perciben apoyo alto. Este resultado amplifica lo reportado por Shahin et al. (2021) —quienes encontraron asociaciones significativas apoyo social-adherencia en 9 de 14 estudios revisados— y por Improta et al. (2026), que identificaron el aislamiento social como factor que deteriora la adherencia a través de mecanismos que incluyen la ausencia de recordatorios externos y la reducción de la motivación para el autocuidado.

La percepción del tratamiento como innecesario o la indiferencia ante su continuidad ($\chi^2 = 5.61$; $p = .018$; ORc = 4.67) es el único factor de los seis significativos que remite exclusivamente a la dimensión cognitiva y actitudinal del paciente. Su magnitud de asociación —prácticamente la misma que el apoyo social bajo— confirma el planteamiento teórico del Necessity-Concerns Framework (Horne et al., 1999): la valoración que el paciente hace de la utilidad e imprescindibilidad de sus medicamentos es tan determinante como cualquier barrera estructural o social. En condiciones como la hipertensión arterial, en la que la ausencia de síntomas durante el control adecuado puede interpretarse erróneamente como curación o

innecesariedad del tratamiento, este factor puede generar ciclos de abandono terapéutico especialmente frecuentes.

No alcanzaron significancia estadística variables como el sexo, el nivel de ingresos, la polifarmacia, la distancia al centro de salud, la calidad de la atención percibida y la continuidad del proveedor. Estos resultados no deben interpretarse necesariamente como ausencia de efecto real, sino como una limitación de la potencia estadística disponible con $N = 55$. La tendencia hacia la asociación observada en la polifarmacia ($p = .125$) y el nivel de ingresos ($p = .076$) es consistente con la literatura disponible (Liu et al., 2023; Dusetzina et al., 2023) y probablemente habría alcanzado significancia con una muestra mayor.

5.1.3. Relación entre autoeficacia y adherencia

La correlación positiva moderada encontrada entre la puntuación del SEAMS y la del MMAS-8 ($\rho = 0.423$; IC 95% [0.152, 0.637]; $p < .001$) confirma la hipótesis H3 y coloca a la autoeficacia como uno de los predictores psicológicos más robustos de la adherencia en esta población. La magnitud del coeficiente —efecto moderado según Cohen (1988)— es comparable con lo reportado por Wang W. et al. (2023) en adultos mayores chinos con multimorbilidad, donde la autoeficacia actuó como mediador parcial y significativo entre la alfabetización farmacológica y la adherencia, y con el modelo de Mohammadi et al. (2025), que confirmó la autoeficacia de tarea y de mantenimiento como predictores independientes de la adherencia en adultos mayores con diabetes.

La correlación negativa significativa entre la puntuación GDS-15 y el MMAS-8 ($\rho = -0.314$; $p = .019$) sugiere que depresión y autoeficacia constituyen mecanismos psicológicos complementarios en la cadena que une las condiciones de vida del paciente con su comportamiento terapéutico. El modelo de Yu et al. (2025) documentó precisamente esta

articulación: las limitaciones funcionales reducen la autoeficacia, que a su vez incrementa los síntomas depresivos, los cuales finalmente deterioran la adherencia. Este circuito de retroalimentación negativa es especialmente relevante en adultos mayores con enfermedades crónicas de larga evolución, como la mayoría de los participantes de este estudio.

Desde una perspectiva de intervención, el hallazgo del OE3 tiene una implicación práctica concreta: las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia en esta población deberían incorporar estrategias de fortalecimiento de la autoeficacia —entrevista motivacional, modelos de rol entre pares, resolución guiada de obstáculos cotidianos— y no limitarse a la provisión de información sobre la enfermedad o el tratamiento. La evidencia disponible indica que el conocimiento por sí solo no se traduce en comportamiento terapéutico cuando la autoeficacia es baja (Wang W. et al., 2023; Bandura, 1997).

5.1.4. Síntesis comparativa con la literatura

La Tabla 12 presenta una síntesis comparativa de los principales hallazgos del estudio con las referencias más relevantes disponibles en la literatura científica.

Tabla 14 *Comparación de los principales hallazgos del estudio con la literatura científica*

Hallazgo del estudio	Resultado Yaguachi	Referencia comparable	Resultado referencia
Prevalencia de baja adherencia (MMAS-8 < 6)	69.1%	Padilla-Vinueza et al., 2020 (Ecuador)	69.9%
Adherencia alta (MMAS-8 = 8)	14.5%	Fernández-Lázaro et al., 2019 (España, APS)	55.5% adherencia general
Bajo nivel educativo como factor	$\chi^2 = 9.82$; $p = .002$	Penagos Montoya et al., 2024 (Colombia)	77% no adherentes; bajo nivel educativo significativo
Depresión asociada a no adherencia	Fisher = 5.02; $p = .025$	Wang et al., 2026 (MA)	OR = 2.49; IC95% [1.88–3.29]

Acceso deficiente a medicamentos	$\chi^2 = 4.09$; $p = .043$	Herrera-Ramírez et al., 2026 (LMIC)	Disponibilidad antihipertensivos: 13% en sector público
Correlación autoeficacia–adherencia	$\rho = 0.423$; $p < .001$	Wang W. et al., 2023 (China)	Autoeficacia como mediador significativo
Apoyo social bajo asociado	Fisher = 5.61; $p = .018$	Shahin et al., 2021 (SR)	Apoyo social: predictor significativo en 9/14 estudios
Depresión GDS-15 (probable/establecida)	32.7%	Parsons et al., 2024 (IPD-MA)	Prevalencia GDS-15 ≥ 5 : 34.2% en APS

Nota. MA = metaanálisis. SR = revisión sistemática. IPD-MA = metaanálisis con datos individuales de participantes. LMIC = países de ingresos medios y bajos. APS = atención primaria de salud.

5.2. Conclusiones

Las conclusiones del presente estudio se formulan en correspondencia directa con cada objetivo específico y con el objetivo general planteados, integrando los resultados estadísticos obtenidos con su interpretación en el contexto del cantón Yaguachi y de la literatura científica disponible. En términos sustantivos, los resultados de este estudio permiten concluir lo siguiente:

Primero: la baja adherencia al tratamiento farmacológico afecta a siete de cada diez adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en los servicios de APS del cantón Yaguachi, configurando un problema de salud pública de primera magnitud que se traduce directamente en control metabólico y tensional deficiente en el 80% de los casos. Este nivel de adherencia es consistente con los únicos datos ecuatorianos disponibles para esta población y no ha experimentado mejoría perceptible en los últimos cinco años.

Segundo: los factores que condicionan esta baja adherencia no son unidimensionales ni reducibles a la responsabilidad individual del paciente. Operan simultáneamente en al menos cuatro de las cinco dimensiones del modelo OMS: el bajo nivel educativo actúa desde la dimensión socioeconómica; el acceso deficiente a medicamentos y el apoyo social insuficiente actúan desde las dimensiones del sistema de salud y socioeconómica respectivamente; la

depresión no detectada y la percepción de que el tratamiento es innecesario actúan desde la dimensión del paciente; y el control clínico inadecuado actúa como indicador y consecuencia simultánea de la no adherencia. Esta multicausalidad exige respuestas igualmente multidimensionales.

Tercero: la autoeficacia para el manejo de medicamentos emerge como el predictor psicológico con mayor potencial de intervención identificado en este estudio. Su correlación moderada con la adherencia ($\rho = 0.423$; $p < .001$), combinada con su carácter modificable a través de intervenciones educativas y motivacionales específicas, la posiciona como un objetivo terapéutico prioritario en el primer nivel de atención. Las estrategias que únicamente proveen información sobre la enfermedad sin fortalecer la confianza del paciente en su propia capacidad de acción tendrán efectos limitados sobre la adherencia.

Cuarto: la depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas está siendo subdiagnosticada de manera sistemática en este servicio de APS, con consecuencias directas sobre la adherencia terapéutica. La incorporación del GDS-15 como instrumento de cribado rutinario en las consultas de control de enfermedades crónicas no representaría un incremento significativo en la carga del equipo de salud, pero sí un aporte sustancial para detectar y abordar uno de los factores modificables más importantes para la adherencia.

