



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO DEL TEMA:**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO  
FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS E  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PARROQUIA ATAHUALPA.SANTA ELENA 2025**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**SORIANO GONZÁLEZ DENNIS STEFANÍA**

**TUTOR(A):**

**Dr. PAUL POZO FLORES. Mgt**

**PERIODO ACADÉMICO**

**2025-2**

## **TRIBUNAL DE GRADO**

---

Lic. Milton Marcos González Santos, Mgt.  
**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
SOCIALES Y DE LA SALUD**

---

Lic. Carmen Lascano Espinoza, PhD.  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE  
ENFERMERÍA**

---

Lic. Anabel Sarduy Lugo, Mgt.  
**DOCENTE DE ÁREA**

---

Dr. Paul Geovanny Pozo Flores, MSc.  
**DOCENTE TUTOR**

---

Abg. María Rivera González, Mgt.  
**SECRETARIA GENERAL**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

**Colonche, 25 de junio del 2025**

En mi calidad de Tutor del Proyecto de investigación: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PARROQUIA ATAHUALPA.SANTA ELENA 2025.** Elaborado por la Srta. DENNIS STEFANÍA SORIANO GONZÁLEZ estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD pertenecientes a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERIA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

**Atentamente**

---

DR. PAUL GEOVANNY POZO FLORES, Mgt.

**DOCENTE TUTOR**

## **DEDICATORIA**

Dedico mi trabajo de tesis, en primera instancia, a Dios, por ser mi guía y mi fortaleza en cada etapa de este camino. Por darme salud, vida y la luz necesaria para mejorar incluso en los momentos más difíciles. A Él le agradezco por enseñarme que, con esfuerzo, perseverancia y fe todo es posible.

A mi mamá Luz Soriano, por ser mi guía, ejemplo de lucha, amor y dedicación incondicional. Gracias por tu apoyo constante, por tus sacrificios silenciosos y por creer siempre en mí. A mi tía Nancy González, por su cariño, por su compañía inquebrantable y por estar presente en cada paso que he dado, convirtiéndose también en un pilar fundamental en mi vida.

A toda mi familia, por su apoyo emocional, por sus palabras de aliento y por ser parte esencial de este logro. A cada uno de ustedes, les dedico esta meta alcanzada, con amor y profundo agradecimiento

Dennis Stefania Soriano González

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE), en especial a la carrera de Enfermería, por brindarme la oportunidad de ser parte de su comunidad académica. Gracias por formarme con principios éticos, responsabilidad y vocación de servicio, permitiéndome crecer en lo profesional y como ser humano.

A mis maestras y maestros, quienes, con dedicación, conocimientos y amor por la enfermería, aportaron de manera significativa a mi formación. Su ejemplo me motivó a ejercer esta noble profesión con compromiso, empatía y respeto hacia quienes más lo necesitan.

De manera muy especial, agradezco a mi mamá, quien ha sido mi mayor apoyo, mi fortaleza en los momentos difíciles y mi compañía incondicional a lo largo de toda esta etapa. Gracias por estar conmigo en cada paso, por tus palabras de aliento y motivación, tu paciencia, tus sacrificios y por enseñarme a no rendirme. También agradezco sinceramente a mi prima Karen Casierra, por brindarme su ayuda, su compañía y su apoyo constante durante este proceso. Su presencia fue clave en los momentos que más lo necesité, y por ello estaré siempre agradecida. A mi tía, y a toda mi familia, gracias por su amor, comprensión y por ser mi motivación diaria. Este logro es también de ustedes, porque siempre estuvieron a mi lado.

Dennis Stefanía Soriano González

## **DECLARACIÓN**

El contenido de este trabajo investigativo previo a la obtención del título de licenciada en enfermería es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

---

Dennis Stefania Soriano Gonzalez

CI: 2450059452

## ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO.....	II
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	III
DEDICATORIA .....	IV
AGRADECIMIENTOS .....	V
DECLARACIÓN.....	VI
ÍNDICE GENERAL .....	VII
ÍNDICE DE TABLAS .....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XII
ÍNDICE DE ANEXO.....	XIII
RESUMEN .....	XIV
ABSTRACT.....	XV
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento del Problema .....	3
1.2. Formulación del problema .....	4
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General:.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos: .....	4
3. Justificación .....	4
CAPITULO II.....	6
2. Marco Teórico.....	6
2.1. Fundamentación referencial.....	6
2.2. Fundamentación teórica .....	8

2.2.1	Adherencia al tratamiento .....	8
2.2.2.	Adherencia al tratamiento farmacológico .....	8
2.2.3.	Adherencia al tratamiento no farmacológico .....	9
2.2.4	Incumplimiento terapéutico .....	9
2.2.5	Falta de adherencia al tratamiento .....	10
2.2.6	Diabetes.....	10
2.2.7	Diabetes de tipo 1.....	11
2.2.8	Diabetes de tipo 2.....	11
2.2.9	Diagnóstico de la diabetes mellitus.....	11
2.2.10	Prediabetes .....	12
2.2.11	Hipertensión.....	12
2.2.12	Adulto mayor con hipertensión.....	12
2.2.13	Afectaciones comunes en los adultos mayores .....	13
2.2.14	Estilos de vida del Adulto Mayor .....	13
2.2.15	Factores de riesgo .....	13
2.2.16	Factores de riesgo modificables.....	13
2.2.17	Factores de riesgo no modificables.....	15
2.2.18	Educación que fortalezca las prácticas de autocuidado. ....	15
2.2.19	El rol del profesional de enfermería.....	16
2.3	Fundamentación de enfermería.....	16
2.3.1	Teoría de Dorothea Orem .....	16
2.3.2	Modelo de Nola Pender .....	17
2.4.	Fundamentación legal .....	17
2.4.1	Constitución de la República del Ecuador 2008 .....	17
2.4.2	Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).....	18
2.4.3	Ley Orgánica de Salud (2006). ....	18
2.4.4	Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida.....	19

2.5.	Formulación de la hipótesis: .....	20
2.6	Identificación y clasificación de variables: .....	20
2.6.1	Variable independiente .....	20
2.6.2	Variable dependiente .....	20
2.7	Cuadro de operacionalización de variables.....	21
CAPÍTULO III.....		22
3.	Diseño Metodológico.....	22
3.1	Tipo de investigación:.....	22
3.2	Método de investigación:.....	22
3.3.	Población y muestra:.....	22
3.3.1.	Población: .....	22
3.3.2.	Muestra: .....	22
3.4.	Tipo de muestreo: .....	22
3.4.1	Criterios de Selección .....	22
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos: .....	23
	Test de Morisky-Green .....	23
3.6	Instrumento de recolección de datos: cuestionario .....	23
3.6.1	Secciones del Cuestionario: .....	24
3.6.2	Validación y confiabilidad del instrumento .....	24
3.6.3	Prueba piloto .....	25
3.6.4	Procesamiento de datos.....	25
CAPÍTULO IV.....		26
4.	Presentación de resultados .....	26
4.1.	Análisis e interpretación de resultados .....	26
4.1.1	Características sociodemográficas de la muestra.....	26
4.1.2.	Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico .....	27
4.1.3.	Nivel de adherencia al tratamiento no farmacológico .....	30

4.1.4.	Barreras de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico	35
4.1.5.	Análisis inferencial Chi cuadrado.....	37
4.2	Comprobación de Hipótesis.....	39
5.	CONCLUSIONES.....	41
6.	RECOMENDACIONES.....	44
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
8.	ANEXOS.....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> .....	13
<b>Tabla 2</b> .....	21
<b>Tabla 3</b> .....	26
<b>Tabla 4</b> .....	28
<b>Tabla 5</b> .....	28
<b>Tabla 6</b> .....	29
<b>Tabla 7</b> .....	29
<b>Tabla 8</b> .....	30
<b>Tabla 9</b> .....	30
<b>Tabla 10</b> .....	31
<b>Tabla 11</b> .....	31
<b>Tabla 12</b> .....	32
<b>Tabla 13</b> .....	32
<b>Tabla 14</b> .....	33
<b>Tabla 15</b> .....	33
<b>Tabla 16</b> .....	35
<b>Tabla 17</b> .....	36
<b>Tabla 18</b> .....	36
<b>Tabla 19</b> .....	37
<b>Tabla 20</b> .....	37
<b>Tabla 21</b> .....	38
<b>Tabla 22</b> .....	38
<b>Tabla 23</b> .....	38
<b>Tabla 24</b> .....	39
<b>Tabla 25</b> .....	39

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Padecimiento de encuestados .....	73
Gráfico 2 Frecuencia de adherencia al tratamiento.....	73
Gráfico 3 Género de encuestados .....	74
Gráfico 4 Edad de Encuestados .....	74

## ÍNDICE DE ANEXO

Anexo 1: Consentimiento informado.....	50
Anexo 2: Certificado Anti plagio.....	51
Anexo 3: Evidencia Fotográfica .....	53
Anexo 4: Tabla de Encuestas Realizadas.....	54

## RESUMEN

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son enfermedades crónicas frecuentes en adultos mayores que afectan su salud y calidad de vida, y la falta de adherencia terapéutica aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas. Esta investigación se realizó en la Parroquia Atahualpa (Santa Elena) con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas mayores con diabetes e hipertensión, así como identificar barreras y estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. Se empleó un diseño cuantitativo, descriptivo y transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo 50 participantes, aplicando el Test de Morisky-Green y un cuestionario complementario sobre hábitos, estilos de vida y seguimiento médico. Los resultados mostraron que la adherencia farmacológica es mayor, aunque limitada por fallas en la puntualidad de las dosis y el cumplimiento de recomendaciones alimentarias, mientras que la adherencia no farmacológica es predominantemente baja (media 1,24/2), con un 80% que no realiza actividad física adecuada, un 62% que no sigue la dieta indicada y un 86% que duerme menos de las horas recomendadas. Las barreras más frecuentes fueron el olvido, la falta de recursos económicos, el desconocimiento sobre la importancia del tratamiento y la escasa asistencia a controles médicos, encontrándose asociación significativa entre barreras y baja adherencia no farmacológica ( $\chi^2 = 6,77$ ;  $p = 0,009$ ), mientras que la edad solo influye indirectamente al afectar la percepción de estas barreras. Se concluye que los hábitos poco saludables y la discontinuidad de los cuidados dificultan el control de la diabetes y la hipertensión, por lo que se recomienda implementar programas comunitarios de educación, acompañamiento y seguimiento individualizado, promoviendo hábitos saludables, actividad física, autocontrol y adherencia integral al tratamiento, involucrando a familiares y cuidadores, con el fin de mejorar el autocuidado, la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los adultos mayores de la parroquia Atahualpa.

**Palabras clave:** Adherencia, Adultos, Diabetes, Hipertensión, Tratamiento.

## ABSTRACT

Diabetes mellitus and arterial hypertension are common chronic diseases among older adults, significantly affecting their health and quality of life; however, poor therapeutic adherence increases the risk of cardiovascular, renal, and metabolic complications. This study was conducted in the Atahualpa Parish (Santa Elena) with the aim of assessing adherence to both pharmacological and non-pharmacological treatments in older adults with diabetes mellitus and hypertension, as well as identifying barriers and strategies for improving adherence. A quantitative, descriptive, and cross-sectional methodology was employed, using a non-probabilistic convenience sample of 50 participants. The Morisky-Green Test was applied, complemented by a questionnaire evaluating lifestyle habits and medical follow-up. Results revealed a medium level of adherence (mean 1.46/2), with greater challenges observed in the non-pharmacological component. The most frequently reported barriers included forgetting dosage adjustments, limited financial resources, lack of knowledge regarding treatment importance, and infrequent medical check-ups. While adherence to prescribed pharmacological treatments was high, compliance with recommendations on diet, physical activity, and healthy lifestyle promotion was low. These findings indicate that unhealthy lifestyle habits and discontinuity in health care negatively impact the control of diabetes and hypertension. Consequently, the implementation of community-based health education programs, personalized support, and follow-up interventions is recommended to enhance self-care, promote holistic adherence to treatment, and ultimately improve the quality of life of older adults in the population studied.

**Keywords:** Adherence, Adults, Diabetes, Hypertension, Treatment.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las enfermedades crónicas con más prevalencia entre los adultos mayores, teniendo un impacto significativo en la calidad de vida, tendiendo a presentar complicaciones graves, si no se diagnostican y manejan adecuadamente. La adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es primordial para controlar enfermedades y prevenir que estos evolucionen a un cuadro crítico. Es por lo que, la valoración médica, en específico del personal de enfermería, juega un papel importante debido a que estos profesionales no solo administran tratamientos y monitorean el estado de salud de los pacientes, sino que, también educan, motivan y apoyan a los enfermos a continuar de manera correcta sus tratamientos. Varias investigaciones han señalado que hay varios factores que influyen en que los adultos mayores sigan o no sus tratamientos médicos, tanto los que incluyen medicamentos como los que implican cambios en el estilo de vida. En el estudio realizado por Bello y Montoya (2020), descubrieron que (51,72%) de los encuestados de los adultos mayores con diabetes sí seguían adecuadamente su tratamiento farmacológico, mientras que el 48,28% de los encuestados no lo hacía. Este mismo estudio, se reveló que el nivel de educación y la situación económica de las personas, tienen un papel importante en esta adherencia, mientras que el apoyo o rol dentro de la familia no mostró ser un motivo relevante.

Así mismo, en la investigación hecha por Monterrey Hernández et al. (2021), descubrieron que dentro de las personas que presentaban mayor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico con un 51,3% se encontraban las mujeres, las personas casadas, quienes contaban con educación universitaria y tomaban menos medicamentos. Aunque estos estudios muestran la importancia de factores socioeconómicos y educativos, no se ha estudiado a fondo cómo la valoración y las intervenciones del personal de salud influyen en la adherencia al tratamiento en adultos mayores, particularmente en situaciones de vulnerabilidad. En la Parroquia Atahualpa, provincia de Santa Elena, los adultos mayores llegan a tener dificultades como la falta de acceso continuo a servicios médicos, limitaciones económicas, educativas y culturales que dificultan su capacidad para adherirse a los tratamientos.

Este estudio surge del interés por comprender de manera más profunda cómo los adultos mayores que padecen diabetes mellitus e hipertensión arterial en la Parroquia Atahualpa cumplen o abandonan sus tratamientos. No se trata únicamente de la ingesta de medicamentos, sino también de incorporar pequeños cambios en su vida diaria, como la alimentación o el ejercicio. Para ello, se analizaron detenidamente las acciones realizadas por los profesionales

de la salud, los desafíos que han encontrado y de qué manera esto ha afectado la adherencia de los pacientes a su tratamiento. Los hallazgos encontrados servirán para formular nuevas estrategias que apoyen y mejoren el trabajo en el ámbito de la salud, buscando que los pacientes se sientan más acompañados y logren una mejor calidad de vida.

A lo largo de la investigación, se seleccionó un enfoque que permitiera tener una visión global; por un lado, se realizaron encuestas a los pacientes, y por el otro, se dialogó con las personas que los asisten y guían a diario. Esta fusión no solo proporcionó información, sino también diversas perspectivas. De esta manera, se logró acercarse más a las verdaderas razones que llevan a una persona a continuar su tratamiento, así como reconocer el papel que desempeñan los profesionales de la salud al establecer una conexión con las realidades de cada paciente. Los hallazgos obtenidos no solo aportan a la investigación, sino que también abren la posibilidad de construir estrategias más humanas y efectivas que mejoren el cuidado de las enfermedades crónicas y, sobre todo, la calidad de vida de los adultos mayores.

# CAPÍTULO I

## 1. El Problema

### 1.1. Planteamiento del Problema

El crecimiento de la población de adultos mayores es una realidad que se vive en todo el mundo y que trae consigo nuevos retos, especialmente en lo relacionado con su salud, sobre todo cuando se habla del manejo de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión. Estas circunstancias, que afectan principalmente a los ancianos, demandan un seguimiento constante y un compromiso sólido con el tratamiento, que abarca no solo la toma de medicamentos, sino también la adopción de cambios relevantes en el estilo de vida.

Sin embargo, uno de los desafíos más significativos es que muchas personas no siguen el tratamiento de manera correcta. Esto no solo pone en riesgo su salud, sino que también complica aún más el trabajo del sistema sanitario. En este escenario, el respaldo del equipo médico es fundamental, pues su labor no se limita solo al cuidado, sino que también incluye buscar maneras de motivar y apoyar a los pacientes para que persistan con su tratamiento y logren una calidad de vida superior.

La adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, es fundamental para el control de estas enfermedades, especialmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores. El incumplimiento del tratamiento ya sea por omisión de medicamentos, abandono de hábitos saludables o falta de seguimiento, no solo incrementa el riesgo de complicaciones graves como enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y deterioro de los órganos vitales, sino que también afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes. En los adultos mayores, quienes ya enfrentan los desafíos propios del envejecimiento. Este incumplimiento terapéutico puede acelerar la pérdida de autonomía y aumentar la dependencia de terceros, afectando también su bienestar emocional y mental.

Desde esta perspectiva el personal de enfermería no solo tiene un papel clínico, sino también educativo, y se ha convertido en un agente clave en la promoción de la adherencia al tratamiento. De acuerdo con Fhon et al. (2024)

"Health professionals collaborate to improve adherence to pharmacological treatment among hypertensive patients, particularly nurses who carry out educational activities. An intervention study demonstrated reduced blood pressure, increased medication adherence, and greater knowledge of the disease after six weeks of educational sessions" (p. 10).

Las conversaciones y cursos que enseñan a los individuos a saber cómo administrar sus

fármacos, cómo mejorar su alimentación o ser más activos a lo largo del día, no solo los apoyan para sentirse mejor y manejar su presión arterial, sino que también incrementan su confianza en quienes los apoyan en su tratamiento.

## **1.2. Formulación del problema**

¿De qué manera influyen las valoraciones y estrategias del personal de enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial en la Parroquia Atahualpa?

## **1.3. Objetivos**

### ***1.3.1. Objetivo General:***

Evaluar la adherencia al tratamiento de los adultos mayores con diabetes e hipertensión en la Parroquia Atahualpa durante el período 2024-2025.