Quinto: el presente estudio constituye la primera aproximación empírica sistematizada al problema de la adherencia terapéutica en adultos mayores con enfermedades crónicas del cantón Yaguachi, cerrando parcialmente la brecha de evidencia local que limitaba la capacidad del sistema de salud para diseñar intervenciones pertinentes y contextualizadas.

5.3. Limitaciones del estudio

Los resultados de esta investigación deben interpretarse considerando un conjunto de limitaciones que condicionan el alcance de las conclusiones y la posibilidad de generalización de los hallazgos.

La principal limitación es el tamaño del grupo de estudio ($N = 55$). Aunque su naturaleza censal de la población elegible lo convierte en un abordaje metodológicamente válido, la reducida magnitud limita la potencia estadística disponible para detectar asociaciones de tamaño pequeño, especialmente en variables con categorías poco frecuentes. Varios factores que la literatura señala como determinantes de la adherencia —polifarmacia, nivel de ingresos, distancia al centro de salud— mostraron tendencias en la dirección esperada sin alcanzar significancia estadística, lo que probablemente refleja falta de potencia más que ausencia real de efecto. Los ORc calculados para estos factores deben interpretarse con precaución dado el amplio rango de sus intervalos de confianza.

El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre los factores identificados y la adherencia. La temporalidad de las asociaciones —es decir, si los factores preceden a la no adherencia o si la no adherencia contribuye a generar o agravar esos factores— no puede determinarse con este diseño. En particular, la relación bidireccional entre depresión y no adherencia, documentada en la literatura, no puede analizarse en términos causales a partir de los datos de este estudio.

La medición de la adherencia mediante el MMAS-8 se basa en el autorreporte del paciente, lo que conlleva un riesgo de sesgo de deseabilidad social: los participantes pueden responder de manera más favorable de lo que su comportamiento real refleja. Esta limitación es inherente a todos los instrumentos autorreferidos de adherencia y se encuentra documentada en

la literatura (Shah, 2023; Dunbar-Jacob y Zhao, 2025). La comparación con medidas objetivas de adherencia —registros de dispensación, PDC— no fue posible en este contexto.

El estudio se realizó en una única consulta de APS del cantón Yaguachi, lo que limita la generalización de los resultados a otros establecimientos del mismo cantón, a otros cantones de la provincia o a otros contextos nacionales con perfiles sociodemográficos diferentes. Los hallazgos reflejan las condiciones específicas de esta consulta durante el período enero-marzo de 2026.

Finalmente, el hecho de que el investigador principal sea también el médico tratante de los participantes introduce un conflicto de interés potencial que se declaró en el apartado de consideraciones éticas y se mitigó mediante medidas específicas. No obstante, no puede descartarse completamente algún grado de sesgo de información o de deseabilidad social relacionado con la relación terapéutica preexistente.

5.3. Recomendaciones

Los resultados de este estudio sugieren un conjunto de acciones concretas que el equipo básico de salud del cantón podría implementar en el corto y mediano plazo para mejorar la adherencia terapéutica en la población adulta mayor con enfermedades crónicas.

En primer lugar, se recomienda incorporar el cribado sistemático de depresión mediante el GDS-15 en todas las consultas de control de adultos mayores con enfermedades crónicas. Su aplicación toma aproximadamente cinco minutos y permite identificar una condición modificable que en este estudio mostró una asociación significativa con la baja adherencia y que estaba siendo subdiagnosticada de forma generalizada. Los pacientes con puntuaciones de 5 o más deberían ser referidos al médico tratante para evaluación clínica y, cuando corresponda, a servicios de salud mental.

En segundo lugar, se recomienda desarrollar estrategias educativas adaptadas al nivel de alfabetización de la población, priorizando la comunicación verbal sobre los materiales escritos y utilizando recursos visuales sencillos para explicar la importancia del tratamiento, las consecuencias de la no adherencia y la forma correcta de gestionar la medicación en situaciones cotidianas que interfieren con las tomas. Las intervenciones diseñadas desde la Teoría Social Cognitiva —con énfasis en el fortalecimiento de la autoeficacia situacional— han demostrado mayor efectividad que la simple provisión de información.

En tercer lugar, se recomienda registrar sistemáticamente en la historia clínica electrónica la presencia de barreras para la adherencia identificadas en cada consulta —acceso a medicamentos, apoyo social, creencias sobre el tratamiento— como parte del proceso de seguimiento del paciente crónico, facilitando la continuidad del cuidado independientemente del profesional que realice la atención.

Finalmente, se recomienda reportar las roturas de stock de medicamentos al Distrito de Salud 09D17 de manera sistemática y documentada, aportando la evidencia local necesaria para que las autoridades sanitarias puedan gestionar el abastecimiento con mayor eficiencia y reducir las interrupciones en la disponibilidad de medicamentos para pacientes crónicos.

Se recomienda la realización de un estudio con diseño longitudinal que permita analizar la evolución de la adherencia en el tiempo y establecer la dirección de las relaciones causales entre los factores identificados y el nivel de adherencia. Un seguimiento de seis a doce meses con mediciones repetidas del MMAS-8 y del SEAMS permitiría estimar el efecto de intervenciones específicas sobre la adherencia y la autoeficacia de forma más rigurosa.

Se recomienda ampliar el estudio a todos los establecimientos de APS del Distrito 09D17 para obtener una muestra con mayor potencia estadística que permita realizar análisis

multivariados completos, incluir variables de interacción y generar modelos de predicción de no adherencia con validez externa para el conjunto del cantón.

Se recomienda el diseño y evaluación de una intervención educativa basada en los factores identificados en este estudio, con particular énfasis en el fortalecimiento de la autoeficacia y en el manejo de la depresión subclínica en adultos mayores con enfermedades crónicas, utilizando un diseño cuasiexperimental con grupo control que permita estimar su efectividad en el contexto específico de la APS del cantón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeoye-Olatunde, O. A., Hastings, T. J., Blakely, M. L., Boyd, L., Aina, A. B., & Sherbeny, F. (2025). Social Determinants of Health and Medication Adherence in Older Adults with Prevalent Chronic Conditions in the United States: An Analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2009–2018. *Pharmacy*, 13(1), 20. <https://doi.org/10.3390/pharmacy13010020>
- Albadrani, M. S., Aljeelani, Y. O., Farsi, S. H., Aljohani, M. A., Qarh, A. A., Aljohani, A. S., Alharbi, A. A., A. Tobaiqi, M. A., Aljohani, A. M., Alzaman, N. S., & Fadlalmola, H. A. (2024). Effect of medication adherence on quality of life, activation measures, and health imagine in the elderly people: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 631. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05227-3>
- Albarqi, M. N. (2024). Continuity and sustainability of care in family medicine: Assessing its association with quality of life and health outcomes in older populations—A systematic review. *PLOS ONE*, 19(12), e0299283. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299283>
- Aldan, G., Helvacı, A., Ozdemir, L., Satar, S., & Ergun, P. (2022). Multidimensional factors affecting medication adherence among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9-10), 1202-1215. <https://doi.org/10.1111/jocn.15976>
- Alhashem, G., Alyasery, R., & Al-Hassan, S. (2024). The association between depressive symptoms and medication adherence among polypharmacy older adults. *European Psychiatry*, 67(S1), S363-S363. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.748>
- Alomar, A. O., Khushaim, R. H., Al-Ghanem, S. K., Jumaiah, A. T. B., Albaqami, S. M., Alleft, L. A., Abahussain, E. A., Alomar, A. O., Khushaim, R. H., Al-Ghanem, S. K., Jumaiah,

- A. T. B., Albaqami, S. M., Allelt, L. A., & Abahussain, E. (2024). Relationship Between Depression and Medication Adherence Among Chronic Disease Patients in the Middle East. *Cureus*, 16(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.69418>
- ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR. (2022, abril 29). *LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD*. <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426>
- Baby, B., McKinnon, A., Patterson, K., Patel, H., Sharma, R., Carter, C., Griffin, R., Burns, C., Chang, F., Guilcher, S. J., Lee, L., Fadaleh, S. A., & Patel, T. (2024). Tools to measure barriers to medication management capacity in older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 24(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04893-7>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
- Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., Casabona, E., Martin, B., Campagna, S., & Dimonte, V. (2024). Nurse-Led Interventions for Improving Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review. *Healthcare*, 12(23), 2337. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232337>
- Blakely, M. L., Sherbeny, F., Hastings, T. J., Boyd, L., & Adeoye-Olatunde, O. A. (2023). Exploratory analysis of medication adherence and social determinants of health among older adults with diabetes. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 12, 100371. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100371>
- Bonikowska, I., Szwamel, K., & Uchmanowicz, I. (2022). Adherence to Medication in Older Adults with Type 2 Diabetes Living in Lubuskie Voivodeship in Poland: Association with Frailty Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, 11(6), 1707. <https://doi.org/10.3390/jcm11061707>

- Briones, A., Wong, L. I., Flores, D. M., Guzmán, M., Castellanos, M., Albavera, C., Briones, A., Wong, L. I., Flores, D. M., Guzmán, M., Castellanos, M., & Albavera, C. (2022). Factors associated with the lack of adherence to treatment among patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista médica de Chile*, 150(8), 985-993. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000800985>
- Bugallo-Carrera, C., Dosil-Díaz, C., Pereiro, A. X., Anido-Rifón, L., Pacheco-Lorenzo, M., Fernández-Iglesias, M. J., & Gandoy-Crego, M. (2023). Assessment of validity and comparison of two Spanish versions of the Geriatric Depression Scale. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1101886>
- Cardona, D., Santacruz-Restrepo, V., Rendón-Montoya, A., Madrigal-Cadavid, J., Segura-Cardona, A., & Estrada-Acevedo, J. (2026). Medication adherence in older adults with chronic diseases: A scoping review of barriers, facilitators, and effective interventions. *Frontiers in Aging*, 7. <https://doi.org/10.3389/fragi.2026.1642652>
- Cardona, D., Santacruz-Restrepo, V., Rendón-Montoya, A., Madrigal-Cadavid, J., Segura-Cardona, A., & Estrada-Acevedo, J. I. (2025). Medication adherence in the elderly population with chronic diseases: A factor analysis. *Frontiers in Pharmacology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1699999>
- Cardona-Arango, D., Santacruz-Restrepo, V., Rendón-Montoya, A., Madrigal-Cadavid, J., Segura-Cardona, A., & Estrada-Acevedo, J. I. (2026). Medication adherence in older adults with chronic diseases: A scoping review of barriers, facilitators, and effective interventions. *Frontiers in Aging*, 7. <https://doi.org/10.3389/fragi.2026.1642652>
- Chauke, G. D., Nakwafila, O., Chibi, B., Sartorius, B., & Mashamba-Thompson, T. (2022). Factors influencing poor medication adherence amongst patients with chronic disease in

- low-and-middle-income countries: A systematic scoping review. *Heliyon*, 8(6).
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09716>
- Dableh, S., Frazer, K., Stokes, D., & Kroll, T. (2024). Access of older people to primary health care in low and middle-income countries: A systematic scoping review. *PLOS ONE*, 19(4), e0298973. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298973>
- Dinh, T. T. H., & Bonner, A. (2023). Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. *BMC Health Services Research*, 23(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09907-5>
- Directrices éticas internacionales de 2016 para la investigación relacionada con la salud en seres humanos—CIOMS*. (2016). <https://cioms.ch/publications/product/international-ethical-guidelines-for-health-related-research-involving-humans/>
- Dixe, M. dos A., Pinho, J., Pereira, F., Verloo, H., Meyer-Masseti, C., & Pereira, S. G. (2023). Patterns of Medication Management and Associated Medical and Clinical Features among Home-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study in Central Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1701. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031701>
- Donneyong, M. M., Bynum, M., Kemavor, A., Crossnohere, N. L., Schuster, A., & Bridges, J. (2024). Patient satisfaction with the quality of care received is associated with adherence to antidepressant medications. *PLOS ONE*, 19(1), e0296062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296062>
- Dunbar-Jacob, J., & Zhao, J. (2025). Medication Adherence Measurement in Chronic Diseases: A State-of-the-Art Review of the Literature. *Nursing Reports*, 15(10), 370. <https://doi.org/10.3390/nursrep15100370>

- Dusetzina, S. B., Besaw, R. J., Whitmore, C. C., Mattingly, T. J., II, Sinaiko, A. D., Keating, N. L., & Everson, J. (2023). Cost-Related Medication Nonadherence and Desire for Medication Cost Information Among Adults Aged 65 Years and Older in the US in 2022. *JAMA Network Open*, 6(5), e2314211.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.14211>
- Fernández-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A., Moreno Racionero, F., Córdova, A., & Miron-Canelo, J. A. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 20(1), 132.
<https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3>
- Franchi, C., Ludergnani, M., Merlino, L., Nobili, A., Fortino, I., Leoni, O., & Ardoino, I. (2022). Multiple Medication Adherence and Related Outcomes in Community-Dwelling Older People on Chronic Polypharmacy: A Retrospective Cohort Study on Administrative Claims Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5692. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095692>
- Greenberg, P. S. A., PhD, RN, GNP-BC, FGSA, FNAP, FAANP, FAAN, Monmouth, U. de, & Unterberg, E. de E. y E. de la S. M. K. (2023). *Escala de Depresión Geriátrica (GDS) | HIGN*. <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/geriatric-depression-scale-gds>
- Gualan, M., Ster, I. C., Veloz, T., Granadillo, E., Llangari-Arizo, L. M., Rodriguez, A., Critchley, J. A., Whincup, P., Martin, M., Romero-Sandoval, N., & Cooper, P. J. (2024). Cardiometabolic diseases and associated risk factors in transitional rural communities in tropical coastal Ecuador. *PLOS ONE*, 19(7), e0307403.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307403>

- Guo, A., Jin, H., Mao, J., Zhu, W., Zhou, Y., Ge, X., & Yu, D. (2023). Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: A cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 93.
<https://doi.org/10.1186/s12872-023-03117-x>
- He, X., Wang, X., Wang, B., Zhu, A., He, X., Wang, X., Wang, B., & Zhu, A. (2023). The Association Between Mild Cognitive Impairment and Medication Non-adherence Among Elderly Patients With Chronic Diseases. *Cureus*, 15.
<https://doi.org/10.7759/cureus.47756>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill España.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
- Herrera-Ramirez, I., Orozco-Nuñez, E., Guerra, G., Dreser-Mansilla, A., & Molina-Salazar, R. E. (2026). Access to Essential Medicines in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Barriers and Facilitators. *International Journal of Public Health*, 71, 1608754. <https://doi.org/10.3389/ijph.2026.1608754>
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14(1), 1-24.
<https://doi.org/10.1080/08870449908407311>
- Horvat, M., Eržen, I., & Vrbnjak, D. (2024). Barriers and Facilitators to Medication Adherence among the Vulnerable Elderly: A Focus Group Study. *Healthcare*, 12(17), 1723.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12171723>