### ***1.3.2. Objetivos Específicos:***

1. Identificar las características sociodemográficas de la muestra y determinar su relación con la adherencia farmacológica y no farmacológica en los adultos mayores con diabetes e hipertensión de la parroquia Atahualpa.
2. Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en adultos mayores con diabetes e hipertensión.
3. Identificar las barreras percibidas por los pacientes que afectan su adherencia al tratamiento.
4. Proponer recomendaciones basadas en los hallazgos para fortalecer el rol del personal de enfermería en el seguimiento de pacientes crónicos.

## **3. Justificación**

En la parroquia Atahualpa, en la provincia de Santa Elena, muchas personas adultas mayores viven con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, lo que representa un gran reto para su salud diaria. Seguir el tratamiento como se indica no siempre es fácil. Por un lado, hay quienes no pueden comprar sus medicinas con regularidad por la falta de dinero, y por otro, hay quienes no entienden del todo bien las indicaciones médicas, lo que les dificulta cumplir con lo que se les recomienda. También es común que no puedan asistir con frecuencia a un centro de salud, lo cual hace que pierdan el seguimiento necesario para mantener bajo control su enfermedad y esto puede terminar empeorando su bienestar.

En este escenario, el profesional de enfermería tiene un papel muy importante. Parte de su labor es reconocer hasta dónde puede cuidarse el paciente por sí mismo y en qué necesita

apoyo. Como explica Ruiz et al., (2016) el objetivo es ayudar a cubrir ese “déficit” entre lo que el paciente puede hacer por sí solo y lo que realmente necesita. Al conocer bien las capacidades de cada persona, se pueden proponer acciones más ajustadas a su realidad, que ayuden a que el tratamiento se mantenga en el tiempo y así mejorar su salud. Al erradicar esta problemática, no solo se promueve el manejo efectivo de la enfermedad, sino que también permite que el paciente asuma un papel activo en su recuperación y calidad de vida. Las valoraciones realizadas por los profesionales de la salud, tanto con la condición clínica del paciente como sobre su entorno familiar y social, les permiten diseñar estrategias individualizadas que fomenten la adherencia al tratamiento.

Es en este contexto surge la necesidad de investigar cómo influyen la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico afectando directa e indirectamente a los adultos mayores de esta población. Entender las prácticas, los desafíos y el impacto de las intervenciones del personal de enfermería es crucial para mejorar los resultados terapéuticos en los adultos mayores que viven con diabetes e hipertensión.

## CAPITULO II

### 2. Marco Teórico

#### 2.1. Fundamentación referencial

El apoyo del personal de salud puede marcar una gran diferencia en la vida de quienes viven con enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. Muchas veces, lo que realmente necesita un paciente no es solo una receta, sino alguien que le explique, que le escuche y que le acompañe en el proceso.

Así lo demuestra un estudio realizado por Cajamarca y Jiménez (2021) donde se observó que los adultos mayores que recibieron orientación y seguimiento por parte del personal de enfermería se involucraron mucho más con su tratamiento. Su compromiso aumentó de un 65,3 % a un 76,13 %, mientras que en quienes no recibieron ese acompañamiento, la adherencia incluso disminuyó. Estos datos reafirman algo que en la práctica ya se percibe: la cercanía y el acompañamiento del personal de salud no solo informan, sino que motivan y fortalecen. Este hallazgo destaca la importancia del personal de salud, en este caso del personal de enfermería, en el proceso de educación para la adherencia, lo que sugiere que su valoración es clave para fomentar el autocuidado y el compromiso con el tratamiento.

Por otra parte, Gil et al. (2024) realizaron una investigación sobre los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento y el uso de tecnología informática en personas con hipertensión arterial. Este estudio resaltó lo crucial que es el cuidado brindado por los trabajadores de la salud, subrayando que la calidad de la conexión entre el equipo médico y los pacientes es fundamental para la efectividad de las sugerencias de tratamiento. La investigación subraya que una evaluación y seguimiento adecuados por parte del equipo de salud son vitales para asegurar la adherencia y mejorar la calidad del cuidado y la vida del paciente. Revisar con honestidad cómo se está atendiendo a las personas permite ver qué cosas se pueden hacer mejor. Eso no solo ayuda a ofrecer un servicio más justo y de calidad, sino que también anima a los pacientes a involucrarse más en su propio cuidado.

Adicionalmente, un estudio llevado a cabo por Urrunaga y Yagual (2014) en la provincia de Santa Elena, en el área de hospitalización del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, en el que se encuestó a 26 participantes, reveló que todos los encuestados consideran que la evolución del paciente es más favorable cuando el Licenciado en Enfermería está involucrado durante el pase de visita. Los pacientes valoran mucho el apoyo del personal de enfermería. No solo se sienten mejor informados sobre su enfermedad, sino que también

confían más en el tratamiento.

Esta relación cercana y constante refuerza el compromiso con su salud. Por eso, es tan importante que enfermería trabaje en conjunto con otros profesionales. Cuando el trato es de calidad y existe una buena comunicación, los pacientes se sienten más motivados a llevar un tratamiento adecuado, lo que ayuda a mejorar su salud y bienestar general.

Varios estudios coinciden en que seguir el tratamiento médico, ya sea con medicamentos o con cambios en el estilo de vida, es clave para mejorar la salud de quienes viven con enfermedades crónicas. Pero esto no depende únicamente de la voluntad del paciente. También influyen factores como su situación económica, el acceso al sistema de salud, la claridad de la información que reciben y el acompañamiento de los profesionales.

Estudios como los de Ramos (2015) y Bello y Montoya (2020) destacan que la correcta adherencia permite controlar la progresión de la enfermedad, evitar complicaciones severas y reducir los ingresos hospitalarios. Por ello, se vuelve imprescindible el diseño de estrategias de intervención integrales que incluyan educación sanitaria, seguimiento personalizado y apoyo familiar o comunitario.

En este contexto, el tratamiento no farmacológico, que abarca cambios en el estilo de vida como una alimentación saludable, actividad física regular, reducción del estrés y abandono de hábitos nocivos, cobra un papel fundamental, especialmente en adultos mayores. Para que una persona siga su tratamiento como debe, hace falta algo más que una receta; se necesita acompañamiento constante por parte del personal de salud y, al mismo tiempo, compromiso del propio paciente. Cuando ambos se conectan el apoyo y la voluntad es más fácil que el tratamiento funcione y que la calidad de vida, sobre todo en los adultos mayores, mejore de verdad. Aun así, muchas veces las personas dejan de seguir las indicaciones por olvido, por no entender bien lo que deben hacer o por situaciones externas que no siempre están en sus manos. Esto no solo afecta su bienestar, también recarga al sistema de salud.

Por eso es tan importante contar con programas que acompañen de cerca, que orienten y den seguimiento a quienes más lo necesitan.

## **2.2. Fundamentación teórica**

### **2.2.1 Adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento o adherencia terapéutica es un proceso complejo que involucra múltiples dimensiones interrelacionadas. Este fenómeno requiere un enfoque integral para su comprensión y mejora. No se trata únicamente de la voluntad del paciente para seguir un tratamiento; diversos factores externos influyen en este comportamiento. Según Ramos (2015), “está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que pueden agruparse en cinco grupos: factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente” (pág. 178). Entender la adherencia desde esta mirada más amplia permite enfrentar mejor los desafíos que tienen las personas con diabetes o hipertensión.

Estas enfermedades requieren un cuidado diario, y seguir el tratamiento correctamente, sobre todo el uso de medicamentos es fundamental para mantener la glucosa bajo control y evitar complicaciones. Sin embargo, lograr que los pacientes sigan de manera estricta el tratamiento de los médicos puede ser un desafío, ya que existen factores como el olvido, la falta de motivación o la incompreensión del tratamiento.

Como lo mencionan Bello y Montoya (2020), "la adherencia al tratamiento farmacológico constituye un factor fundamental en el control de la diabetes mellitus, permitiendo el mantenimiento y la recuperación de la salud de los usuarios" (p. 73). Este argumento refuerza la importancia de diseñar intervenciones que promuevan no solo el acceso a los medicamentos, sino también la educación y el apoyo continuo a los pacientes para mejorar los resultados de salud.

### **2.2.2. Adherencia al tratamiento farmacológico**

Es definido como el grado en que un paciente sigue correctamente las indicaciones prescritas por el profesional de salud. Este concepto cobra especial importancia en el contexto de enfermedades crónicas, donde se estima que cerca del 50% de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento, afectando de forma directa los beneficios esperados del mismo (Pérez, 2015).

La adherencia al tratamiento depende de varios factores, incluyendo cómo está compuesto el tratamiento en sí. Uno de los principales es el medicamento. Cuando una persona no usa el fármaco indicado; ya sea porque se automedica, lo reemplaza o desconfía, se rompe la adherencia. También influye la dosis: algunos pacientes deciden aumentar o reducirla por su cuenta, lo que puede disminuir la efectividad del tratamiento (Méndez-Ortega et al., 2023).

Otro punto importante es la forma del medicamento. Por ejemplo, muchas personas mayores prefieren jarabes en lugar de pastillas, y si esto no se considera, pueden dejar de tomarlo. También influye cómo se administra: los tratamientos supervisados, como los intravenosos, suelen tener alta adherencia; en cambio, los que se hacen en casa, como las gotas para los ojos, tienden a olvidarse con más facilidad (Pérez, 2015).

El número de veces que debe tomarse el medicamento también cuenta. Si es una sola vez al día, es más fácil de cumplir que si se debe tomar varias veces. Además, cuando el tratamiento es por mucho tiempo, como suele ocurrir en enfermedades crónicas, mantener el compromiso se vuelve aún más difícil. Sin un proceso de interiorización que convierta el tratamiento en un hábito cotidiano, es común que los pacientes disminuyan progresivamente su grado de cumplimiento (Escamilla y Cáceres, 2016).

### ***2.2.3. Adherencia al tratamiento no farmacológico***

El tratamiento no farmacológico implica cambios en el estilo de vida del paciente, los mismos que necesitan un proceso educativo y la colaboración del personal de salud (Peláez, 2021).

Algunas de las actividades saludables que pueden ser recomendadas incluyen (Lopez et al., 2015):

- Realizar actividad física de forma regular, como caminar, correr o nadar.
- Comer de manera equilibrada, incluyendo frutas, verduras, granos integrales, proteínas y grasas saludables.
- Evitar o reducir al máximo el consumo de alcohol y cigarrillos.
- Dormir bien, al menos 7 a 8 horas cada noche, lo cual ayuda a regular la presión arterial.
- Manejar el estrés con técnicas como la meditación, la respiración profunda o el yoga.
- Mantener un peso saludable: mantener un peso saludable a través de una dieta equilibrada y ejercicio.

### ***2.2.4 Incumplimiento terapéutico***

El incumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, compromete no solo la efectividad del tratamiento, sino que también aumenta el riesgo de consecuencias clínicas graves. Los pacientes que no siguen adecuadamente las indicaciones médicas pueden concurrir a complicaciones que pueden evitarse. Cuando los pacientes no siguen su tratamiento correctamente, su salud se deteriora y

aumenta la necesidad de atención médica. Vicente-Sánchez et al. (2018) señalan que no cumplir con la medicación puede provocar efectos adversos, hacer que los medicamentos no funcionen como deberían y aumentar las hospitalizaciones, tanto en frecuencia como en rapidez. Por eso, es fundamental fortalecer los programas que apoyan a los pacientes para que sigan su tratamiento, con el fin de mejorar su salud y reducir complicaciones.

### **2.2.5 Falta de adherencia al tratamiento**

Por otro lado, la falta de adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial (HTA) no solo afecta la salud del paciente, sino que también genera costos adicionales para el sistema de salud. El incumplimiento puede derivar en complicaciones que impactan varios órganos. Ortega et al. (2020) destacan que "la HTA es una enfermedad crónica de alta relevancia clínica, presentando alta prevalencia, número de casos y generando impactos en la salud" (p. 324). Esto demuestra lo importante que es que los centros de salud hagan un seguimiento más cercano a los pacientes. Si se identifican las causas por las que algunos no siguen su tratamiento y se promueven cambios saludables en su estilo de vida, se pueden lograr mejores resultados. A pesar de que el tratamiento ayuda a reducir complicaciones y muertes por hipertensión, muchas personas no logran controlar bien la enfermedad.

Según Holt Martínez et al. (2021), citado por Masache-Alvarado et al. (2023), se estima que casi el 30 % de quienes tienen hipertensión no están bien controlados. Esta falta de adherencia no solo agrava su condición, sino que también aumenta la presencia de otras enfermedades crónicas. El problema es complejo y está influenciado por factores económicos, culturales y sociales, por lo que se necesita un enfoque adaptado a cada grupo de pacientes.

En Ecuador, un estudio realizado por Ortega et al. (2020) en adultos mayores revela que la no adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial (HTA) puede atribuirse a diversas causas. Entre las principales se encuentran "la falta de conocimiento de la enfermedad, no seguir las instrucciones del médico relacionadas a dosis, horarios, realización de actividades físicas, no mejorar los hábitos de alimentación y la ausencia de síntomas de la enfermedad" (p. 327). Estos factores resaltan la necesidad de implementar programas educativos y de concienciación que informen a los pacientes sobre la importancia de adherirse al tratamiento, no solo para controlar la HTA, sino también para prevenir complicaciones graves que puedan surgir debido a la falta de atención a la enfermedad.

### **2.2.6 Diabetes**

Según la Organización Mundial de la Salud (2024), la diabetes es una afección crónica que ocurre cuando el cuerpo no produce suficiente insulina o no la utiliza de forma eficiente,

lo cual provoca un aumento de glucosa en la sangre. El impacto de la diabetes no controlada representa una crisis sanitaria global que avanza de forma implacable, manifestándose de manera discreta, pero con consecuencias devastadoras para el organismo. Cuando no se maneja correctamente, esta enfermedad provoca un deterioro progresivo de órganos vitales, daña el sistema nervioso y fragiliza los vasos sanguíneos, lo que inevitablemente conduce a problemas de salud muy serios. Su alarmante expansión se refleja en las cifras: para 2022, el 14 % de la población adulta mundial padecía diabetes, el doble de la prevalencia registrada en 1990.

Sin embargo, el verdadero drama reside en la falta de acción, ya que más de la mitad de los adultos mayores de 30 años no acceden a ningún tipo de tratamiento, una situación especialmente grave en países de ingresos medios y bajos con sistemas de salud precarios. El resultado de esta brecha es fatal: solo en 2021, la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes en todo el mundo, con el agravante de que casi la mitad de esas vidas se perdieron prematuramente antes de los 70 años. También se asocia a defunciones por enfermedades cardiovasculares y nefropatía diabética. Desde el año 2000, las tasas de mortalidad por esta enfermedad han aumentado, aunque entre 2000 y 2019, la mortalidad global por enfermedades no transmisibles, incluida la diabetes, ha disminuido en un 20%.

### ***2.2.7 Diabetes de tipo 1***

Este tipo de diabetes requiere administración diaria de insulina, afecta principalmente a personas jóvenes y aún se desconoce su causa y formas de prevención. Se reportaron 9 millones de personas con esta enfermedad en 2017.

### ***2.2.8 Diabetes de tipo 2***

Representa más del 95% de los casos, puede prevenirse en muchos casos y está relacionada con factores como el sedentarismo, la genética y el sobrepeso. Esta forma de diabetes progresa lentamente y puede no presentar síntomas evidentes durante años, dificultando su detección temprana, que es clave para evitar complicaciones graves.

### ***2.2.9 Diagnóstico de la diabetes mellitus***

El diagnóstico de la diabetes mellitus se realiza mediante pruebas clínicas estandarizadas, las cuales suelen requerir confirmación para validar su resultado. Los métodos más utilizados incluyen la medición de hemoglobina glucosilada (HbA1c), cuyo valor diagnóstico es  $\geq 6.5\%$ ; la glucosa plasmática en ayunas, con niveles  $\geq 126$  mg/dl; la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO), donde valores  $\geq 200$  mg/dl a las dos horas indican diabetes; y la glucosa plasmática aleatoria, con niveles  $\geq 200$  mg/dl en presencia de síntomas clásicos (Federación Mexicana de Diabetes, A.C., 2015). (Federación Mexicana de Diabetes, 2015)

### ***2.2.10 Prediabetes***

La prediabetes se define como una condición metabólica en la cual los niveles de glucosa en sangre son elevados, pero sin alcanzar los umbrales diagnósticos de la diabetes tipo 2. Se diagnostica con una HbA1c entre 5.7% y 6.4%, glucosa en ayunas entre 100 y 125 mg/dl, o glucosa a las 2 horas (PTGO) entre 140 y 199 mg/dl (Federación Mexicana de Diabetes, 2015)

### ***2.2.11 Hipertensión***

La hipertensión es cuando la presión de la sangre en las arterias se mantiene alta, desde 140/90 mmHg o más, según la Organización Mundial de la Salud (2023). Muchas veces no causa síntomas, por lo que solo se detecta al medir la presión. Si no se controla, puede causar problemas en el corazón y otros órganos. El diagnóstico requiere realizar mediciones en dos días distintos, y se confirma si en ambas ocasiones se obtienen valores elevados tanto en la presión sistólica (fase en la que el corazón se contrae) como en la diastólica (fase de relajación del corazón entre latidos).

Hay factores que aumentan el riesgo de sufrir hipertensión. Algunos se pueden cambiar, como tener una dieta alta en sal o grasas, no hacer ejercicio, fumar, beber alcohol o tener sobrepeso. También influye la contaminación del aire. Otros factores no se pueden modificar, como la edad, los antecedentes familiares o tener otras enfermedades como la diabetes o problemas renales, aunque algunas personas requieren tratamiento farmacológico, en muchos casos es posible reducir la presión arterial mediante cambios en el estilo de vida, como adoptar una alimentación saludable, aumentar la actividad física y dejar de fumar

### ***2.2.12 Adulto mayor con hipertensión***

Según Berreta y Kociak, (2017) como se citó en (Peláez, 2021), se considera al adulto mayor a toda persona adulta con una edad mayor a 60 años. En este grupo de edad, la hipertensión (HT) suele ser primaria. Sin embargo, también se pueden presentar formas secundarias de HT, como la estenosis aterosclerótica de la arteria renal, que puede causar una disminución en el flujo sanguíneo renal y un aumento en la síntesis de renina y la conversión de angiotensinógeno a angiotensina II.