- Hyvert, S., Yailian, A.-L., Haesebaert, J., Vignot, E., Chapurlat, R., Dussart, C., De Freminville, H., & Janoly-Dumenil, A. (2023). Association between health literacy and medication adherence in chronic diseases: A recent systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 45(1), 38-51. <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01470-z>
- Improta, A., Taborri, S., Giannetta, N., Dionisi, S., Di Simone, E., Renzi, E., Massimi, A., De Leo, A., Panattoni, N., Orsi, G. B., Fabbian, F., Liquori, G., Amato, L., & Di Muzio, M. (2026). Social isolation and loneliness effects on medication adherence in older adults: Perspectives from a systematic review. *BMC Public Health*, 26(1), 577. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-26085-7>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos — INEC. (2022). *Censo de Población y VII de Vivienda: Resultados cantón Yaguachi*. Censo Ecuador. <https://www.censoecuador.gob.ec/>
- Jeon, H. O., Chae, M.-O., & Kim, A. (2022). Effects of medication adherence interventions for older adults with chronic illnesses: A systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 13(5), 328-340. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2022.0168>
- Jordan Samuel, J. (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
- Justo-Henriques, S. I., Pérez-Sáez, E., Carvalho, J. O., Bobrowicz-Campos, E., Apóstolo, J. L. A., Otero, P., & Vázquez, F. L. (2023). Reliability and Validity of the Geriatric Depression Scale in a Sample of Portuguese Older Adults with Mild-to-Moderate

- Cognitive Impairment. *Brain Sciences*, 13(8), 1160.
<https://doi.org/10.3390/brainsci13081160>
- Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>
- Larsen, R. E., Pripp, A. H., Krogstad, T., Johannessen Landmark, C., & Holm, L. B. (2022). Development and validation of a new non-disease-specific survey tool to assess self-reported adherence to medication. *Frontiers in Pharmacology*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2022.981368>
- Liu, J., Yu, Y., Yan, S., Zeng, Y., Su, S., He, T., Wang, Z., Ding, Q., Zhang, R., Li, W., Wang, X., Zhang, L., & Yue, X. (2023). Risk factors for self-reported medication adherence in community-dwelling older patients with multimorbidity and polypharmacy: A multicenter cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 75.
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-03768-7>
- Liu, Y.-R., Wang, Y., Peng, X., & Xie, H. (2025). The Impact of Illness Perception on Medication Adherence to Inhaler Therapy in Elderly Individuals With COPD. *Respiratory Care*, 70(1), 65-73. <https://doi.org/10.1089/respcare.12056>
- Lopez-Jaramillo, P., Lopez-Lopez, J., Cohen, D., Alarcon-Ariza, N., & Mogollon-Zehr, M. (2020). Epidemiology of Hypertension and Diabetes Mellitus in Latin America. <http://www.eurekaselect.com>. <https://doi.org/10.2174/1573402116999200917152952>
- Lv, J., Li, R., Yuan, L., Yang, X.-L., Wang, Y., Ye, Z.-W., & Huang, F.-M. (2022). Research on the frailty status and adverse outcomes of elderly patients with multimorbidity. *BMC Geriatrics*, 22(1), 560. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03194-1>

- Macías-Moreira, M. G., Ortega-Baldeon, G. A., & Azúa-Menéndez, M. del J. (2023). Enfermedades crónicas no transmisibles y la calidad de vida en el Ecuador. *MQRInvestigar*, 7(1), 1592-1612. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.1.2023.1592-1612>
- Martinez-Perez, P., Orozco-Beltrán, D., Pomares-Gomez, F., Hernández-Rizo, J. L., Borrás-Gallen, A., Gil-Guillen, V. F., Quesada, J. A., Lopez-Pineda, A., & Carratala-Munuera, C. (2021). Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. *Atencion Primaria*, 53(2), 101942. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.007>
- Massot Mesquida, M., de la Fuente, J. A., Andrés Lorca, A. M., Arteaga Pillasagua, I., Balboa Blanco, E., Gracia Vidal, S., Pablo Reyes, S., Gómez Iparraguirre, P., Seda Gombau, G., & Torán-Monserrat, P. (2021). Primary Care Records of Chronic-Disease Patient Adherence to Treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3710. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073710>
- Menditto, E., Cahir, C., Malo, S., Aguilar-Palacio, I., Almada, M., Costa, E., Giardini, A., Gil Peinado, M., Massot Mesquida, M., Mucherino, S., Orlando, V., Parra-Calderón, C. L., Pepiol Salom, E., Kardas, P., & Vrijens, B. (2021). Persistence as a Robust Indicator of Medication Adherence-Related Quality and Performance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4872. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094872>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *POLÍTICA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2023-2027*. https://intranet.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2023_1/AGOST

O/Enlaces/21.%20Pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20o%20informaci%C3%B3n%20grupo%20espec%C3%ADfico/Politica%20ENT%20para%20validar%20.pdf

Mohammadi, S., Khorami, B., Seyedtabib, M., & Najafpour, Z. (2025). Determinants of medication adherence among older adults with type 2 diabetes using the health action process approach: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 20(9), e0332235. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332235>

MSP. (2013). *MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI)*. file:///C:/Users/edher/Downloads/manual_mais.pdf

Muñoz-Contreras, M. C., Segarra, I., López-Román, F. J., Galera, R. N., & Cerdá, B. (2022). Role of caregivers on medication adherence management in polymedicated patients with Alzheimer's disease or other types of dementia. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.987936>

Nicholson, K., Liu, W., Fitzpatrick, D., Hardacre, K. A., Roberts, S., Salerno, J., Stranges, S., Fortin, M., & Mangin, D. (2024). Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: A systematic review. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(4), e287-e296. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00007-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00007-2)

Oliveira, C. J., José, H. M. G., & Costa, E. I. M. T. da. (2024). Medication Adherence in Adults with Chronic Diseases in Primary Healthcare: A Quality Improvement Project. *Nursing Reports*, 14(3), 1735-1749. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030129>

O'Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A. R., Denking, M., Beuscart, J.-B., Onder, G., Gudmundsson, A., Cruz-Jentoft, A. J., Knol, W., Bahat, G., van der Velde, N., Petrovic, M., & Curtin, D. (2023). Correction: STOPP/START criteria for potentially inappropriate

- prescribing in older people: version 3. *European Geriatric Medicine*, 14(4), 633-633.
<https://doi.org/10.1007/s41999-023-00812-y>
- OMS. (2008, agosto 27). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- OMS. (2025, septiembre 25). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (2026). *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*.
<https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- OPS/OMS. (2026, mayo 12). *Enfermedades no transmisibles | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Ortiz, P., Vásquez, Y., Arévalo, E., Van der Stuyft, P., & Londoño Agudelo, E. (2022). Gaps in Hypertension Management in a Middle-Income Community of Quito-Ecuador: A Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5832. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105832>
- Padilla Vinuesa, V. E., & Morales Solís, J. M. (2020). Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. *Dominio de las Ciencias*, 6(Extra 4), 68-80.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385958>
- Parmar, J., El Masri, A., MacMillan, F., McCaffery, K., & Arora, A. (2025). Health literacy and medication adherence in adults from ethnic minority backgrounds with Type 2 Diabetes Mellitus: A systematic review. *BMC Public Health*, 25(1), 222.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-20734-z>

- Parsons, M., Qiu, L., Levis, B., Fan, S., Sun, Y., Amiri, L. S. N., Harel, D., Markham, S., Vigod, S. N., Ziegelstein, R. C., Wu, Y., Boruff, J. T., Cuijpers, P., Gilbody, S., Patten, S. B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2024). Depression prevalence of the Geriatric Depression Scale-15 was compared to Structured Clinical Interview for DSM using individual participant data meta-analysis. *Scientific Reports*, 14(1), 17430. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-68496-3>
- Penagos Montoya, D. F., Rodríguez Herrera, N. S., Medina Vélez, L., Largo Patiño, D., & Pérez Villa, M. (2024). Factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados. *Revista Salud y Cuidado*, 3(1), 33-47. <https://doi.org/10.36677/saludycuidado.v3i1.23141>
- Rahmat, R., Haroen, H., Juniarti, N., Sari, S. P., & Rinawan, F. R. (2025). Effectiveness of Community Nurse-Led Intervention in Managing Older Adults with Multimorbidity: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 6373-6389. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S548950>
- Risser, J., Jacobson, T. A., & Kripalani, S. (2007). Development and Psychometric Evaluation of the Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in Low-Literacy Patients With Chronic Disease. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 203-219. <https://doi.org/10.1891/106137407783095757>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Ruksakulpiwat, S., Pongsuwun, K., Junphongsri, P., Preeprem, C., Nguantad, S., & Samart, B. (2025). Nurse-Led Interventions to Improve Health, Adherence, and Functional Outcomes in Adults and Older Adults With Multimorbidity: A Systematic Review of

- Randomized and Quasiexperimental Studies. *Journal of Nursing Management*, 2025(1), 6252049. <https://doi.org/10.1155/jonm/6252049>
- Sabaté, E. & World Health Organization (Eds.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.
- Schönenberg, A., Heimrich, K. G., & Prell, T. (2024). Impact of depressive symptoms on medication adherence in older adults with chronic neurological diseases. *BMC Psychiatry*, 24(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05585-7>
- Scotti, S., Pasina, L., Lunghi, C., Raschi, E., Rossi, A., Olmastroni, E., Salluzzo, M., Mucherino, S., Orlando, V., Nobili, A., Menditto, E., Poluzzi, E., & Casula, M. (2026). Enhancing Medication Adherence in Older Adults: A Systematic Review of Evidence-Based Strategies. *Journal of the American Geriatrics Society*, 74(2), 479-487. <https://doi.org/10.1111/jgs.70257>
- Selvakumar, D., Sivanandy, P., Ingle, P. V., & Theivasigamani, K. (2023). Relationship between Treatment Burden, Health Literacy, and Medication Adherence in Older Adults Coping with Multiple Chronic Conditions. *Medicina*, 59(8), 1401. <https://doi.org/10.3390/medicina59081401>
- Shah, K. K., Touchette, D. R., & Marrs, J. C. (2023). Research and scholarly methods: Measuring medication adherence. *JACCP: JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY*, 6(4), 416-426. <https://doi.org/10.1002/jac5.1771>
- Shahin, W., Kennedy, G. A., & Stupans, I. (2021). The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. *Pharmacy Practice*, 19(2), 2300-2300. <https://www.pharmacypractice.org>

- Sharma, R., Sharma, T., McCready-Branch, B., Chauhan, A., Carter, C., Park, S., Hudani, I., Choudhuri, P., & Patel, T. (2025). Medication Use by Older Adults with Frailty: A Scoping Review. *Pharmacy*, 13(6), 170. <https://doi.org/10.3390/pharmacy13060170>
- Shen, Z., Ding, S., Shi, S., & Zhong, Z. (2022). Association between social support and medication literacy in older adults with hypertension. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.987526>
- Silva, A. M. da, Carmo, A. S. do, Alves, V. P., & Carvalho, L. S. F. de. (2023). Prevalence of non-communicable chronic diseases: Arterial hypertension, diabetes mellitus, and associated risk factors in long-lived elderly people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76, e20220592. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0592>
- Smith-Ray, R., Feng, L., Singh, T., & Rudkin, K. (2024, marzo 31). Los farmacéuticos como socios en la atención clínica: Cómo una intervención dirigida por farmacéuticos se asocia con una mejor adherencia a la medicación en adultos mayores con enfermedades crónicas comunes. *Revista de Atención Médica Administrada y Farmacia Especializada*, 30(4). <https://doi.org/10.18553/jmcp.2024.30.4.345>
- Ulley, J., Harrop, D., Ali, A., Alton, S., & Fowler Davis, S. (2019). Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1031-4>
- Wang, T., Wang, S., Wu, N., & Liu, Y. (2024). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between self-care ability and disability level in older adult patients with chronic diseases. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1442102>

- Wang, W., Luan, W., Zhang, Z., & Mei, Y. (2023). Association between medication literacy and medication adherence and the mediating effect of self-efficacy in older people with multimorbidity. *BMC Geriatrics*, 23(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04072-0>
- Wang, Y., Jia, Q., Wang, H., Zou, K., Li, L., Yu, B., Wang, L., & Wang, Y. (2023). Revised Chinese resident health literacy scale for the older adults in China: Simplified version and initial validity testing. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1147862>
- Wang, Y.-H., Tsai, T.-Y., Chou, H.-C., & Chung, H. (2026). Association Between Depression and Polypharmacy in Older Adults—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of General and Family Medicine*, 27(1), e70094. <https://doi.org/10.1002/jgf2.70094>
- Wilder, M. E., Kulie, P., Jensen, C., Levett, P., Blanchard, J., Dominguez, L. W., Portela, M., Srivastava, A., Li, Y., & McCarthy, M. L. (2021). The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1359-1370. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06447-0>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Xu, J., Zhao, X., Li, F., Xiao, Y., & Li, K. (2025). Prediction Models of Medication Adherence in Chronic Disease Patients: Systematic Review and Critical Appraisal. *Journal of Clinical Nursing*, 34(5), 1602-1612. <https://doi.org/10.1111/jocn.17577>

- Yu, Y., Huang, Q., & Qin, K. (2026). The role of depressive symptoms and self-efficacy in the relationship between activities of daily living and medication adherence among the elderly with chronic diseases: A serial mediation model. *Psychology, Health & Medicine*, 31(1), 108-124. <https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2478659>
- Zeng, J., Gao, Y., Hou, C., & Liu, T. (2024). The impact of doctor–patient communication on medication adherence and blood pressure control in patients with hypertension: A systematic review. *PeerJ*, 12, e18527. <https://doi.org/10.7717/peerj.18527>
- Zhang, J., Sun, Y., & Li, A. (2024). The prevalence of disability in older adults with multimorbidity: A meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 36(1), 186. <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02835-2>
- Zhang, Y., Wang, R., Chen, Q., Dong, S., Guo, X., Feng, Z., & Rao, Y. (2021). Reliability and validity of a modified 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with chronic pain. *Annals of Palliative Medicine*, 10(8), 9088095-9089095. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1878>
- Zhou, X., Zhang, X., Gu, N., Cai, W., & Feng, J. (2024). Barriers and Facilitators of Medication Adherence in Hypertension Patients: A Meta-Integration of Qualitative Research. *Journal of Patient Experience*, 11, 23743735241241176. <https://doi.org/10.1177/23743735241241176>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO (UNEMI) VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO	
Título del estudio	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. YAGUACHI, 2026
Investigador Principal:	Dr. Carlos Julio Piza Tapia
Institución:	Centro de Atención Primaria de Salud del cantón Yaguachi, Ministerio de Salud Pública
Propósito del Estudio	Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación debido a que tiene 60 años o más y ha sido diagnosticado con una enfermedad crónica (hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2. El propósito de este estudio es determinar y comprender los factores sociodemográficos, clínicos, psicológicos (como el estado de ánimo y la autoeficacia) y del sistema de salud que influyen en cómo los pacientes siguen sus tratamientos médicos.
Procedimientos	Si usted acepta participar de forma libre y voluntaria, se le pedirá que participe en una entrevista estructurada asistida por el investigador. Esta entrevista tendrá una duración estimada de 30 a 40 minutos y se realizará en un espacio privado dentro del centro de salud. Durante la entrevista, responderá algunas preguntas sobre sus datos generales, su estado de ánimo, la confianza que tiene para tomar su medicación y cómo sigue su tratamiento. Adicionalmente, usted autoriza al investigador a revisar su historia clínica de forma estrictamente confidencial para obtener datos sobre su diagnóstico, tiempo de la enfermedad, número de medicamentos y últimos resultados de control.
Riesgos y Molestias	Su participación no implica ningún procedimiento invasivo, pruebas de laboratorio adicionales, ni modificación alguna a su tratamiento médico actual. El único riesgo es el tiempo dedicado a la entrevista y cualquier posible molestia emocional o incomodidad al responder preguntas sobre su estado de ánimo o situación socioeconómica.
Beneficios	Usted no recibirá un beneficio médico ni económico directo por participar en este estudio. Sin embargo, la información que usted brinde ayudará a generar conocimiento valioso para que el sistema de salud pueda diseñar futuras intervenciones y mejorar la calidad de atención de los adultos mayores con enfermedades crónicas en el cantón Yaguachi.
Confidencialidad	Toda la información proporcionada será tratada de manera estrictamente confidencial y anónima. A sus respuestas se les asignará un código numérico y en ningún formulario físico aparecerá su nombre, número de cédula u otro dato que lo identifique directamente. Los documentos se mantendrán bajo llave y solo el investigador principal tendrá acceso a ellos.