#### **Clasificación de la hipertensión**

Peláez (2021) también describe una clasificación de la hipertensión propuesta por William, et al., (2019) en la que se presenta:

**Tabla 1***Clasificación de Hipertensión Arterial*

<b>Categoría</b>	<b>Sistólica (mmHg)</b>		<b>Diastólica (mmHg)</b>
<b>Óptima</b>	< 120	y	< 80
<b>Normal</b>	120 – 129	y/o	80 – 84
<b>Normal-alta</b>	130 – 139	y/o	85 – 89
<b>HTA de grado 1</b>	140 – 159	y/o	90 – 99
<b>HTA de grado 2</b>	160 – 179	y/o	100 - 109
<b>HTA de grado 3</b>	≥ 180	y/o	≥ 110
<b>HTA sistólica aislada</b>	≥ 140	y	< 90

*Nota: Extraído de William, et al., (2019)*

### ***2.2.13 Afectaciones comunes en los adultos mayores***

En la etapa de la vejez, es frecuente la aparición de diversas condiciones de salud, entre las cuales se destacan la disminución de la audición, las cataratas, los trastornos refractivos, los dolores cervicales y lumbares, la osteoartritis, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y los trastornos neurocognitivos como la demencia. Con el avance de la edad, se incrementa la posibilidad de que estas patologías se presenten de manera simultánea en un mismo individuo (Organización Mundial de la Salud, 2024).

### ***2.2.14 Estilos de vida del Adulto Mayor***

El estilo de vida comprende el conjunto de actitudes y comportamientos que las personas adoptan y desarrollan, ya sea de manera individual o colectiva. Centrándonos en la población objeto de estudio, los adultos mayores, se indica que presentan hábitos alimenticios saludables en cuanto al número de comidas, el consumo de frutas, la ingesta de lácteos y menestras; en cuanto a la actividad física, no es frecuente que realicen ejercicios de forma semanal ni que participen en actividades recreativas (Ventura & Del Rosario, 2019, como se citó en Alfonzo, (2024).

### ***2.2.15 Factores de riesgo***

Los principales factores de riesgo se clasifican en dos grupos, los modificables, que dependen de la voluntad del individuo y los no modificables, que depende de sus antecedentes familiares, etnia, edad (Chaparro et al., 2023).

### ***2.2.16 Factores de riesgo modificables.***

- Tabaquismo:

Se ha demostrado que el consumo de tabaco tiene un vínculo con un incremento en el riesgo de padecer diabetes, aunque los mecanismos precisos todavía no se han clarificado del todo. El consumo de tabaco incide directamente en la producción de insulina, dado que la nicotina perjudica las células encargadas de su producción, las células páncreas. Además, se ha evidenciado que el tabaco provoca impactos adversos en el sistema digestivo, nervioso y en la flora intestinal, lo cual puede modificar la regulación de la glucemia. Adicionalmente, fomenta la inflamación, lo que deteriora la función metabólica.

- **Obesidad:**

Reducir el exceso de peso ayuda a prevenir la diabetes y mejora el control del azúcar en quienes ya la tienen. No solo importa el peso total, sino también dónde se acumula la grasa. La grasa en el abdomen; también llamada obesidad central, se relaciona con mayor resistencia a la insulina y, por tanto, mayor riesgo de desarrollar diabetes. Por eso, se usan medidas como la circunferencia abdominal o el índice cintura-cadera para evaluar este riesgo.

- **Sedentarismo**

El estilo de vida sedentario constituye otro factor de riesgo clave. La inactividad física, incluso sin aumento de peso, eleva el riesgo de desarrollar DM2. La práctica del ejercicio físico de manera regular reduce notablemente los síntomas de dicha enfermedad.

- **Sueño**

Cambios en los hábitos de sueño, incluyendo dormir menos de 5-6 horas al día o más de 8-9 horas al día, sumado a alteraciones en la facilidad para dormir o mantener la vigilia durante el sueño, se asocian con una mayor posibilidad de riesgo a padecer diabetes.

- **Alimentación:**

En cuanto a ambas vertientes; prevención y tratamiento, se torna fundamental adoptar hábitos sanos, sobre todo en lo que se refiere a la alimentación y la actividad física, ya que la alimentación debe ajustarse a los requisitos metabólicos personales, es prioridad elegir los alimentos ricos en fibra y de índice glucémico bajo, evitando las grasas trans y los azúcares añadidos; el consumo de calorías será sano en función de la edad, el sexo, el peso y la actividad física, siendo la alimentación mediterránea una muy buena alternativa sanitaria.

- **Actividad física:**

El ejercicio regular es fundamental. Se aconseja que al menos 150 minutos semanales sean destinados a la actividad física aeróbica en intensidad moderada, distribuidos en varios días y evitando más de dos días consecutivos sin actividad. Esta práctica no solo mejora el control glucémico, sino que también reduce el riesgo de complicaciones microvasculares y

macrovasculares asociadas a la diabetes.

### ***2.2.17 Factores de riesgo no modificables***

Según Serafin, (2016), como se citó en Rodriguez, (2022). hay factores de riesgo para la diabetes que no se pueden cambiar, pero que es importante conocer:

- Edad: El riesgo de diabetes aumenta después de los 40 años, siendo más común en adultos mayores.
- Raza o etnia: Algunas poblaciones como hispanos, asiáticos, afrodescendientes, indígenas americanos y hawaianos tienen mayor probabilidad de desarrollar diabetes.
- Antecedentes familiares: Si uno de los padres tiene diabetes, las probabilidades de que un hijo la desarrolle son de dos a tres veces mayores.
- Antecedentes de diabetes gestacional: las mujeres que tuvieron diabetes durante el embarazo tienen un riesgo mucho más alto (alrededor de 7,5 veces) de desarrollar diabetes en el futuro.

### ***2.2.18 Educación que fortalezca las prácticas de autocuidado.***

Fhon et al., (2024) resaltan la importancia de implementar programas educativos que ayuden a fortalecer las prácticas de autocuidado y a comprender mejor los factores que favorecen el seguimiento del tratamiento para la hipertensión

Las conclusiones de su investigación revelan que dichas estrategias educativas son determinantes para evitar complicaciones a la vez que mejorar el estado de salud de los pacientes. De igual manera, resaltan el papel relevante que tienen los profesionales de la salud que también deben guiar a los pacientes y acompañarlos en educación y atención.

El papel de enfermería en este proceso es muy importante, ya que por su cercanía y acompañamiento podrían ayudar mucho a los pacientes hipertensos con su tratamiento y mejorar la calidad de vida de los mismos.

Para lo anterior, es preciso conocer el grado de adherencia terapéutica de un paciente para así poder evaluar la efectividad y la seguridad del tratamiento farmacológico. Contreras et al. (2021) indican que “si el grado de adherencia resulta inferior al deseable y no se alcanza el objetivo clínico, podría producir intensificación del tratamiento prescrito o una sustitución por otro, lo que conlleva un costo superior” (p. 292). Por este motivo, resulta fundamental disponer de herramientas que permitan evaluar el nivel de adherencia y que los resultados obtenidos ayuden a la toma de decisiones. Esto permite llevar a cabo intervenciones adecuadas

y personalizadas para cada paciente, de tal manera que se afina su tratamiento y se favorece su salud general.

### ***2.2.19 El rol del profesional de enfermería***

El rol del profesional de enfermería es crucial en el manejo de pacientes hipertensos, ya que forma parte integral del equipo de salud. Se encarga de implementar estrategias que favorezcan la salud y el bienestar de estos pacientes. Masache-Alvarado et al. (2023), mencionan que

“el profesional de enfermería juega un papel fundamental para la identificación y mejoramiento de los pacientes hipertensos, a través de la educación en salud, promoción de estilos de vida saludable, dieta adecuada, controles médicos mensuales y la prevención de los factores de riesgo”. (pág. 873)

Además, es responsable de evaluar el cumplimiento de la adherencia terapéutica mediante la consejería y el control de los niveles de presión arterial. Esto incluye la valoración de los factores de riesgo que pueden contribuir al incumplimiento del tratamiento. Este enfoque integral no solo mejora la salud individual, sino que también contribuye a la reducción de complicaciones asociadas a la hipertensión.

## **2.3 Fundamentación de enfermería**

### ***2.3.1 Teoría de Dorothea Orem***

La teoría del déficit de autocuidado desarrollada por Dorothea E. Orem es un conjunto de tres teorías que se hallan en conexión entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. En concreto, para Orem, el autocuidado consiste en una acción que realiza de forma consciente cada persona para el objetivo de cuidar su salud y desarrollarse y mantener su bienestar y que existen capacidades en todas las personas para cuidar de sí misma. Existe una posibilidad de no poder cuidarse. En esos casos, el apoyo del personal de enfermería es fundamental para suplir o reforzar esas capacidades.

Una de las ideas clave de Orem es que el autocuidado se aprende y se practica a lo largo de toda la vida. No es algo automático, sino que debe adaptarse a las necesidades de cada etapa, estado de salud y condiciones del entorno.

Esta teoría es especialmente útil cuando se trabaja con personas que tienen enfermedades crónicas, como la arteriopatía coronaria en adultos mayores. En estos casos, el acompañamiento profesional; especialmente de enfermería donde cobra un papel esencial para lograr mejores resultados en salud.

A través de estrategias educativas, orientación y acompañamiento personalizado, el

personal de salud puede potenciar la capacidad de autocuidado del paciente, contribuyendo significativamente a su calidad de vida. (Hernández et al., 2017).

### **2.3.2 Modelo de Nola Pender**

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender propone que las experiencias previas y los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales) influyen en la adopción de conductas saludables. El modelo al que hace referencia Hoyos et al. (2011) incluye seis aspectos que, por un lado, explican cómo una persona puede adoptar ciertos comportamientos, los beneficios y obstáculos; su autoeficacia, las emociones asociadas, la persona o el medio ambiente. De todos estos factores, el más determinante parece ser la autoeficacia, si una persona cree que puede cambiar la tendencia a comprometerse que tiene y a ver menos obstáculos.

El modelo también incluye el concepto de compromiso con un plan de acción, entendido como el paso previo a la ejecución de una conducta promotora de salud. Este compromiso puede estar condicionado por demandas externas (como el trabajo o responsabilidades familiares) o preferencias personales. El MPS se orienta a lograr bienestar, satisfacción personal y una vida productiva, siendo un marco teórico útil para entender cómo se generan o modifican las conductas relacionadas con la salud.

Entre 2000 y 2010 se realizaron muchos estudios basados en este modelo, especialmente en Brasil, México y Estados Unidos. La mayoría fueron dirigidos por personal de enfermería y se enfocaron en promover estilos de vida saludables. Aunque se ha trabajado bastante el tema de la autoeficacia todavía es necesario seguir investigando cómo influyen otros factores, como las barreras o los beneficios percibidos, en la adopción real de conductas saludables.

## **2.4. Fundamentación legal**

### **2.4.1 Constitución de la República del Ecuador 2008**

La Constitución del Ecuador del 2008 prescribe algunos artículos que favorecen al cuidado de la salud y del bienestar biopsicosocial del adulto, así tenemos en el capítulo Cap. II Sección 7 Art. 32 II menciona, sobre los derechos del buen vivir de las personas.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas,

acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Dentro del mismo cuerpo legal, en la Sección Segunda: Salud, destaca lo siguiente:

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (Constitución de la República del Ecuador 2008).

#### **2.4.2 Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)**

En el artículo 361 del Sistema Nacional de Salud establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos.

El Art. 361 Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

#### **2.4.3 Ley Orgánica de Salud (2006).**

La Ley Orgánica de Salud, promulgada en el 2006 menciona los siguientes artículos:

## CAPÍTULO I: Del derecho a la salud y su protección

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

## CAPÍTULO II: De la alimentación y nutrición

Art. 16.- El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios (Ley Orgánica de la Salud, 2016, pág. 6).

## CAPÍTULO III: De las enfermedades no transmisibles

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónicas degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto (Ley Orgánica de la Salud, 2016).

### ***2.4.4 Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida***

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas Ecuador 2030

Ecuador avanzará en su garantía del derecho a la salud gracias a la promoción de hábitos de vida saludables, orientados a la prevención de enfermedades. Se plantea que Ecuador reduzca sus niveles de sedentarismo, mejore los patrones de alimentación ciudadana e incremente la actividad física en todos los grupos, independientemente de la edad. Esto contribuirá a reducir los niveles de estrés y el número de muertes a causa de enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso, obesidad, entre otras. También se pondrá énfasis en combatir el consumo de drogas, alcohol y tabaco (especialmente en los adolescentes y jóvenes).

En 2030, Ecuador ha desarrollado un sistema de salud integrado, eficiente y resiliente, evidenciado por una expansión en la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud

a nivel nacional. El fortalecimiento de la gobernanza en sectores clave como infraestructura, insumos, tecnología y sistemas información, sumado a la integración de servicios en todos los niveles de atención, incluyendo establecimientos estatales, de seguridad social y otros proveedores estatales, ha sido fundamental. Además, la implementación de programas de formación continua y especialización del personal de salud han promovido un acceso efectivo y universal al derecho a la salud con un enfoque intersectorial, contribuyendo a la disminución de enfermedades prevenibles y muertes evitables.

Se han fortalecido estrategias y programas encaminados a la erradicación de la desnutrición crónica infantil, reducción de la mortalidad materna, salud sexual y reproductiva y promoción de la salud, conformando entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros. Los avances en legislación en materia de salud mental han favorecido la implementación de programas que permiten el manejo adecuado de estas patologías, mediante mecanismos de coordinación, referencia y monitoreo oportunos (Plan Nacional de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024 - 2025, pág. 50).

## **2.5. Formulación de la hipótesis:**

**(H0):** No existen diferencias significativas en el nivel de adherencia al tratamiento de los adultos mayores con diabetes e hipertensión en la Parroquia Atahualpa durante el período 2024-2025, ni en su percepción de barreras para dicha adherencia.

**(H1):** Existen diferencias significativas en el nivel de adherencia al tratamiento de los adultos mayores con diabetes e hipertensión en la Parroquia Atahualpa durante el período 2024-2025, influenciadas por factores percibidos como barreras en su adherencia al tratamiento.

## **2.6 Identificación y clasificación de variables:**

### ***2.6.1 Variable independiente***

Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

### ***2.6.2 Variable dependiente***

Adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial.

## 2.7 Cuadro de operacionalización de variables

**Tabla 2**

*Cuadro de operacionalización de Variables*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable Independiente: Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico	El tratamiento farmacológico y no farmacológico incluye todos los métodos utilizados para tratar a los pacientes, tales como medicamentos, dieta, ejercicio, y otros cambios en el estilo de vida recomendados por los profesionales de la salud.	Adherencia farmacológica: porcentaje de medicamentos tomados según lo prescrito.	Adherencia farmacológica	- Porcentaje de medicamentos tomados conforme a lo prescrito	- Respuestas de "Sí/No"	- Test de Morisky-Green
Variable Dependiente: Adherencia al Tratamiento en Adultos Mayores con Diabetes e Hipertensión	La adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes e hipertensión refiere al grado en que estos pacientes siguen las recomendaciones médicas sobre medicamentos, dieta, ejercicio y otros hábitos saludables. (López-Romero et al., 2016)	Adherencia no farmacológica: cumplimiento de recomendaciones de estilo de vida (dieta, ejercicio). Estrategias de intervención: tipos de estrategias utilizadas (educación, seguimiento, motivación). Calidad de la atención: percepción sobre su propio desempeño. Relación con los pacientes: frecuencia y calidad de interacciones.	Adherencia farmacológica Percepción de adherencia Estrategias de intervención Calidad de la atención Relación con los pacientes	- Cumplimiento de recomendaciones de dieta y ejercicio - Autoevaluación de la adherencia al tratamiento por los pacientes - Tipos de estrategias utilizadas (educación, seguimiento, motivación) - Percepción del personal sobre su desempeño en atención - Frecuencia y calidad de las interacciones con los pacientes	- Respuestas de "Sí/No" - Respuestas de "Sí/No" - Respuestas de "Si/No" - Respuestas de "Sí/No"	- Test de Morisky-Green - Test de Morisky-Green Instrumento para medir la conducta terapéutica - Test de Morisky-Green - Test de Morisky-Green

## CAPÍTULO III

### 3. Diseño Metodológico

#### 3.1 Tipo de investigación:

La presente investigación es de tipo descriptiva, ya que busca generar conocimiento útil describiendo las prácticas correctas de enfermería en la población de adultos mayores con diabetes e hipertensión. Este estudio adopta un enfoque cuantitativo, ya que se basa en la recopilación y análisis de datos numéricos a través de encuestas estructuradas (Sampieri, 2014).

#### 3.2 Método de investigación:

Se usará un diseño observacional analítico de tipo transversal. Esto significa que se recopilarán datos en un momento específico para analizar cómo las actividades diarias de los adultos mayores con diabetes e hipertensión influyen en el cumplimiento de su tratamiento (Grajales, 2000).

#### 3.3. Población y muestra:

##### 3.3.1. Población:

Adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial que residen en la Parroquia Atahualpa, provincia de Santa Elena, y reciben atención en el subcentro de salud de la localidad y sean beneficiarios del programa mis mejores años del ministerio de inclusión denominado “Los vencedores” 2024-2025.

##### 3.3.2. Muestra:

Se seleccionarán adultos mayores de 60 años diagnosticados con diabetes e hipertensión que asistan al programa mis mejores años del ministerio de inclusión económica y social denominado “Los vencedores”

#### 3.4. Tipo de Muestreo:

No probabilístico por conveniencia. En este muestreo se seleccionará a adultos mayores que residan en la parroquia Atahualpa y que cuenten con chequeos regulares en el subcentro de salud de la localidad y sean beneficiarios del programa mis mejores años del ministerio de inclusión económica y social denominado “Los vencedores”. El tamaño final de la muestra será de 50 adultos mayores considerando el tiempo limitado para el levantamiento de información, para garantizar que recolección de los datos sea de validez para el estudio.