Conflicto de Intereses	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar justificaciones. Dado que el investigador principal, el Dr. Carlos Julio Piza Tapia, es también médico tratante en este centro, se le garantiza explícitamente que su decisión de no participar, o de retirarse más adelante, no afectará en absoluto ni perjudicará la calidad de su atención médica habitual. Los datos recolectados no se utilizarán para tomar decisiones sobre su tratamiento personal.
Declaración de Consentimiento	He leído (o me han leído en un lenguaje claro y sencillo) este documento y comprendo el propósito, los procedimientos, riesgos y beneficios del estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido resueltas satisfactoriamente. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que mi atención médica se vea afectada. Acepto libre y voluntariamente participar en este proyecto de investigación.
Nombre del participante: _____ Firma: _____ Fecha: ____/ ____/ ____	
Nombre del investigador/encuestador: _____ Firma: _____ Fecha: ____/ ____/ ____	

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO — UNEMI Maestría en Salud Pública con mención en Atención Primaria de Salud <i>Distrito de Salud 09D17 — Canton Yaguachi, Guayas, Ecuador</i>			
CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS <i>Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en APS — Canton Yaguachi, 2026</i>			
Código:	P ____ / ____	Fecha:	____ / ____ / 2026
			Entrevistador: _____

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

1. Presente el estudio y verifique que el participante haya firmado el consentimiento informado antes de iniciar.
2. Lea cada pregunta en voz alta con claridad. Registre la respuesta marcando con una X o completando el espacio correspondiente.
3. NO sugiera respuestas. Si el participante no entiende, repita la pregunta en términos más sencillos sin cambiar su significado.
4. Respete el ritmo del participante. Si se cansa, puede tomar un descanso.
5. El Bloque B (datos clínicos) será completado por el entrevistador con la historia clínica DESPUES de la entrevista.
6. Tiempo estimado: 30-40 minutos.

BLOQUE A: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICOS		
1	Edad (años cumplidos del participante)	
2	Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino
3	Estado civil	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Unión de hecho ☐ Viudo(a)
4	Ultimo nivel de instrucción aprobado	☐ Ninguno (no fue a la escuela) ☐ Primaria (1.º a 7.º grado) ☐ Secundaria (8.º grado en adelante) ☐ Superior (universidad / técnico)
5	Ingreso económico mensual del hogar en relación con el Salario Básico Unificado (SBU = USD 460 en 2026)	☐ Menos de 1 SBU (menos de USD 460 al mes) ☐ Exactamente 1 SBU (aproximadamente USD 460) ☐ Mas de 1 SBU (mas de USD 460 al mes)
6	¿Con quién vive habitualmente en su domicilio?	☐ Solo/a ☐ Con mi cónyuge o pareja ☐ Con mis hijos/as ☐ Con otros familiares ☐ Con un cuidador/a externo/a

7	¿Cuándo necesita apoyo para tomar sus medicamentos o asistir al médico, considera que cuenta con ayuda de familiares u otras personas cercanas?	☐ Bajo: casi nunca tengo ayuda cuando la necesito ☐ Moderado: a veces tengo ayuda, pero no siempre ☐ Alto: casi siempre tengo ayuda cuando la necesito
BLOQUE B.: VARIABLES CLINICAS (HISTORIA CLÍNICA)		
8	Diagnostico principal registrado en historia clínica	☐ Hipertensión arterial (HTA) ☐ Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ☐ HTA + DM2 (ambas) ☐ Dislipidemia ☐ Otra ECNT (especificar)
9	Tiempo transcurrido desde el diagnostico principal	☐ Menos de 5 años ☐ Entre 5 y 10 años ☐ Mas de 10 años
10	Número total de medicamentos prescritos de forma habitual (según receta activa en HC)	☐ 1 o 2 fármacos ☐ 3 o 4 fármacos ☐ 5 o más farmacos (POLIFARMACIA)
11	¿El paciente presenta diagnósticos crónicos adicionales al principal (comorbilidades)?	☐ No — no tiene otras enfermedades crónicas ☐ Si — tiene una o más enfermedades crónicas adicionales
12	Numero de comorbilidades crónicas adicionales al diagnóstico principal	
13	Grado de control metabólico/tensional según ultimo registro en historia clínica (HbA1c para DM2 / presión arterial para HTA)	☐ Controlado (HbA1c < 7% / PA < 130/80 mmHg) ☐ Parcialmente controlado (HbA1c 7-8% / PA 130-149/80-89 mmHg) ☐ No controlado (HbA1c > 8% / PA >= 150/90 mmHg)
14	Numero de controles medicos realizados en este centro de salud en los ultimos 6 meses (segun registro en HC)	☐ Ninguno ☐ 1 o 2 controles ☐ 3 o 4 controles ☐ 5 o más controles
BLOQUE C: SISTEMA DE SALUD Y FACTORES PSICOLOGICOS COMPLEMENTARIOS		
15	En el último mes, ¿cuándo fue a retirar sus medicamentos a este centro de salud, los encontró disponibles?	☐ Siempre disponibles (todas las veces que fui) ☐ A veces disponibles (algunas veces no había) ☐ Frecuentemente no disponibles (casi siempre faltaban)
16	¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa hasta este centro de salud?	☐ Menos de 15 minutos ☐ Entre 15 y 30 minutos ☐ Mas de 30 minutos
17	¿En general, como califica la atención medica que recibe en este centro de salud?	☐ Insatisfecho/a ☐ Poco satisfecho/a ☐ Satisfecho/a ☐ Muy satisfecho/a
18	Con que frecuencia es atendido/a por el mismo medico en sus controles de rutina?	☐ Siempre el mismo medico ☐ La mayoría de las veces el mismo ☐ Raramente el mismo (casi siempre cambia) ☐ Nunca (siempre es un médico diferente)

19	Con respecto a sus medicamentos, usted considera que	☐ Son necesarios: los necesito para mantener mi salud bajo control. ☐ Soy indiferente: no estoy seguro/a de si realmente me ayudan o no. ☐ Son innecesarios: no creo que los necesite o me causen más daño que bien.
----	--	---

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (Lea cada pregunta y marque V = Verdadero / F = Falso / NS = No sabe según responda el participante. NO corrija; registre lo que responda.) (Marque con una X, V para Verdadero o F para Falso)

Ítem	Enunciado	V	F	NS
20	La hipertensión / diabetes es una enfermedad que dura toda la vida y no tiene cura definitiva, pero si tiene control.			
21	Si me siento bien y sin síntomas, puedo dejar de tomar mis medicamentos por un tiempo.			
22	Dejar de tomar mis medicamentos puede causar complicaciones graves como infarto, derrame o daño en los riñones			
23	Mis medicamentos deben tomarse todos los días, incluso cuando me siento bien.			
24	Puedo cambiar la dosis de mis medicamentos yo solo/a si siento que no me están haciendo efecto			

BLOQUE D: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA — GDS-15 (YESAVAGE ET AL., 1983)

25	En general, está usted satisfecho/a con su vida?	☐ No ☐ Si
26	¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	☐ No ☐ Si
27	¿Siente que su vida está vacía?	☐ No ☐ Si
28	¿Se aburre a menudo?	☐ No ☐ Si
29	¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	☐ No ☐ Si
30	¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	☐ No ☐ Si
31	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	☐ No ☐ Si
32	¿Se siente a menudo desvalido/a o desamparado/a?	☐ No ☐ Si
33	¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	☐ No ☐ Si
34	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	☐ No ☐ Si
35	¿Piensa que es maravilloso estar vivo/a?	☐ No ☐ Si
36	¿Se siente inútil o despreciable como está ahora?	☐ No ☐ Si
37	¿Se siente lleno/a de energía?	☐ No ☐ Si

38	¿Siente que su situación es desesperada o sin salida?	☐ No ☐ Si
39	¿Cree que la mayoría de gente está mejor que usted?	☐ No ☐ Si

BLOQUE E: ESCALA SEAMS — AUTOEFICACIA PARA EL MANEJO DE MEDICAMENTOS (RISSE ET AL., 2007)

Ítem	SITUACION	1 Nada confiado	2 Algo confiado	3 Muy confiado
40	Cuando tiene que tomar varios medicamentos al día			
41	Cuando tiene que tomar la medicación en diferentes horarios del día			
42	Cuando viaja o sale de su casa por varios días			
43	Cuando se siente triste o deprimido/a			
44	Cuando siente que los medicamentos no le están ayudando a mejorar			
45	Cuando experimenta efectos secundarios o molestias por los medicamentos			
46	Cuando se siente enfermo/a (por un resfriado, gripe u otra enfermedad)			
47	Cuando tiene muchos problemas o preocupaciones en su vida			
48	Cuando cambia su rutina diaria (fines de semana, feriados, vacaciones)			
49	Cuando tiene que tomar la medicación en lugares públicos (visitas, iglesia, trabajo)			
50	Cuando tiene que recordar tomar medicamentos en horarios irregulares o poco habituales			
51	Cuando se siente muy estresado/a o bajo mucha presión			
52	Cuando siente que su salud está bien y no tiene síntomas			

BLOQUE F: ESCALA MMAS-8 — ADHERENCIA AL TRATAMIENTO [VARIABLE DEPENDIENTE]

53	¿A veces se olvida de tomar su(s) medicamento(s)?	☐ No ☐ Si
54	Pensando en las últimas dos semanas: ¿hubo algún día en que no tomo su medicamento?	☐ No ☐ Si
55	¿Alguna vez ha dejado de tomar el medicamento sin consultar al médico porque se sintió peor al tomarlo?	☐ No ☐ Si
56	¿Cuándo viaja o sale de casa, a veces se olvida de llevar su medicina con usted?	☐ No ☐ Si
57	¿Ayer, tomo usted todos sus medicamentos?	☐ No ☐ Si
58	¿Cuándo siente que sus síntomas están bajo control o que se siente bien, a veces deja de tomar su medicamento?	☐ No ☐ Si
59	Tomar los medicamentos todos los días es un inconveniente real para algunas personas. Se siente usted presionado/a a apegarse a su plan de tratamiento?	☐ No ☐ Si
60	¿A veces se olvida de tomar su(s) medicamento(s)?	☐ No ☐ Si

61	¿Con que frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar TODOS sus medicamentos? <i>Nota: Para el ítem 8, la respuesta "Nunca / Raramente" puntua 1 (mayor adherencia). Las demás opciones puntúan 0.</i>	☐ Nunca / Raramente ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre
62	PUNTUACION TOTAL MMAS-8 <i>[] 8 puntos = ALTA ADHERENCIA [] 6-7 puntos = ADHERENCIA MEDIA [] < 6 puntos = BAJA ADHERENCIA</i>	_____ / 8 puntos
Confirmando que la entrevista fue realizada según el protocolo aprobado Firma del entrevistador		
Fecha: ____/ ____/ 2026		Hora de inicio: _____ Hora de fin: _____

Anexo 3. Gráficos estadísticos

Figura 1. Distribución de la sintomatología depresiva según GDS-15 ($N = 55$).

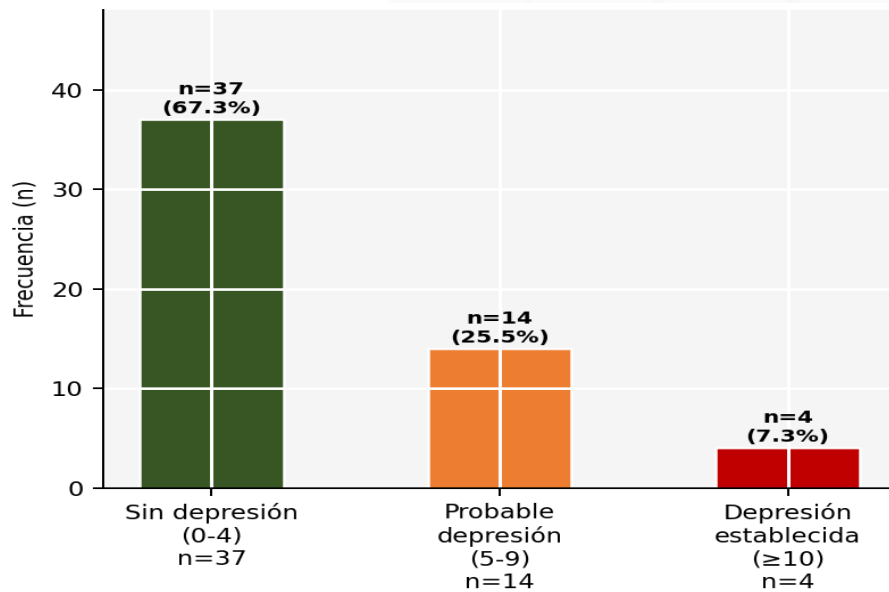


Figura 2. Histograma de la puntuación total MMAS-8 con curva de distribución normal esperada ($N = 55$). La prueba de Shapiro-Wilk confirmó desviación significativa de la normalidad ($W = 0.847$; $p < .001$).

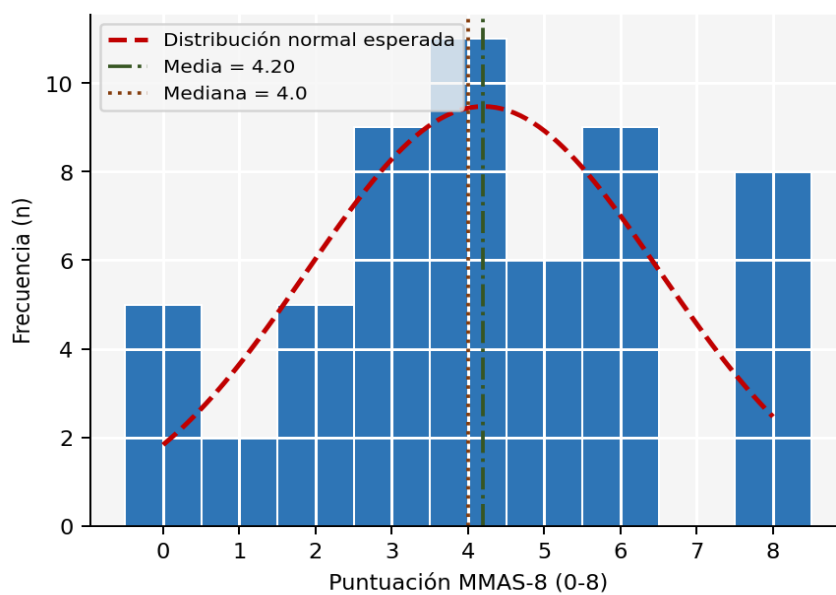


Figura 3. Distribución del nivel de adherencia al tratamiento según MMAS-8 (N = 55).

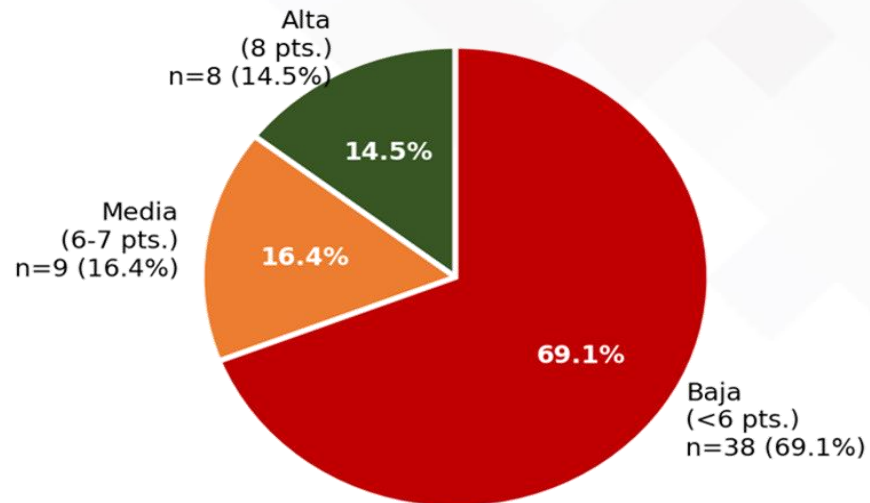


Figura 4. Proporción de baja adherencia (MMAS-8 < 6) según nivel de instrucción (N = 55). [$\chi^2 = 9.82$; $p = .002$].