##### 3.4.1 Criterios de Selección

###### 3.4.1.1 Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años diagnosticados con diabetes e hipertensión.
- Residentes de la Parroquia Atahualpa.

- Pacientes que reciben atención recurrente en el centro de salud de la localidad y en el programa mis mejores años del ministerio de inclusión económica y social denominado “Los vencedores”.

#### 3.4.1.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedades crónicas adicionales que puedan interferir con la adherencia al tratamiento.
- Adultos mayores con discapacidades cognitivas severas que impidan responder el cuestionario.

### 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

**Test de Morisky-Green** El Test de Morisky-Green, validado para diversas enfermedades crónicas, fue creado por Morisky, Green y Levine con el objetivo de evaluar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Desde su introducción, ha sido utilizado para medir el cumplimiento terapéutico en distintas patologías. El test consta de 4 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) que reflejan el comportamiento del paciente en relación con su tratamiento. Se busca determinar si el paciente sigue actitudes correctas hacia su tratamiento; si no lo hace, se considera que no cumple con el mismo (Rodríguez et al., 2008).

Se considera que el paciente es cumplidor si responde correctamente a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe una variante en la que se cambia la segunda pregunta, permitiendo que la respuesta correcta sea "no", lo que implica que para ser cumplidor se debe responder de la misma manera a todas las preguntas: No/No/No/No.

Este instrumento permitirá medir el **objetivo específico 1**: Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes e hipertensión en la Parroquia Atahualpa, 2024-2025.

### 3.6 Instrumento de recolección de datos: cuestionario

Para este estudio, se utilizará un **cuestionario estructurado** denominado conducta terapéutica: enfermedad o lesión (~~Romero, Parra, Roa, & Rojas, 2020~~) como instrumento principal para la recolección de datos, con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes e hipertensión en la Parroquia Atahualpa. El cuestionario creado por (Romero et al., 2020) para medir diferentes dimensiones relacionadas con la adherencia al tratamiento, así como factores adicionales que podrían influir en dicha adherencia.

### **3.6.1 Secciones del Cuestionario:**

#### **3.6.1.1. Datos sociodemográficos:**

- Se recogerá información básica de los participantes, como edad, sexo, nivel educativo, y tiempo desde el diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión arterial. Estos datos permitirán analizar posibles relaciones entre las características personales y la adherencia al tratamiento.

#### **3.6.1.2. Adherencia al tratamiento:**

Se utilizará la **Escala de Morisky-Green** y del instrumento para medir la conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609), que consta de ítems distribuidos en diferentes áreas clave:

- Si el paciente toma los medicamentos según lo indicado (Test de Morisky – 4 preguntas). 160905 cumple con el régimen de medicación (4 ítems)
- 160904 cumple el nivel de actividades prescritas (4 preguntas).
- 160919 sigue la dieta prescrita (6 preguntas).
- 160906 Evita conductas que potencien la patología (4 preguntas).
- 160908 supervisa los efectos terapéuticos (5 preguntas).
- 160916 solicita cita con profesional sanitario cuando es necesario
- 160921 obtiene asesoramiento de un profesional cuando es necesario (5 preguntas)
- 160908 supervisa los efectos terapéuticos (4 preguntas).
- 160911 supervisa los cambios en el estado de enfermedad (9 preguntas hipertensión y 7 preguntas diabetes)
- 160909 supervisa los efectos secundarios del tratamiento (10 preguntas hipertensión y 11 preguntas diabetes)
- 160910 supervisa los efectos secundarios de la enfermedad (11 preguntas)
- 160913 altera las funciones el rol para el cumplimiento terapéutico (4 preguntas)
- 160920 equilibra actividad y reposo (6 preguntas)

Cada respuesta afirmativa suma un punto. El total se convierte en un porcentaje que indica qué tanto se adhiere el paciente al tratamiento.

### **3.6.2 Validación y confiabilidad del instrumento**

Para la validación del **Test de Morisky-Green** y el cuestionario estructurado sobre adherencia al tratamiento, se utilizarán los siguientes procedimientos:

#### **3.6.2.1. Validez**

- *Validez de contenido:* Para asegurarse de que los cuestionarios sean adecuados, se hará

una validación con expertos en enfermería y en enfermedades crónicas. Ellos evaluarán si las preguntas son claras, comprensibles y reflejan correctamente los temas que se quieren medir, especialmente en adultos mayores con diabetes e hipertensión.

- *Validez concurrente:* Para asegurar la validez concurrente, los resultados obtenidos del Test de Morisky-Green y del cuestionario sobre adherencia se compararán con indicadores objetivos de adherencia (como registros médicos de citas y cumplimiento de tratamientos) en la población de adultos mayores. Esto permitirá evaluar si los resultados de los instrumentos coinciden con medidas externas confiables de adherencia.

#### 3.6.2.2. *Confiabilidad:*

- *Consistencia interna:* Para saber si los cuestionarios miden de manera consistente lo que se pretende evaluar, se aplicará el coeficiente de Cronbach, que mide si las preguntas están bien relacionadas entre sí. Un valor cercano a 1 indica que hay buena coherencia en las respuestas.
- *Confiabilidad test-retest:* También se aplicará una prueba de test-retest, es decir, se repetirán los cuestionarios en dos momentos distintos a las mismas personas para ver si sus respuestas se mantienen estables en el tiempo. Esto se medirá con un coeficiente llamado ICC, que sirve para comprobar si los resultados son fiables y consistentes.

#### 3.6.3 *Prueba piloto*

Antes de aplicar los cuestionarios de manera definitiva, se realizará una prueba piloto con un grupo pequeño de adultos mayores que cumplan los criterios del estudio. Esto servirá para detectar posibles errores o preguntas confusas, y asegurar que los instrumentos funcionen bien con la población objetivo. Los resultados de la prueba piloto proporcionarán información para realizar ajustes necesarios y asegurar la validez y confiabilidad de los instrumentos antes de su uso en el estudio principal.

#### 3.6.4 *Procesamiento de datos*

Todos los análisis estadísticos, incluyendo la evaluación de la confiabilidad (coeficiente de Cronbach) y la validez concurrente, se realizarán utilizando el software estadístico SPSS junto con el Software Jamovi.

## CAPÍTULO IV

### 4. Presentación de Resultados

#### 4.1. Análisis e interpretación de resultados

##### 4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 50 adultos mayores, de los cuales 39 fueron hombres (78%) y 11 mujeres (22%). La mayoría se concentró en el grupo de hombres de 65 a 70 años (22 personas, 44%), mientras que no se registraron mujeres en el grupo de 70 años o más. Esta distribución desigual limita el análisis por género en edades avanzadas y podría estar relacionada con factores como la participación voluntaria o diferencias en el acceso a servicios de salud. La muestra en general refleja una mayor participación masculina, lo cual contrasta con otros estudios donde las mujeres suelen estar sobrerrepresentadas en esta etapa de la vida.

En cuanto a las enfermedades evaluadas, el 64% (32 personas) fueron diagnosticadas con diabetes mellitus, mientras que el 36% (18 personas) presentaron hipertensión arterial. Esto representa una diferencia de 28 puntos porcentuales a favor de la diabetes, lo que evidencia una mayor carga de enfermedades metabólicas en esta población. Todos los participantes presentaron al menos una de las dos condiciones, lo que refuerza la importancia de su detección temprana y control clínico. Además, estos datos reflejan una necesidad urgente de estrategias de prevención y seguimiento para reducir complicaciones asociadas a estas patologías.

Al observar los datos por grupo, se destaca que los hombres de 60 a 65 años presentaron una prevalencia de hipertensión del 54.5% y de diabetes del 45.5%, mientras que, en las mujeres del mismo grupo, la diabetes fue predominante (75%) frente a la hipertensión (25%). En el grupo de hombres de 65 a 70 años, el 72.7% tenía diabetes y el 27.3% hipertensión, siendo el segmento con más casos de diabetes en todo el estudio. En mujeres de esa edad, las cifras fueron más equilibradas: 57.1% con diabetes y 42.9% con hipertensión. Finalmente, los hombres de 70 años o más mostraron la prevalencia más alta de hipertensión (83.3%) y la más baja de diabetes (16.7%).

**Tabla 3**  
*Características sociodemográficas de la muestra*

Grupo Sociodemográfico	Total, del Grupo	Hipertensión (1)	% de Hipertensión (1)	Diabetes (2)	% de Diabetes (2)
Hombres 60-65 años	11	6	54.50%	5	45.50%
Mujeres 60-65 años	4	1	25.00%	3	75.00%

<b>Hombres 65-70 años</b>	22	6	27.30%	16	72.70%
<b>Mujeres 65-70 años</b>	7	3	42.90%	4	57.10%
<b>Hombres 70+ años</b>	6	5	83.30%	1	16.70%
<b>Mujeres 70+ años</b>	0	0	N/A	0	N/A
<b>TOTAL</b>	50	18	36.00%	32	64.00%

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

#### **4.1.2. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico**

El análisis integral de la encuesta, que abarca la adherencia farmacológica y no farmacológica, revela un panorama de adherencia media en la población de estudio, reflejado en la media de 1.46 sobre 2 obtenida en la escala global aplicada. Este dato estadístico sugiere que, en promedio, los encuestados se ubican en un punto intermedio de cumplimiento terapéutico. Un hallazgo más contundente es la mediana de 1.00, lo que indica que al menos la mitad de la población aún presenta fallos significativos en una parte importante de las pautas de tratamiento. Esta situación es de alta relevancia clínica, ya que el seguimiento continuo y estricto es indispensable para las patologías crónicas como la hipertensión y la diabetes. El incumplimiento, ya sea por olvido, dificultades económicas o desinformación, incide directamente en el control de la enfermedad y el riesgo de complicaciones futuras, tal como sugiere la literatura especializada.

La aplicación del (TMMG) confirma y cuantifica la baja calidad de la adherencia, mostrando que el 72% de los sujetos se clasifica en Adherencia Media o Baja. Específicamente, el 40% de la población (20 personas) se encuentra en la categoría de Adherencia Baja, lo que significa que fallan en tres o cuatro de los criterios de cumplimiento (olvido, horario, o suspensión por iniciativa propia). Este resultado es alarmante, ya que indica una alta prevalencia de patrones de comportamiento que directamente comprometen la eficacia del tratamiento y aumentan el riesgo de complicaciones agudas y crónicas. Más aún, la ausencia total de Adherencia Alta en las primeras dos aplicaciones del TMMG subraya que el problema no es aislado, sino un fenómeno extendido en la muestra, donde la presión arterial y la glucemia están expuestas a constantes fluctuaciones por la inconsistencia farmacológica.

**Tabla 4**  
*Adherencia Farmacológica (cuestionario)*

<b>Clasificación de Adherencia</b>	<b>Puntaje TMMG</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Adherencia Baja</b>	3 a 4 puntos	20	40.0%
<b>Adherencia Media</b>	1 a 2 puntos	16	32.0%
<b>Adherencia Alta (Cumplidor)</b>	0 puntos	14	28.0%
<b>Total, General</b>		50	100.0%

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

El Baremo del TMMG muestra resultados muy positivos en esta muestra de adultos mayores. Con una media de 1.90 y mediana de 2.00, se puede concluir que la mayoría de los participantes alcanzaron un nivel alto en la variable evaluada por este baremo (aunque no se especifica el contenido exacto del baremo, suele utilizarse para medir aspectos como motivación, autocuidado o percepción de bienestar). Además, la baja desviación estándar (0.303) refuerza la idea de que el grupo es homogéneo en este aspecto y que el desempeño o nivel general es alto.

Esto contrasta con el baremo de adherencia no farmacológica, donde los valores eran más bajos (media de 1.24). Por tanto, es posible que, aunque los adultos mayores tengan una actitud positiva o alta percepción personal, esto no necesariamente se traduce en una alta adherencia a prácticas no farmacológicas, lo cual puede señalar una brecha entre la intención o actitud y la conducta real.

**Tabla 5**  
*Baremo del TMMG*

<b>N</b>	50
<b>Perdidos</b>	0
<b>Media</b>	1.90
<b>Mediana</b>	2.00
<b>Desviación estándar</b>	0.303
<b>Mínimo</b>	1
<b>Máximo</b>	2

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

El resultado global muestra que el 72% de los encuestados (36 personas) presenta un nivel de adherencia subóptimo (Media o Baja) al tratamiento farmacológico, lo que indica un alto riesgo de descontrol de sus patologías crónicas. Solo el 28% de la población puede considerarse cumplidora estricta.

**Tabla 6**  
*Interpretación del Resultado General*

Nivel de Riesgo	Suma de Frecuencias	Suma de Porcentajes
Adherencia Subóptima (Riesgo Alto)	36	72.0%
Adherencia Alta (Riesgo Bajo)	14	28.0%

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

La adherencia farmacológica es un punto fuerte, con el 100% de los encuestados tomando todos los medicamentos prescritos y un 98% cumpliendo con todas las dosis. Sin embargo, el problema no es la voluntad sino la precisión. Un 32% no respeta las horas indicadas para la toma y un 24% incumple las pautas de interacción con alimentos. Esto sugiere que, si bien el paciente incorpora la medicación a su vida, la falta de rigor en el horario y el desconocimiento sobre la mejor manera de tomarla representan una barrera técnica que podría comprometer la biodisponibilidad y la eficacia del fármaco. La intervención debe centrarse en la educación sobre la farmacocinética y el uso de alarmas o recordatorios.

**Tabla 7**  
*Adherencia Farmacológica (Toma de Medicamentos)*

1. Adherencia Farmacológica (Toma de Medicamentos)	Frecuencia (n) Sí (2)	Porcentaje (%) Sí (2)	Frecuencia (n) No (1)	Porcentaje (%) No (1)
1a. ¿Se toma todos los medicamentos que le han ordenado?	50	100.0%	0	0.0%
1b. ¿Se toma todas las dosis de los medicamentos ordenados?	49	98.0%	1	2.0%
1c. ¿Se toma los medicamentos en las horas indicadas?	34	68.0%	16	32.0%
1d. ¿Cumple con las recomendaciones dadas para la toma de los medicamentos en relación con los alimentos?	38	76.0%	12	24.0%

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

Para calcular el nivel de adherencia farmacológica con los parámetros contemplados en el instrumento se calculó el baremo en las preguntas del ítem 1 adherencia farmacológica, los adultos mayores evaluados casi en su total, con una media de 1.98 sobre un máximo de 2 y una mediana perfecta de 2.00. La bajísima desviación estándar (0.141) sugiere que prácticamente todos los participantes toman sus medicamentos según las indicaciones. Este comportamiento es muy positivo, especialmente considerando la alta prevalencia de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión en esta muestra. Esto refuerza los resultados del baremo aplicado en las interrogantes de TMMG.

**Tabla 8***Baremo de adherencia farmacológico*

<b>Baremo adherencia farmacológico</b>	
<b>N</b>	50
<b>Perdidos</b>	0
<b>Media</b>	1.98
<b>Mediana</b>	2.00
<b>Desviación estándar</b>	0.141
<b>Mínimo</b>	1
<b>Máximo</b>	2

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.***4.1.3. Nivel de adherencia al tratamiento no farmacológico**

Dentro del instrumento de medición de los niveles de adherencia no farmacológica, se encuentran la adherencia a la actividad física, dieta, estilos de vida, citas y controles, monitoreo en casa, reconocimiento de complicaciones clínicas y molestias/efectos secundarios, reconocimiento de complicaciones crónicas hábitos de sueño, barreras laborales y apoyo familiar descanso y alimentación. El análisis del baremo indica que, en esta muestra de 50 adultos mayores, la adherencia a las recomendaciones no farmacológicas es mayormente baja. La puntuación media de 1.24 en una escala de 1 a 2 revela que solo una minoría reporta una adherencia alta. Esta tendencia resalta la necesidad de intervenciones educativas y de acompañamiento, especialmente en lo que respecta a hábitos saludables, ejercicio físico, dieta, control del estrés, entre otros aspectos no farmacológicos del tratamiento.

**Tabla 9***Baremo de niveles de adherencia no farmacológica*

<b>N</b>	50
<b>Perdidos</b>	0
<b>Media</b>	1.24
<b>Mediana</b>	1.00
<b>Desviación estándar</b>	0.431
<b>Mínimo</b>	1
<b>Máximo</b>	2

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

En relación con la adherencia a las actividades físicas 80% de los encuestados no cumple con el mínimo de 30 minutos de ejercicio diario ni con la frecuencia de cuatro veces a la semana. Peor aún, el 98% omite las fases de calentamiento y enfriamiento. Esto no solo indica una falta de cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida, sino que también sugiere que el poco ejercicio que se realiza podría ser inseguro debido a la omisión de técnicas de prevención de lesiones. La falta de ejercicio es un factor de riesgo mayor para las patologías

crónicas, y su bajo cumplimiento demanda estrategias de motivación e integración mucho más fuertes, posiblemente adaptadas a las capacidades individuales.

**Tabla 10**  
*Adherencia a la Actividad Física*

<b>2. Adherencia a la Actividad Física</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
2a. Cuando realiza ejercicio lo realiza como mínimo de 30 minutos al día?	10	20.0%	40	80.0%
2b. ¿Realiza ejercicio por lo menos 4 veces a la semana?	10	20.0%	40	80.0%
2c. ¿Antes de empezar el ejercicio usted realiza calentamiento y estiramiento?	1	2.0%	49	98.0%
2d. Posterior al ejercicio realiza enfriamiento con estiramiento?	1	2.0%	49	98.0%

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

La adherencia a la dieta es selectiva y desafiante. Existe un alto compromiso con la restricción de sal (94%) y azúcares (76%), pero un fracaso significativo en evitar los alimentos que más generan placer o comodidad. El 62% no evita postres, dulces y gaseosas, y un 44% no sigue la dieta baja en harinas y almidones. Aunque el consumo de frutas y verduras es relativamente alto (70%), el alto porcentaje de consumo de alimentos procesados y ricos en carbohidratos neutraliza los beneficios de las restricciones. Esto indica que la barrera principal no es el conocimiento, sino el control del impulso y la dificultad de mantener un entorno alimentario libre de tentaciones.