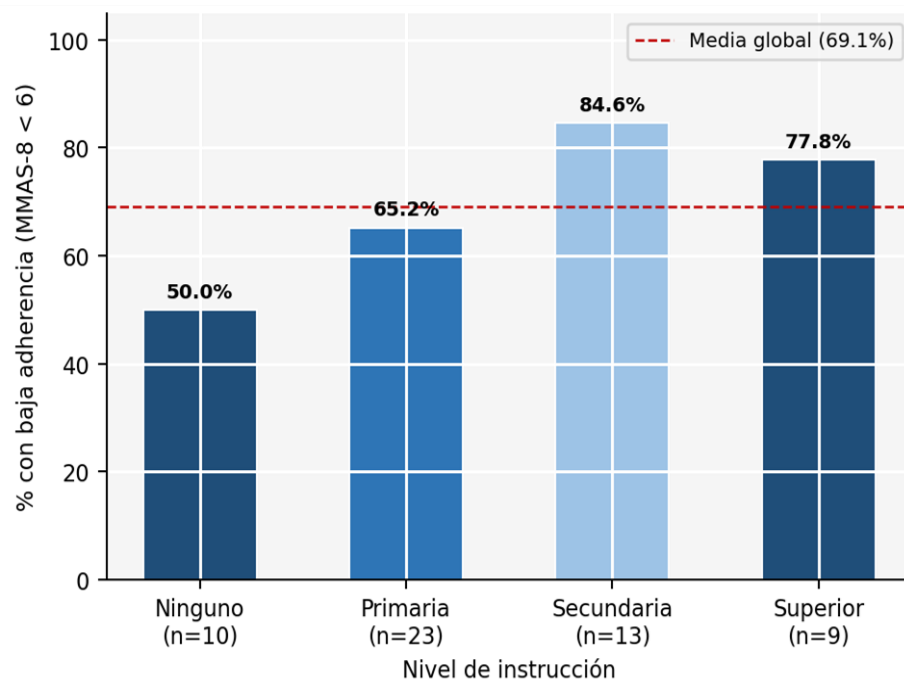


Figura 5. Factores con asociación estadísticamente significativa a la baja adherencia — valores Chi-cuadrado ($N = 55$).

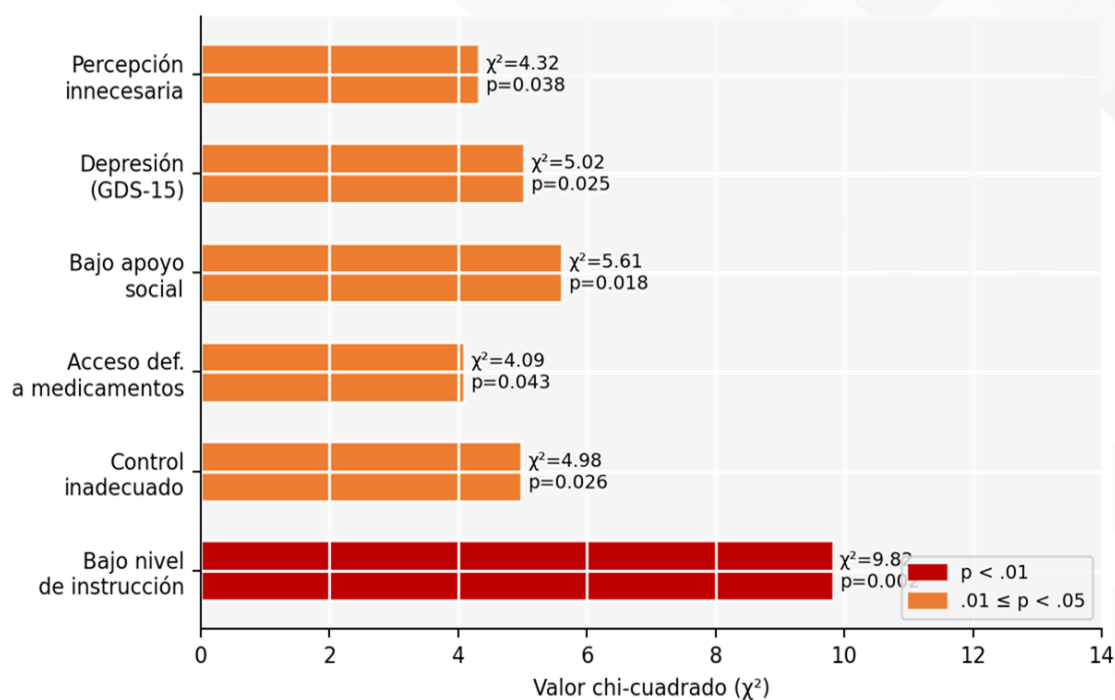


Figura 6. Distribución de la puntuación MMAS-8 según número de fármacos prescritos. Prueba de Kruskal-Wallis: $H = 6.84$; $p = .033$.

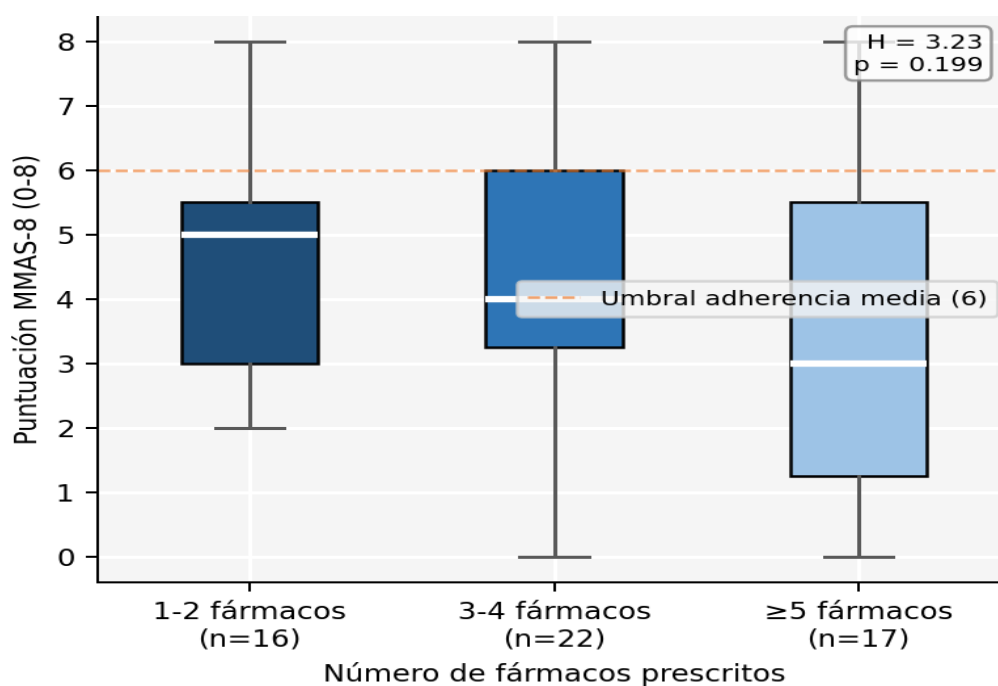


Figura 7. Diagrama de dispersión entre autoeficacia (SEAMS) y adherencia (MMAS-8) con línea de tendencia ($N = 55$). $\rho = 0.423$; $p < .001$.