**Tabla 11**  
*Adherencia a la Dieta (Restricciones y Consumo)*

<b>3. Adherencia a la Dieta (Restricciones y Consumo)</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
3a. ¿Cumple con la dieta baja en sal?	47	94.0%	3	6.0%
3b. ¿Cumple con la dieta baja en grasas?	30	60.0%	20	40.0%
3c. ¿Cumple con una dieta baja en azúcares?	38	76.0%	12	24.0%
3d. ¿Cumple con la dieta baja en harina y almidones?	28	56.0%	22	44.0%
3e. ¿Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras?	35	70.0%	15	30.0%
3f. ¿Evita el consumo de alimentos como: postres, ¿dulces, panes, gaseosas?	19	38.0%	31	62.0%

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

Respecto a los hábitos tóxicos, con índices de tabaquismo inexistentes (0%) y bajo consumo de alcohol (2% Sí). El problema principal radica en la salud emocional. Un abrumador 98% de los encuestados reportó preocupación en la última semana, y más de la mitad (54%)

experimentó enojo o disgusto. Esta alta prevalencia de estrés percibido y preocupación crónica es un factor de riesgo psicológico que puede sabotear la adherencia e inducir picos de presión arterial y glucemia. Es imperativo que el tratamiento incluya estrategias de manejo del estrés y apoyo psicosocial.

**Tabla 12**  
*Estilos de Vida (Alcohol, Tabaco y Estrés/Preocupación)*

<b>4. Estilos de Vida (Alcohol, Tabaco y Estrés/Preocupación)</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
4a. Consume más de dos copas de licor o dos vasos de cerveza o bebidas alcohólicas al día? *	1	2.0%	49	98.0%
4b. ¿Actualmente fuma? *	0	0.0%	50	100.0%
4c. ¿Ha tenido situaciones que le generen disgusto (rabia) en la última semana? *	27	54.0%	23	46.0%
4d. ¿Ha tenido situaciones que le generen preocupación en la última semana? *	49	98.0%	1	2.0%

**Nota:** *Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

La obediencia institucional es alta, con un 98% de asistencia a citas programadas y a revisión de laboratorios. La falencia se produce en la proactividad del paciente. El 58% no acude a control cuando sus valores de glucemia o presión se alteran, y el 56% no asiste cuando tiene dudas. Esto revela una actitud reactiva en lugar de preventiva. El paciente espera la cita de rutina en lugar de activar la consulta cuando es necesario, lo cual es crítico para evitar descompensaciones. Las barreras de acceso, el costo o la minimización de la gravedad de los síntomas alterados pueden ser la causa de esta falta de iniciativa.

**Tabla 13**  
*Adherencia a Citas y Controles Médicos*

<b>5. Adherencia a Citas y Controles Médicos</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
5a. ¿Asiste a cita o control cuando se siente enfermo?	42	84.0%	8	16.0%
5b. ¿Asiste a cita o control cuando tiene citas programadas?	49	98.0%	1	2.0%
5c. ¿Asiste a cita o control cuando tiene dudas o inquietudes acerca del tratamiento?	22	44.0%	28	56.0%
5d. ¿Asiste a cita o control cuando los valores de la tensión arterial o glicemia (azúcar) se encuentran alterados?	21	42.0%	29	58.0%
5e. ¿Asiste a cita o control cuando requiere mostrar resultados de laboratorio?	49	98.0%	1	2.0%

**Nota:** Elaborado en programa estadístico Jamovi.

Dentro de los controles y autocuidado se expone una vulnerabilidad crítica debido a que (86% no tiene acceso a dispositivos de monitoreo (tensiómetro/glucómetro)), lo que conduce a que el 88% no lleve un registro de sus valores y el 68% no realice tomas frecuentes. Sin estas herramientas y datos, el paciente opera a ciegas, incapaz de medir el impacto de su dieta o medicamento. Esta deficiencia condena al paciente a ser un receptor pasivo del tratamiento. Es fundamental abordar la accesibilidad a los dispositivos y la educación en el registro y la interpretación de los datos para empoderar al paciente.

**Tabla 14**  
*Monitoreo en Casa y Registro*

<b>6. Monitoreo en Casa y Registro</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
6a. ¿Tiene facilidad para conseguir un tensiómetro y/o glucómetro?	7	14.0%	43	86.0%
6b. ¿Realiza con frecuencia tomas de la presión arterial y/o glucometría?	16	32.0%	34	68.0%
6c. ¿Lleva un registro en su casa de los valores obtenidos de la presión arterial y/o glucometría (fecha, hora, valores)?	6	12.0%	44	88.0%

**Nota:** Elaborado en programa estadístico Jamovi.

A pesar de que el 100% de los pacientes afirman conocer los síntomas y las molestias, el conocimiento específico es bajo. Síntomas de alarma de hipertensión como las alteraciones visuales (76% No) son ignorados, y síntomas específicos de la medicación como la tos (98% No) o la impotencia sexual (100% No) son desconocidos. Respecto a la diabetes, la sed intensa (52% No) y las alteraciones visuales (82% No) se reconocen pobremente. Este desconocimiento lleva al paciente a no buscar ayuda o, peor aún, a suspender la medicación por efectos secundarios que no saben reconocer ni reportar. La educación sanitaria debe ser mucho más detallada sobre los signos de alarma y los efectos adversos.

**Tabla 15**  
*Reconocimiento de complicaciones clínicas y molestias/Efectos Secundarios*

<b>7. Reconocimiento de Síntomas de Hipertensión (Crisis)</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
7a. Alteraciones visuales (ver borroso, luces o manchas oscuras)	12	24.0%	38	76.0%
7b. Calor	25	50.0%	25	50.0%
7c. Dolor de cabeza	28	56.0%	22	44.0%
7d. Palpitaciones	12	24.0%	38	76.0%
7e. Sangrado nasal	0	0.0%	50	100.0%
7f. Sentir un pito o zumbido en el oído	22	44.0%	28	56.0%
7g. Sudoración	15	30.0%	35	70.0%
7h. Debilidad/cansancio	33	66.0%	17	34.0%

7i. Enrojecimiento de la cara	4	8.0%	46	92.0%
<b>7. Reconocimiento de Síntomas de Hiperglucemia (Azúcar Alta)</b>				
7. Reconoce los síntomas cuando se le sube el azúcar?	50	100.0%	0	0.0%
7ai. Sed intensa	24	48.0%	26	52.0%
7bi. Boca seca	20	40.0%	30	60.0%
7ci. Necesidad de orinar en bastante cantidad	34	68.0%	16	32.0%
7di. Debilidad/cansancio	32	64.0%	18	36.0%
7ei. Alteraciones visuales	9	18.0%	41	82.0%
7fi. Mareo (borrachera)	30	60.0%	20	40.0%
7gi. Confusión/Incoherencia (atontado, embotado)	24	48.0%	26	52.0%
<b>8. Reconocimiento de Molestias/Efectos Secundarios (Hipertensión)</b>				
¿Usted reconoce cuales son las molestias causadas por el tratamiento para el control para la presión arterial?	50	100.0%	0	0.0%
8a. Baja tensión	25	50.0%	25	50.0%
8b. Boca seca	27	54.0%	23	46.0%
8c. Depresión (tristeza)	46	92.0%	4	8.0%
8d. Edema/hinchazón	21	42.0%	29	58.0%
8e. Estreñimiento	5	10.0%	45	90.0%
8f. Impotencia sexual	0	0.0%	50	100.0%
8g. Irritación gástrica (ardor)	15	30.0%	35	70.0%
8h. Mareo	30	60.0%	20	40.0%
8i. Tos	1	2.0%	49	98.0%
8j. Aumento de la frecuencia o cantidad de orina	8	16.0%	42	84.0%
<b>8. Reconocimiento de Molestias/Efectos Secundarios (Diabetes)</b>				
8. Usted reconoce cuales son las molestias causadas para el tratamiento para el control de la diabetes (azúcar) Mencionalas	50	100.0%	0	0.0%
8ai. Cefalea	25	50.0%	25	50.0%
8bi. Palpitaciones	5	10.0%	45	90.0%
8ci. Sudoración	22	44.0%	28	56.0%
8di. Palidez	25	50.0%	25	50.0%
8ei. Alteraciones visuales	20	40.0%	30	60.0%
8fi. Ganas de vomitar y/o vómito	8	16.0%	42	84.0%
8gi. Mareo	22	44.0%	28	56.0%
8hi. Temblor	31	62.0%	19	38.0%
8ii. Sensación de hambre (agonía)	10	20.0%	40	80.0%
8ji. Hormigueo/entumecimiento (adormecimiento de extremidades)	27	54.0%	23	46.0%
8ki. Diarrea	0	0.0%	50	100.0%

**Nota:** Elaborado en programa estadístico Jamovi.

El reconocimiento de las complicaciones es alto en general, pero se sesga hacia lo

sintomático: el dolor en las piernas (80%) y el cansancio fácil (76%) son lo más reconocido. Sin embargo, las complicaciones silenciosas y críticas son desconocidas. El 86% no reconoce la disminución de pulsos y el 82% no identifica las úlceras como complicación de la diabetes o hipertensión, y el 78% no identifica la taquicardia. Esta falta de conciencia sobre los signos de daño orgánico progresivo (neuropatía, vasculopatía) es una falla educativa que pone en riesgo la extremidad y la función de órganos vitales.

**Tabla 16**  
*Reconocimiento de Complicaciones Crónicas*

<b>9. Reconocimiento de Complicaciones Crónicas</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
9. Reconoce las complicaciones de ser diabético i/o hipertenso, de cuales síntomas usted está pendiente?	50	100.0%	0	0.0%
9a. Cambio brusco de la agudeza visual	22	44.0%	28	56.0%
9b. Dolor agudo de los ojos	15	30.0%	35	70.0%
9c. Hinchazón de los párpados en horas de la mañana	24	48.0%	26	52.0%
9d. Disminución del volumen urinario	24	48.0%	26	52.0%
9e. Cansancio fácil	38	76.0%	12	24.0%
9f. Disminución de pulsos	7	14.0%	43	86.0%
9g. Pérdida de sensibilidad (hormigueo)	30	60.0%	20	40.0%
9h. Úlceras	9	18.0%	41	82.0%
9i. Dolor en las piernas durante la marcha	40	80.0%	10	20.0%
9j. Taquicardia	11	22.0%	39	78.0%
9k. Intolerancia al ejercicio	17	34.0%	33	66.0%

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

#### ***4.1.4. Barreras de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico***

Por otro lado, dentro de las barreras encontradas en la investigación se determinó que los adultos mayores al momento de adherirse a un tratamiento se encuentran barreras laborales, apoyo familiar, hábitos de sueño, descanso y alimentación, éstas pueden influir de manera directa o indirecta en el cumplimiento del tratamiento. El análisis del Baremo de Barreras indica que, aunque la mayoría de los adultos mayores no perciben grandes obstáculos para seguir las recomendaciones de salud (mediana = 2.00), existe una parte significativa de la muestra que sí enfrenta barreras importantes (media = 1.70). La alta dispersión de respuestas (desviación estándar: 0.463) sugiere que las barreras no son uniformes en la población: algunas personas podrían tener dificultades económicas, físicas, sociales o cognitivas que limitan su capacidad para cumplir con tratamientos, especialmente no farmacológicos.

**Tabla 17**  
*Baremo de Barreras de adherencia*

<b>N</b>	50
<b>Perdidos</b>	0
<b>Media</b>	1.70
<b>Mediana</b>	2.00
<b>Desviación estándar</b>	0.463
<b>Mínimo</b>	1
<b>Máximo</b>	2

**Nota:** *Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

Dentro de las barreras presentadas existe una alta fortaleza en el apoyo social, con el 74% de la familia modificando funciones y el 74% de los pacientes adaptando sus labores para el tratamiento. Sin embargo, el tiempo sigue siendo una barrera funcional. Un 46% percibe el tratamiento como demandante de tiempo, y el 30% no interrumpe sus actividades para tomar la medicación a tiempo. Esto significa que la urgencia del trabajo o el hogar prioriza sobre la salud. La estrategia de adherencia debe enfocarse en la integración silenciosa de las rutinas de cuidado, buscando maneras de tomar la medicación y realizar pausas sin que interfieran significativamente con las actividades productivas.

**Tabla 18**  
*Barreras Laborales y Apoyo Familiar*

<b>10. Barreras Laborales y Apoyo Familiar</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
10a. Durante el día interrumpe las actividades del hogar/trabajo para tomar a tiempo los medicamentos	35	70.0%	15	30.0%
10b. Ha modificado labores del trabajo o actividades del hogar para poder cumplir con las recomendaciones dadas por el equipo de salud	37	74.0%	13	26.0%
10c. Considera que cumplir con el tratamiento (hacer ejercicio, tomar los medicamentos, asistir a citas) demanda mucho tiempo*	23	46.0%	27	54.0%
10d. Los miembros de la familia han modificado las funciones para ayudarle al cumplimiento del tratamiento	37	74.0%	13	26.0%

**Nota:** *Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

La calidad del sueño es la principal amenaza en esta área. Un alarmante 86% no duerme las horas recomendadas (6 a 8 horas), lo que se relaciona directamente con el 70% que no siente tener suficiente energía. Aunque el 70% sí se toma el tiempo adecuado para las comidas y el 74% realiza actividades recreativas, la privación crónica del sueño es un factor de riesgo metabólico y cardiovascular significativo. La falta de un descanso reparador anula los esfuerzos realizados en otras áreas y debe ser un objetivo prioritario de intervención.

**Tabla 19**  
*Hábitos de Sueño, Descanso y Alimentación*

<b>11. Hábitos de Sueño, Descanso y Alimentación</b>	<b>Frecuencia (n) Sí (2)</b>	<b>Porcentaje (%) Sí (2)</b>	<b>Frecuencia (n) No (1)</b>	<b>Porcentaje (%) No (1)</b>
11a. ¿Duerme entre 6 y 8 horas al día?	7	14.0%	43	86.0%
11b. ¿Al despertar siente que descansó durante la noche?	40	80.0%	10	20.0%
11c. ¿Siente que tiene la energía suficiente para llevar a cabo las actividades diarias?	15	30.0%	35	70.0%
11d. ¿Realiza periodos de descanso durante las labores del trabajo o del hogar?	18	36.0%	32	64.0%
11e. ¿Cuenta con mínimo 30 minutos para tomar cada una de las 3 comidas importantes del día?	35	70.0%	15	30.0%
11f. En momentos diferentes de las labores del trabajo o del hogar realiza al menos una vez al día actividades de recreación y descanso (ver tv, caminar, leer, etc)	37	74.0%	13	26.0%

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

#### **4.1.5. Análisis inferencial Chi cuadrado**

Para la identificar las barreras dentro de la adherencia y no adherencia de los pacientes determinado en el tercer objetivo se aplicó un análisis inferencial con la prueba de Chi-cuadrado que permitió establecer asociaciones entre las variables de interés. En primer lugar, se exploró la relación entre la edad y la percepción de barreras, obteniéndose un valor de  $\chi^2 = 15.5$  con 2 grados de libertad y un nivel de significancia  $p < 0.001$ . Este resultado es altamente significativo y demuestra que la edad influye directamente en las diferencias en la percepción de barreras entre los pacientes. En concreto, se observó que en el grupo de 65 a 70 años existió una mayor concentración de sujetos en la categoría de barreras desfavorables, mientras que en los extremos etarios (60-65 y mayores de 70) la distribución se concentró en una sola categoría. Estos hallazgos evidencian que la edad no es neutra en la percepción de barreras, ya que los pacientes de mediana edad dentro de la muestra manifiestan más dificultades en comparación con los más jóvenes o los de mayor edad.

**Tabla 20**  
*Chi Cuadrado de Edad y Barrera*

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>P</b>
$\chi^2$	15.5	2	<.001
N	50		

*Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.*

De igual forma, cuando se evaluó la asociación entre edad y adherencia no farmacológica, los resultados mostraron significancia estadística. El valor obtenido fue de  $\chi^2 = 15.52$  con 2 grado de libertad y un nivel de significancia  $p = 0.004$  lo cual expone que existe una relación significativa entre las variables.

**Tabla 21***Chi Cuadrado de Edad y Adherencia no farmacológica*

Pruebas de

 $\chi^2$ 

	Valor	gl	P
$\chi^2$	15.52	2	< 0.05
N	50		

: Elaborado en programa estadístico Jamovi.

De manera complementaria, la relación entre la edad y la adherencia farmacológica medida a través de la escala de Morisky-Green resultó irrelevante, alcanzando un valor de  $\chi^2 = 0.113$  con 1 grado de libertad y un  $p = 0.736$ . Igualmente, los resultados obtenidos por con la aplicación del cuestionario dieron un valor de  $\chi^2 = 0.00$  con 1 grado de libertad y un  $p = 1.000$ . Estos hallazgos evidencian que la edad no constituye un factor determinante en la variación de la adherencia farmacológica, pues los pacientes mantienen niveles similares de cumplimiento sin importar el grupo etario al que pertenecen. Esto permite concluir que la edad sí se vincula a la percepción de barreras, pero no tiene relación directa con el grado de adherencia.

**Tabla 22***Chi Cuadrado Morisky-Green*

	Valor	gl	P
$\chi^2$	0.113	1	0.736
N	50		

Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.

**Tabla 23***Chi Cuadrado Edad y Adherencia Farmacológica*

	Valor	gl	P
$\chi^2$	0.00	1	1.000
N	50		

Nota: Elaborado en programa estadístico Jamovi.

En lo que respecta a la variable barreras, se identificaron diferencias en su impacto sobre las dimensiones farmacológica y no farmacológica de adherencia. El análisis entre barreras y adherencia farmacológica arrojó un valor de  $\chi^2 = 0.437$  con 1 grado de libertad y un nivel de significancia  $p = 0.508$ , lo que demuestra la ausencia de asociación estadística. Este resultado indica que la presencia de barreras reportadas por los pacientes no modifica de manera significativa el nivel de cumplimiento con los medicamentos prescritos, lo que puede explicarse por la prioridad que los individuos asignan al tratamiento farmacológico frente a otras prácticas.

**Tabla 24**  
*Barreras y Adherencia Farmacológica*

Pruebas de $\chi^2$			
	Valor	gl	P
$\chi^2$	0.437	1	0.508
N	50		

**Nota:** Elaborado en programa estadístico Jamovi.

En la asociación entre barreras y adherencia no farmacológica, los resultados fueron contundentes. Se obtuvo un valor de  $\chi^2 = 6.77$  con 1 grado de libertad y un nivel de significancia  $p = 0.009$ , lo cual confirma la existencia de una relación significativa entre ambas variables. Los conteos de la tabla muestran que los pacientes con mayores barreras tienden a presentar menor cumplimiento con las medidas no farmacológicas, tales como seguir una dieta adecuada, practicar actividad física o mantener hábitos de vida saludables. Este hallazgo refuerza la idea de que la adherencia no farmacológica se ve más afectada por limitaciones económicas, falta de motivación o desconocimiento, factores que constituyen las barreras principales reportadas por los participantes. De este modo, se comprueba que las barreras tienen un papel clave en el manejo integral de la enfermedad, especialmente en los aspectos que requieren cambios conductuales sostenidos.

**Tabla 25**  
*Chi Cuadrado Barrera y Adherencia no farmacológica*

	Valor	gl	p
$\chi^2$	6.77	1	0.009
N	50		

**Nota:** Elaborado en programa estadístico Jamovi.

## 4.2 Comprobación de Hipótesis

La comprobación de hipótesis se realizó aplicando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, lo que permitió contrastar la relación entre las variables planteadas en el estudio. En primer lugar, se determinó que la edad no mostró asociación significativa con la adherencia farmacológica. En contraste, con la adherencia no farmacológica, El valor obtenido fue de  $\chi^2 = 15.52$  con 2 grado de libertad y un nivel de significancia  $p = 0.004$  lo cual expone que existe una relación significativa entre las variables; mientras que, en la relación con la adherencia farmacológica evaluada mediante la escala de Morisky-Green, se obtuvo un  $\chi^2 = 0.113$  con 1 grado de libertad y un  $p = 0.736$ . Estos valores, al ser superiores al nivel de significancia convencional ( $p > 0.05$ ), obligan a mantener la hipótesis (H1), confirmando que la edad no influye en los niveles de adherencia farmacológica, pero sí en la adherencia no farmacológica.

Por otra parte, la variable barrera mostró un comportamiento distinto. En el caso de la adherencia farmacológica, los resultados arrojaron un  $\chi^2 = 0.437$  con 1 grado de libertad y un  $p = 0.508$ , lo que indica la ausencia de relación estadísticamente significativa. Sin embargo, al analizar la adherencia no farmacológica, se obtuvo un  $\chi^2 = 6.77$  con 1 grado de libertad y un nivel de significancia  $p = 0.009$ , lo que confirma una asociación directa entre ambas variables. Este hallazgo demuestra que la presencia de barreras económicas, sociales o motivacionales influye de manera clara en el incumplimiento de prácticas no farmacológicas como la dieta, el ejercicio y los cambios de estilo de vida, elementos esenciales en el control de enfermedades crónicas.

De manera complementaria, se identificó que la edad sí se asocia significativamente con la percepción de barreras, obteniéndose un valor de  $\chi^2 = 15.5$  con 2 grados de libertad y un nivel de significancia  $p < 0.001$ . Este resultado refleja que el grupo de pacientes de 65 a 70 años concentra una proporción mayor de barreras en comparación con los demás grupos etarios, lo que evidencia que la edad no influye en la adherencia directamente, pero sí condiciona el grado de dificultades que perciben los pacientes para seguir su tratamiento.

En síntesis, los resultados permiten confirmar la hipótesis de investigación de manera parcial. Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alternativa ( $H_1$ ) en las asociaciones entre barreras y adherencia no farmacológica, así como entre edad y barreras, y entre edad y adherencia no farmacológica, lo que confirma que dichos factores influyen en la conducta terapéutica de los pacientes. En contraste, se mantiene la hipótesis nula en la relación entre edad y adherencia farmacológica, así como en el análisis entre barreras y adherencia farmacológica, dado que no se encontraron asociaciones significativas. Por lo tanto, la hipótesis de investigación queda validada parcialmente, destacándose la influencia de las barreras principalmente en el ámbito no farmacológico, mientras que la edad incide de manera específica en este mismo ámbito afectando la percepción de las barreras y la adherencia no farmacológica, pero no en la adherencia farmacológica.

## 5. CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar la relación entre la adherencia terapéutica, tanto farmacológica como no farmacológica, en pacientes de la parroquia Atahualpa. Los resultados obtenidos confirman parcialmente la hipótesis de estudio, al demostrar que la edad no influye significativamente en la adherencia farmacológica, pero sí guarda una relación estadísticamente significativa con la adherencia no farmacológica y con la percepción de barreras. De igual forma, se identificó que las barreras se asocian con la adherencia no farmacológica, pero no con la farmacológica, lo que evidencia la complejidad de los factores que intervienen en el cumplimiento terapéutico.

Con respecto al primer objetivo específico, que fue evaluar la influencia de la edad en la adherencia, se comprobó que no existen asociaciones significativas con la adherencia farmacológica, medida tanto por la escala de Morisky-Green ( $\chi^2 = 0.113$ ;  $p = 0.736$ ) como por el instrumento adaptado ( $\chi^2 = 0.00$ ;  $p = 1.00$ ). Sin embargo, en el caso de la adherencia no farmacológica, sí se evidenció una asociación significativa ( $\chi^2 = 15.52$ ;  $p = 0.0004$ ). Esto permite concluir que la edad, como variable sociodemográfica, es un predictor relevante únicamente en la adherencia no farmacológica. De igual manera, la relación entre edad y percepción de barreras fue estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 15.5$ ;  $p < 0.001$ ), mostrando que los pacientes de 65 a 70 años concentran un mayor nivel de barreras en comparación con otros grupos etarios. Este hallazgo sugiere que la edad incide directamente en las dificultades para cumplir con las recomendaciones médicas no farmacológicas.

En concordancia con el segundo objetivo, se determinó que el nivel de adherencia farmacológica en la población de estudio es mayoritariamente subóptimo: el 72% de los adultos mayores (36 personas) se ubica en las categorías de adherencia media (32%) o baja (40%), mientras que solo el 28% (14 personas) alcanza un nivel alto de cumplimiento. Aunque el 100% de los encuestados manifestó tomar todos los medicamentos prescritos y el 98% cumple con las dosis, se identificaron fallos técnicos en aspectos clave: el 32% no respeta los horarios indicados y el 24% incumple las recomendaciones relacionadas con los alimentos. Estos resultados muestran que, si bien existe compromiso con la ingesta de fármacos, las deficiencias en la precisión del tratamiento limitan su eficacia y colocan a la mayoría de la población en un nivel de riesgo elevado para el control de la hipertensión y la diabetes.

Por otra parte, la adherencia no farmacológica en la muestra es predominantemente baja, con una media de 1.24 y mediana de 1.00 en una escala de 1 a 2. La mayoría de los participantes no cumple con las recomendaciones de ejercicio, dieta, descanso y autocontrol.

En detalle, el 80% no realiza actividad física suficiente ni prácticas de calentamiento/enfriamiento; el 62% no evita postres, dulces ni gaseosas; el 44% no sigue una alimentación baja en harinas/almidones; el 86% duerme menos de 6 a 8 horas diarias, y el 70% no siente tener suficiente energía. Estos factores afectan directamente la salud metabólica y cardiovascular. El análisis inferencial confirma que las barreras percibidas se asocian significativamente con la baja adherencia no farmacológica ( $\chi^2 = 6.77$ ;  $p = 0.009$ ), lo que demuestra que factores como el desconocimiento, la falta de motivación y las dificultades de integración en la rutina diaria condicionan el incumplimiento de hábitos saludables.

En relación con el tercer objetivo, orientado a identificar la relación entre barreras y adherencia terapéutica, los resultados fueron consistentes. Se evidenció que las barreras no tienen asociación significativa con la adherencia farmacológica ( $\chi^2 = 0.437$ ;  $p = 0.508$ ), lo que indica que los pacientes priorizan el consumo de medicamentos pese a las dificultades. No obstante, sí existe relación significativa entre las barreras y la adherencia no farmacológica ( $\chi^2 = 6.77$ ;  $p = 0.009$ ), revelando que limitaciones económicas, desconocimiento y falta de motivación restringen el cumplimiento de prácticas de autocuidado esenciales en el manejo integral de enfermedades crónicas.

En respuesta al cuarto objetivo, se recomienda que el personal de enfermería fortalezca su rol en el seguimiento de pacientes crónicos mediante un enfoque integral que incluya educación personalizada sobre hábitos no farmacológicos, considerando que la adherencia a la actividad física es del 20%, el 62% no evita postres y dulces, y el 86% no duerme las horas recomendadas. Además, es necesario fomentar el uso de dispositivos de monitoreo domiciliario dado que el 86% carece de tensiómetro o glucómetro y el 88% no lleva registros—, reforzar la adherencia a controles médicos ya que el 58% no acude ante alteraciones de glucemia o presión arterial, e involucrar a la familia, que en un 74% ya adapta funciones para apoyar al paciente. La implementación de recordatorios, estrategias motivacionales y la identificación de barreras individuales permitirá mejorar la adherencia integral y garantizar un manejo más efectivo de las enfermedades crónicas.

En síntesis, los hallazgos de este estudio confirman que la adherencia terapéutica está influenciada principalmente por las barreras percibidas, mientras que la edad solo interviene de manera significativa en el ámbito no farmacológico. Los resultados responden al objetivo general al evidenciar que las barreras actúan como un factor limitante del cumplimiento, especialmente en los cambios de estilo de vida, mientras que la edad condiciona indirectamente la magnitud de estas barreras. Estos hallazgos tienen implicaciones directas en la práctica

clínica y comunitaria, ya que resaltan la necesidad de implementar programas educativos, estrategias de apoyo social y políticas de accesibilidad que reduzcan las barreras y fortalezcan la adherencia terapéutica, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los pacientes estudiados.

## 6. RECOMENDACIONES

Se propone que el personal de enfermería y los equipos de salud desarrollen talleres prácticos y charlas educativas dirigidas a los pacientes, en los que se enseñe cómo integrar adecuadamente el tratamiento farmacológico con medidas no farmacológicas. Es importante explicar de forma clara y sencilla cómo combinar la toma de medicamentos con hábitos saludables, tales como mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicios suaves y aprender estrategias para el manejo del estrés.

Para promover la adherencia a estas prácticas, se recomienda la organización de grupos comunitarios de caminata o actividad física adaptada, especialmente diseñados para adultos mayores. Estas actividades deben ser supervisadas por personal capacitado, con el fin de motivar, acompañar y reforzar la constancia en la práctica de ejercicios, contribuyendo así a mejorar la salud cardiovascular y metabólica de los participantes.

Se sugiere involucrar activamente a los familiares y cuidadores en los procesos de educación y acompañamiento, tanto en talleres como en visitas domiciliarias. De esta forma, los familiares podrán comprender la importancia de su rol como apoyo diario en el cumplimiento de la dieta, la actividad física y el control del tratamiento farmacológico, fortaleciendo la adherencia desde el entorno inmediato del paciente.

Además, se aconseja implementar visitas a domicilio y llamadas de seguimiento, especialmente dirigidas a los pacientes que presenten mayores dificultades para cumplir con su tratamiento. Estas intervenciones permitirían detectar a tiempo los obstáculos o barreras que enfrentan los pacientes, y brindar soluciones prácticas que les motiven a continuar con su autocuidado, evitando complicaciones derivadas de la falta de adherencia.

Es recomendable elaborar y entregar materiales educativos claros y accesibles, como cartillas ilustradas, guías sencillas o afiches con mensajes breves, que puedan colocarse en lugares visibles dentro del hogar. Estos recordatorios servirán como apoyo visual para reforzar la importancia de la alimentación saludable, la actividad física y la constancia en el uso de medicamentos.

Asimismo, se sugiere fomentar la creación de espacios de encuentro comunitario como círculos de conversación, grupos de apoyo o reuniones periódicas entre los adultos mayores. Estos espacios favorecerán el intercambio de experiencias, la motivación mutua y la construcción de una red de apoyo social que reduzca las barreras emocionales y de desmotivación, incrementando la adherencia a los tratamientos no farmacológicos.

Finalmente, se considera fundamental que el personal de salud reciba capacitación continua en estrategias educativas, motivacionales y comunitarias. Este fortalecimiento de competencias permitirá que los profesionales actúen con mayor empatía y eficacia, garantizando un acompañamiento integral que no solo atienda el aspecto clínico, sino también los factores sociales, económicos y psicológicos que condicionan la adherencia. Con estas medidas, se busca contribuir de manera directa a la mejora de la calidad de vida de los pacientes de la parroquia Atahualpa.

## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonzo, A. A. (4 de Abril de 2024). Estilos De Vida Del Adulto Mayor Con Diabetes Mellitus Tipo Ii, Hospital Básico José Garcés Rodríguez. Salinas, 2023. *Trabajo De Investigación Previo A La Obtención Del Título De Licenciado En Enfermería*. Retrieved 14 de 02 de 2025, from <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/11577/1/UPSE-TEN-2024-0002.PDF>
- Bello, E. N., y Montoya, C. P. (2020). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 28(2). Retrieved 9 de 08 de 2023, from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2020000100004&lng=en&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000100004&lng=en&tlng=en)
- Cajamarca, C. K., y Jiménez, P. A. (2021). Intervención educativa de enfermería en la adherencia terapéutica de adultos mayores con diagnósticos de hipertensión y diabetes durante la pandemia COVID-19. *QhaliKay - Revista de ciencias de la salud Universidad Técnica de Manabí*, 5(3), 46-55. <https://doi.org/https://doi.org/10.33936/qkracs.v5i3.3517>
- Chaparro, M. V., Rodado, I. V., Ortega, A. T., Soria, P. A., Nitei, A. C., y Torre, S. R. (2023). Determinantes de salud modificables en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Sanitaria de Investigación*. Retrieved 23 de Abril de 2025, from <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/determinantes-de-salud-modificables-en-la-diabetes-mellitus-tipo-2/>
- Constitucion de la República del Ecuador 2008. (2008). <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-06/CONSTITUCION%202008.pdf>
- Contreras, M. P., Mesa, C. I., Ramírez, C. A., y Vásquez, L. J. (2021). Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos de Nabón. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 290-296. <https://doi.org/DOI:10.5281/zenodo.5039502>
- Escamilla, N. V., y Cáceres, P. A. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-73.pdf>
- Federación Mexicana de Diabetes. (14 de Agosto de 2015). *¿Cómo se diagnostica la diabetes?* FEDERACIÓN MEXICANA DE DIABETES AC: <https://fmdiabetes.org/como-se-diagnostica-diabetes-y-prediabetes/>
- Fhon, J. R., Gómez, L. M., Caetano, G. M., y Cáceda Ñazco, G. S. (2024). Factors associated with adherence to antihypertensive agents in the older adult. *Revista Cuidarte*, 15(2), 1-14. <https://doi.org/DOI:10.15649/cuidarte.3474>

- Gil, A. D., Flórez, F. M., y Díaz, H. L. (2024). Factores de la adherencia terapéutica y uso de tecnologías de la información en pacientes hipertensos. *Hacia Promoc. Salud*, 29(1), 30-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.17151/hpsal.2023.28.2.3>
- Grajales, G. T. (2000). Tipos de Investigación. Retrieved 28 de Mayo de 2025, from <https://cursa.ihmc.us/rid=1RM1FOL42-VZ46F4-319H/Investigaci%C3%B3n.pdf>
- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A., y Larreynaga, M. R. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). Retrieved 23 de Abril de 2025, from <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
- Hoyos, G. P., Borjas, D. M., Ramos, A. S., y Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4). Retrieved 23 de Abril de 2025, from [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)
- Ley Orgánica de la Salud. (2016). *Ley Orgánica de la Salud*. Retrieved 23 de Abril de 2025, from [https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento\\_ley-org%C3%A1nica-salud.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_ley-org%C3%A1nica-salud.pdf)
- Lopez, M. R., A, M. T., H, H. R., P, M. M., B, D. M., P, F. M., y G, O. L. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. 33(2). Retrieved 9 de Mayo de 2025, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2015000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2015000200006&script=sci_arttext)
- López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., y Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN. *Hacia promoc. salud*, 21(1), 117-137. <https://doi.org/DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10>
- Masache, A. B., Quichimbo, C. G., y Torres, C. D. (2023). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del primer nivel de atención. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, 8(8), 868-889. Retrieved 15 de 09 de 2024, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152360>
- Méndez-Ortega, O., Hernández-Vicente, I. A., Juárez-Flores, C. A., Lumbreras-Delgado, I., y Banderas-Tarabay, J. A. (10 de Febrero de 2023). Adherencia al tratamiento farmacológico y no. <https://doi.org/10.19136/hs.a22n3.5588>
- Monterrey Hernández, M., Linares Cánovas, L. B., Toledo del Llano, R., Vázquez Ramos, A., Rivera Maestre, D., y Morales Monterrey, C. (2021). Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942021000200011&lng=en&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000200011&lng=en&tlng=en)

- Organización Mundial de la Salud. (16 de Marzo de 2023). *Hipertensión*. Retrieved 23 de Abril de 2025, from OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre14 de 2024). *Diabetes*. Retrieved 23 de Abril de 2025, from OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2024). *Envejecimiento y salud*. OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ortega, J. P., Ramón, S. M., Astudillo, E. P., Ávila, S. A., Vásquez, X. S., Solórzano, G. A., . . . Rogel. (2020). Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 15(5), 322-329. <https://doi.org/DOI:10.5281/zenodo.4484355>
- Peláez, C. K. (2021). *Adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al centro de salud Bastión Popular tipo C, 2020-2021*. UPSE. Retrieved 9 de Mayo de 2025, from <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6056/1/UPSE-TEN-2021-0087.pdf>
- Pérez, J. H. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico. 47-52. Retrieved 9 de Mayo de 2025, from <https://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R81-6.pdf>
- Plan Nacional de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024 - 2025. (2024). *Plan Nacional de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024 - 2025*. Retrieved 23 de Abril de 2025, from <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/PND2024-2025.pdf>
- Ramos, M. L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vasculat*, 16(2), 175-189. Retrieved 15 de 06 de 2024, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubangcirvas/cac-2015/cac152f.pdf>
- Rodríguez, C. M., García, J. E., Amariles, P., Rodríguez, C. A., y Faus, M. J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413-417. <https://doi.org/10.1157/13125407>
- Rodriguez, R. N. (2022). *Estilo de vida relacionado con la salud del adulto mayor con diabetes mellitus Tipo 2*. Centro de salud San Pedro. Santa Elena. 2022. *Tesis*. Santa Elena, Ecuador. Retrieved 23 de Abril de 2025, from <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/8032/1/UPSE-TEN-2022-0113.pdf>
- Romero, G. S., Parra, D. I., Roa, D. Z., y Rojas, L. Z. (2020). Validación de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento en hipertensión y diabetes. *Cuidarte*, 11(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1062>
- Romero, G. S., Parra, D. I., Roa, D. Z., y Rojas, L. Z. (2020). Validación de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento en hipertensión y diabetes. *Revistas científicas universidad de Santander UDES*. <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1062/1707>

- Ruiz, G. E., Latorre, L. L., Delgado, R. A., Crespo, M. R., y Sánchez, L. J. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*, 19(3), 232/241. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000300005>
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación* (Vol. 6). Retrieved 28 de Mayo de 2025, from [https://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/Investigacion\\_sampieri\\_6a\\_ED.pdf](https://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/Investigacion_sampieri_6a_ED.pdf)
- Urrunaga, A. A., y Yagual, G. B. (2014). Rol del licenciado en enfermería durante la visita médica en el área de hospitalización. Hospital DR. Liborio Panchana Sotomayor. *Rol del licenciado en enfermería durante la visita médica en el área de hospitalización. Hospital DR. Liborio Panchana Sotomayor*. Santa Elena . Retrieved 28 de 09 de 2024, from <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1692/1/URRUNAGA%20ALEJANDRO-YAGUAL%20GONZALEZ.pdf>
- Vicente, S. S., Olmos, J. R., Ramírez, R. C., García, S. M., Valderrey, P. M., y de la Rubia, N. A. (2018). Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. *Farmacia Hospitalaria*, 42(4), 147-151. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.7399/fh.10907>
- Zabalegui, Y. A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(3), 16-20. Retrieved 28 de 09 de 2024, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972003000100004#:~:text=Este%20trabajo%20presenta%20una%20visi%C3%B3n%20de%20la%20enfermer%C3%ADa%20que%20analiza](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004#:~:text=Este%20trabajo%20presenta%20una%20visi%C3%B3n%20de%20la%20enfermer%C3%ADa%20que%20analiza)

## 8. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado



### FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

### CARRERA DE ENFERMERÍA

ATAHUALPA, SANTA ELENA, 2025

Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula \_\_\_\_\_, acepto participar de forma voluntaria en este proyecto de investigación titulado "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PARROQUIA ATAHUALPA. SANTA ELENA 2025.", que será realizado por la estudiante Soriano Gonzalez Dennis Stefania de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, bajo tutoría del Dr. Paul Geovanny Pozo Flores, Msc.

Se me ha explicado que participare respondiendo una encuesta, lo cual tomara un tiempo aproximadamente de 8 a 12 minutos, se me asegura que toda la información que proporcionare será confidencial y se usara únicamente para este estudio, con mi permiso.

Por lo tanto, como participante y entendiendo claramente el propósito del estudio, acepto colaborar en esta investigación.

Todo esto, conforme a las disposiciones legales relacionadas con el consentimiento informado, después de haberle explicado verbalmente, lo cual se confirma que entiende y acepta, firmamos juntos este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora

\_\_\_\_\_  
Firma del participante



**Formato No. BIB-009**

**CERTIFICADO ANTIPLAGIO**

La Libertad, 04 de agosto del 2025

**002-TUTOR PPF -2025**

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado “**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL PARROQUIA ATAHUALPA SANTA ELENA 2025**”, elaborado por la estudiante **SORIANO GONZALEZ DENNIS STEFANIA**, egresada de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada de Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema anti plagio, luego de haber cumplido con los requerimientos de valoración, el presente proyecto, se encuentra con 9% de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente certificado.

Adjunto el reporte de análisis.

Atentamente,



Paul Geovanny Pozo  
Flores



Dr. Paul Geovanny Pozo Flores, MSc.

C.I.:0926678145

DOCENTE TUTOR



**Formato No. BIB-009**  
**CERTIFICADO ANTIPLAGIO**

**Reporte de análisis.**



**Fuentes de similitud**

**Resumen** | Puntos de interés | **Fuentes de similitudes**

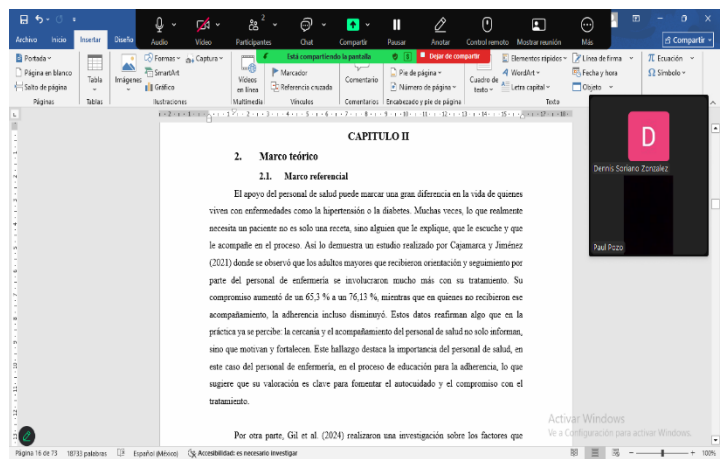
**Similitudes:** < 1%

Fuentes añadidas por el usuario  
+ Añadir una fuente | Analizar | Puedes añadir hasta 3 fuentes

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Exposición de código y signos.pdf   Exposición de código y signos.pdf #440184 Viene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
2	es.slideshare.net   Nola pender y el modelo de promoción a la salud.pptx https://es.slideshare.net/slides/how/nola-pender-y-el-modelo-de-promocin-a-la-saludpptx/266...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)
3	Documento de otro usuario #516872 Viene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)

Anexo 3: Evidencia Fotográfica



Anexo 4: Tabla de Encuestas Realizadas

No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1			
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
1a. Se toma todos los medicamentos que le han ordenado?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	





































Gráfico 1 Padecimiento de encuestados

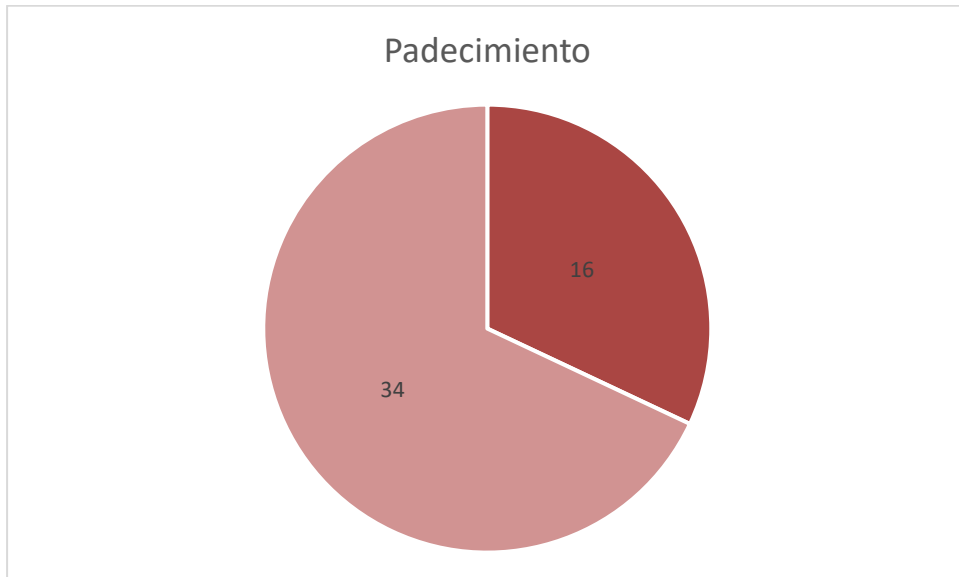


Gráfico 2 Frecuencia de adherencia al tratamiento

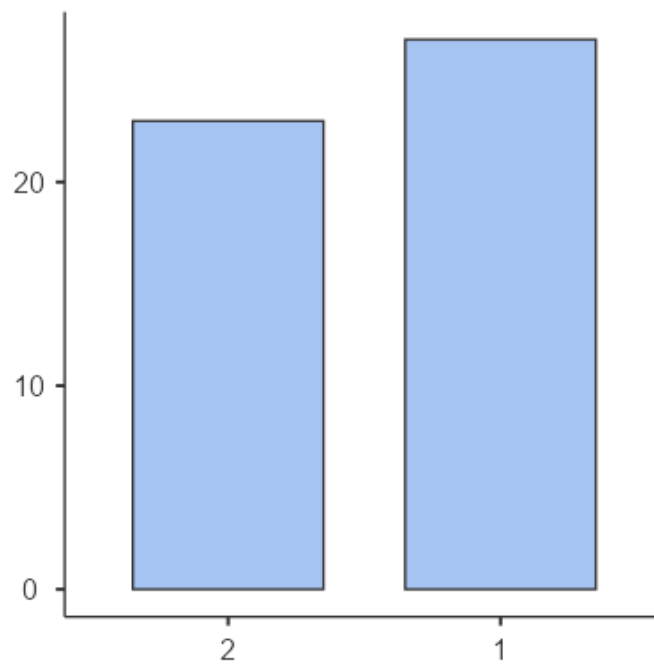


Gráfico 3 Género de encuestados

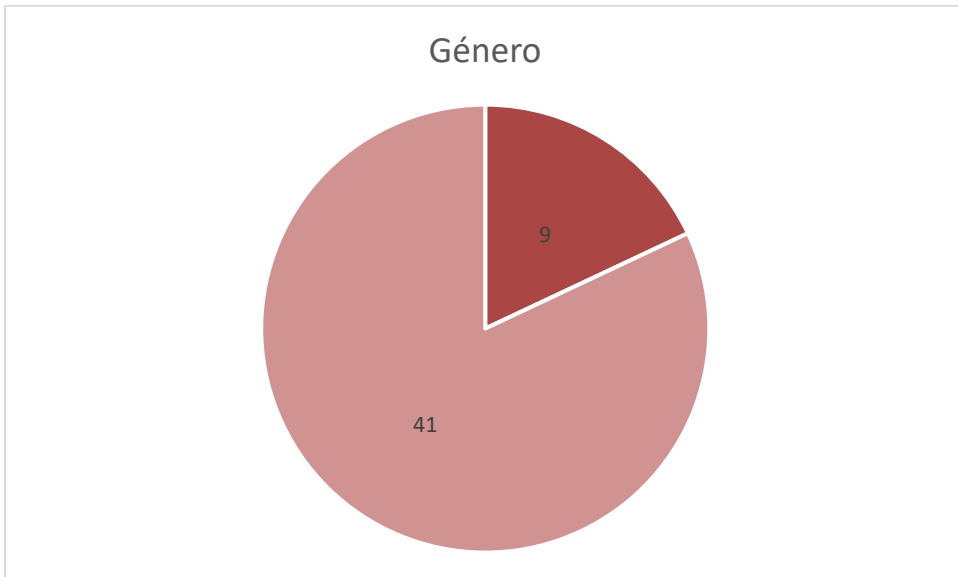
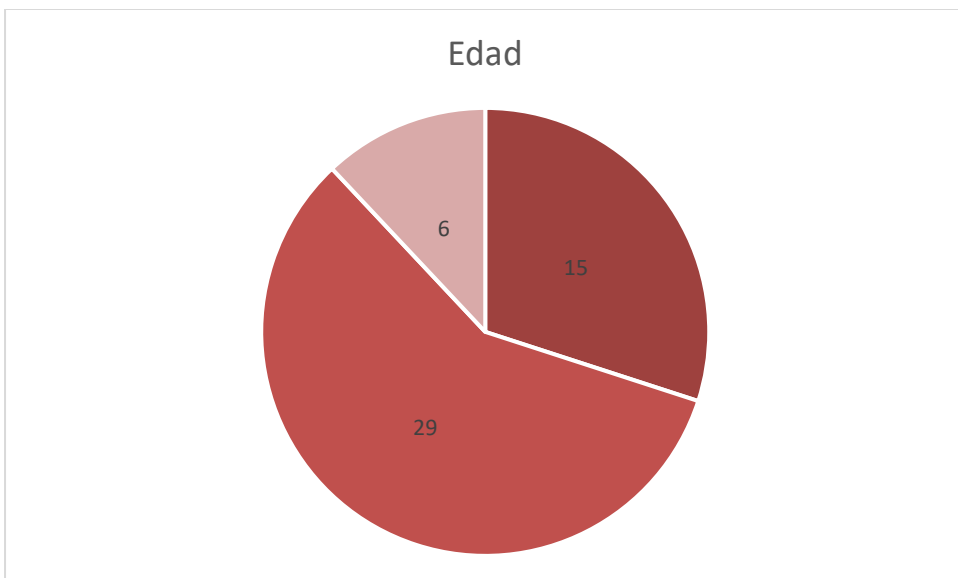
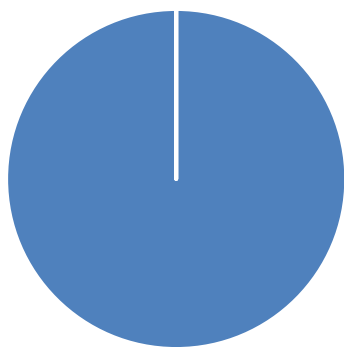


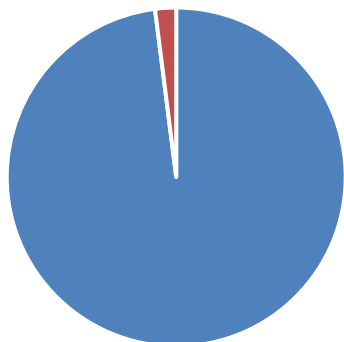
Gráfico 4 Edad de Encuestados



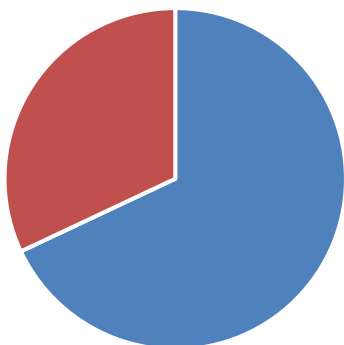
1a. ¿Se toma todos los medicamentos que le han ordenado?



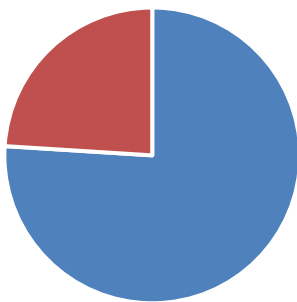
1b. ¿Se toma todas las dosis de los medicamentos ordenados?



1c. ¿Se toma los medicamentos en las horas indicadas?

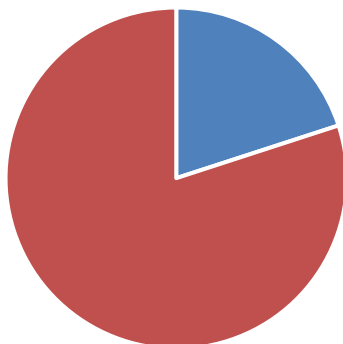


1d. ¿Cumple con las recomendaciones dadas para la toma de los medicamentos en relación con los alimentos?



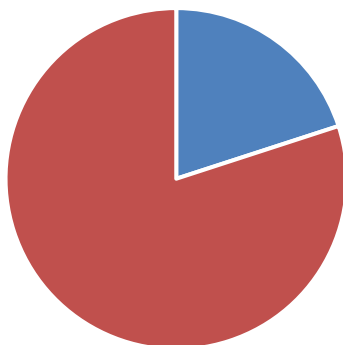
■ 1 ■ 2

2a. Cuando realiza ejercicio lo realiza como mínimo de 30 minutos al día?



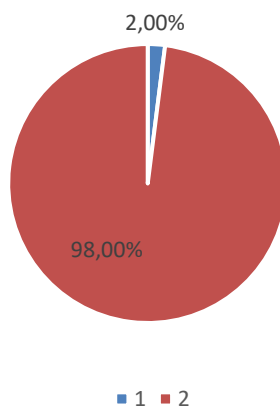
■ 1 ■ 2

2b. ¿Realiza ejercicio por lo menos 4 veces a la semana?

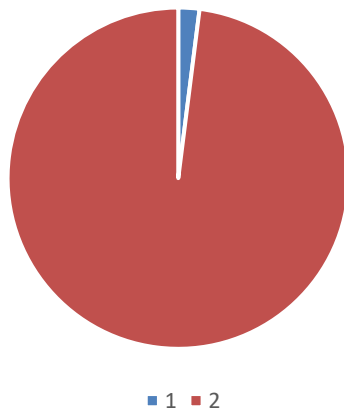


■ 1 ■ 2

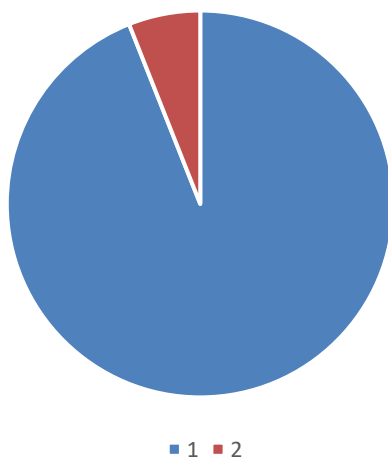
2c. ¿Antes de empezar el ejercicio usted realiza calentamiento y estiramiento?



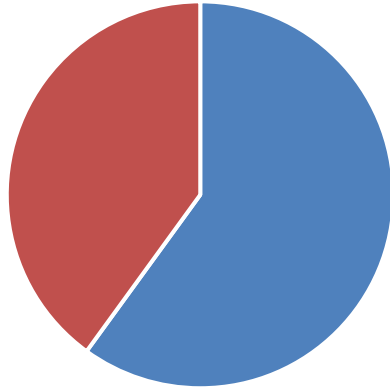
2d. Posterior al ejercicio realiza enfriamiento con estiramiento?



3a. ¿Cumple con la dieta baja en sal?

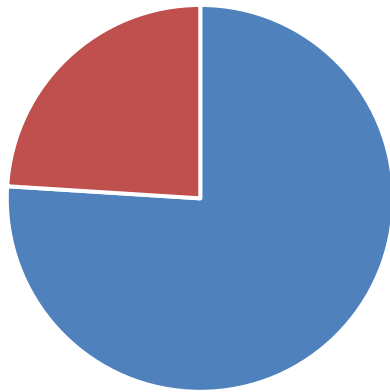


3b. ¿Cumple con la dieta baja en grasas?



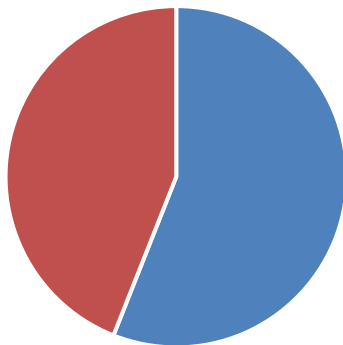
■ 1 ■ 2

3c. ¿Cumple con una dieta baja en azúcares?



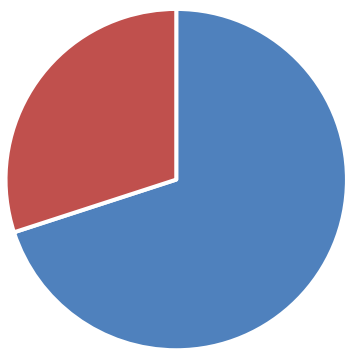
■ 1 ■ 2

3d. ¿Cumple con la dieta baja en harina y almidones?



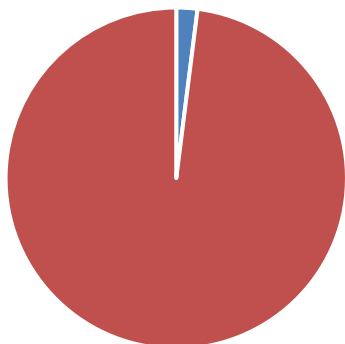
■ 1 ■ 2

3e. ¿Cumple con el incremento en el consumo de frutas y verduras?



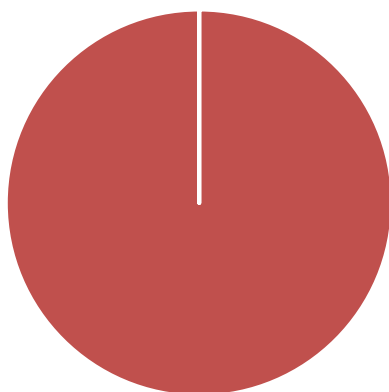
■ 1 ■ 2

4a. Consume más de dos copas de licor o dos vasos de cerveza o bebidas alcohólicas al día? \*



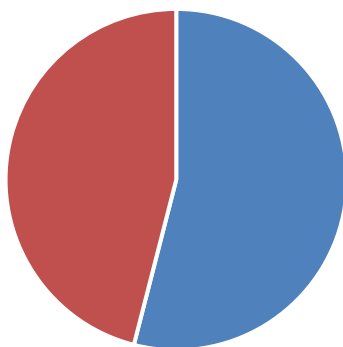
■ 1 ■ 2

4b. ¿Actualmente fuma? \*



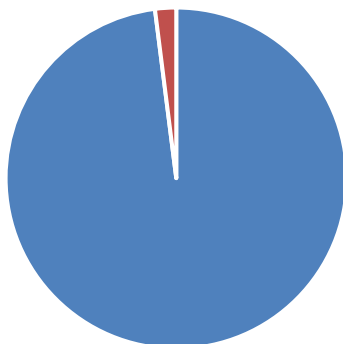
■ 1 ■ 2

4c. ¿Ha tenido situaciones que le generen disgusto (rabia) en la última semana? \*



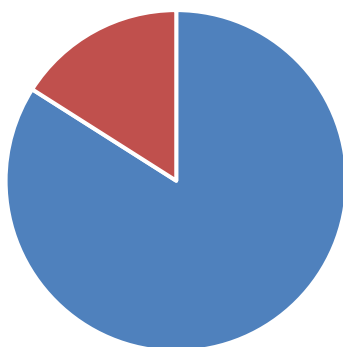
■ 1 ■ 2

4d. ¿Ha tenido situaciones que le generen preocupación en la última semana? \*



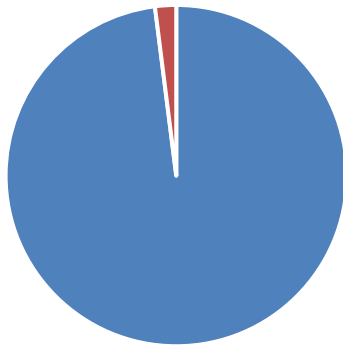
■ 1 ■ 2

5a. ¿Asiste a cita o control cuando se siente enfermo?



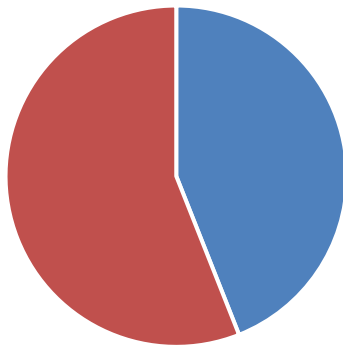
■ 1 ■ 2

5b. ¿Asiste a cita o control cuando tiene citas programadas?



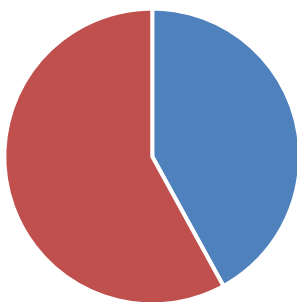
■ 1 ■ 2

5c. ¿Asiste a cita o control cuando tiene dudas o inquietudes acerca del tratamiento?



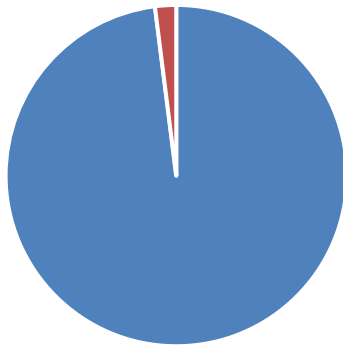
■ 1 ■ 2

5d. ¿Asiste a cita o control cuando los valores de la tensión arterial o glicemia (azúcar) se encuentran alterados?



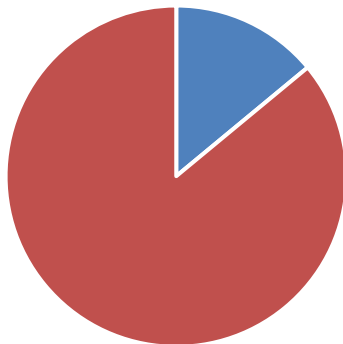
■ 1 ■ 2

5e. ¿Asiste a cita o control cuando requiere mostrar resultados de laboratorio?



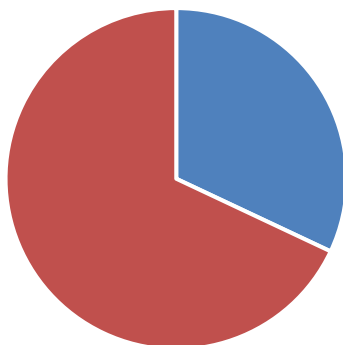
■ 1 ■ 2

6a. ¿Tiene facilidad para conseguir un tensiómetro y/o glucómetro?



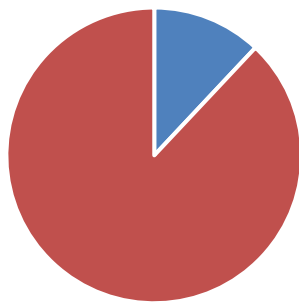
■ 1 ■ 2

6b. ¿Realiza con frecuencia tomas de la presión arterial y/o glucometría?



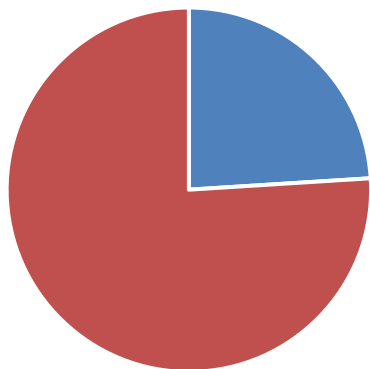
■ 1 ■ 2

6c. ¿Lleva un registro en su casa de los valores obtenidos de la presión arterial y/o glucometría (fecha, hora, valores)?\*\*



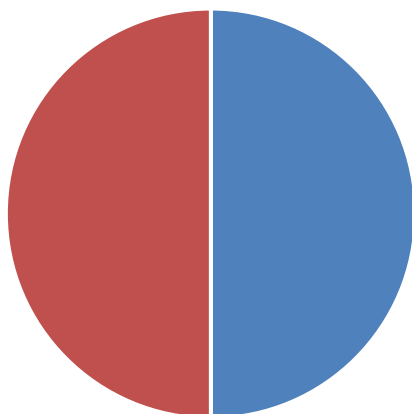
■ 1 ■ 2

7a. Alteraciones visuales (ver borroso, luces o manchas oscuras)



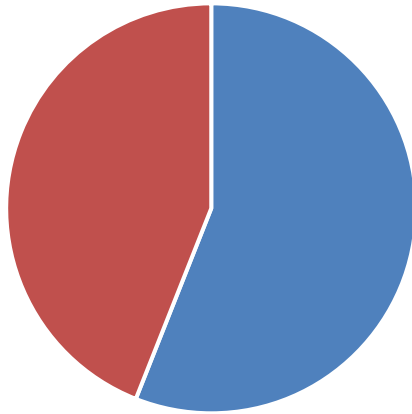
■ 1 ■ 2

7b. Calor



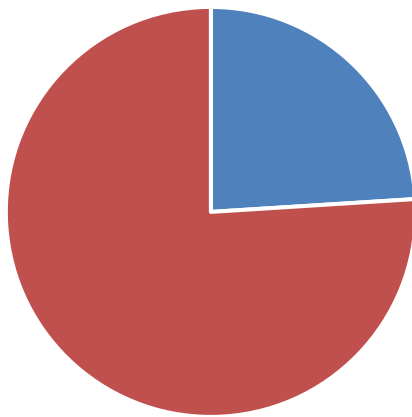
■ 1 ■ 2

7c. Dolor de cabeza



■ 1 ■ 2

7d. Palpitaciones



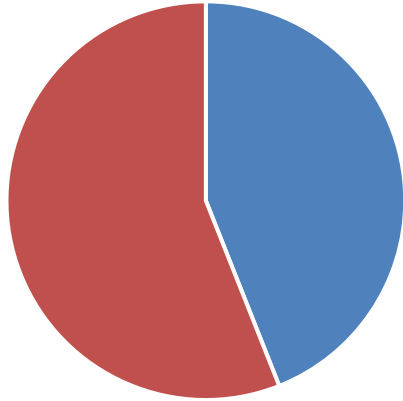
■ 1 ■ 2

7e. Sangrado nasal



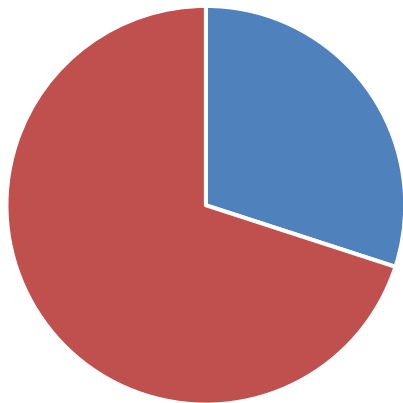
■ 1 ■ 2

7f. Sentir un pito o zumbido en el oído



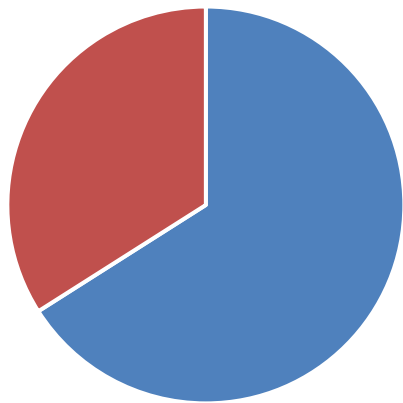
■ 1 ■ 2

7g. Sudoración



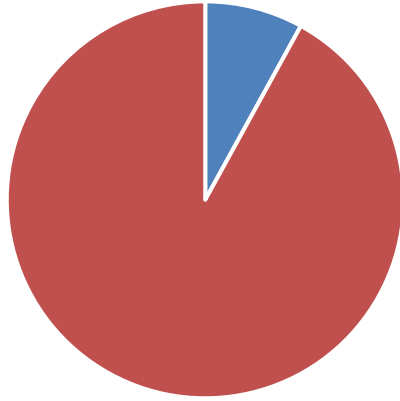
■ 1 ■ 2

7h. Debilidad/cansancio



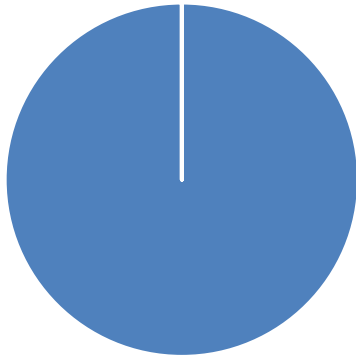
■ 1 ■ 2

7i. Enrojecimiento de la cara



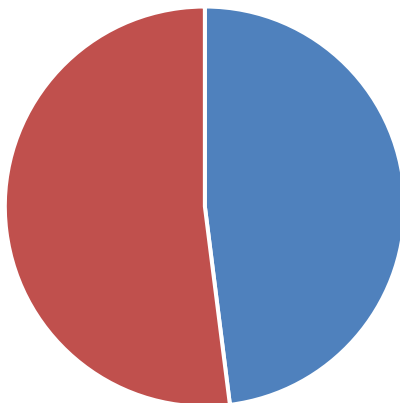
■ 1 ■ 2

7. Reconoce los síntomas cuando se le sube el azúcar?



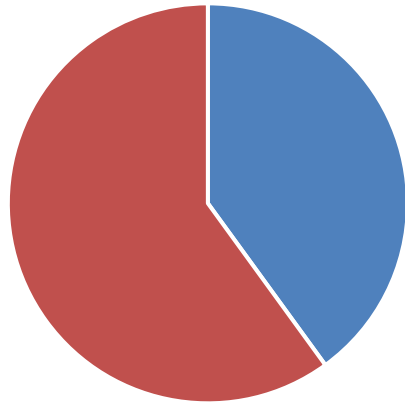
■ 1 ■ 2

7ai. Sed intensa



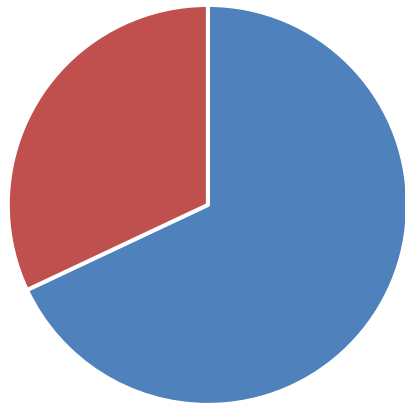
■ 1 ■ 2

7bi. Boca seca



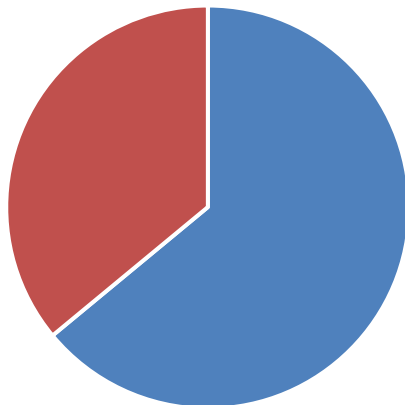
■ 1 ■ 2

7ci. Necesidad de orinar en bastante cantidad



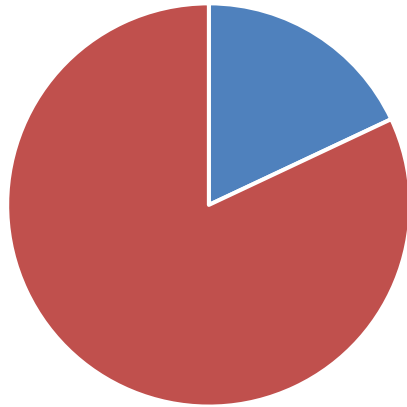
■ 1 ■ 2

7di. Debilidad/cansancio



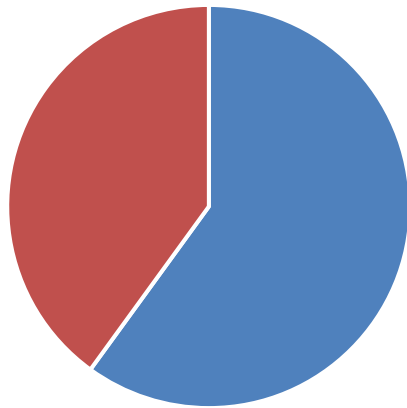
■ 1 ■ 2

7ei. Alteraciones visuales



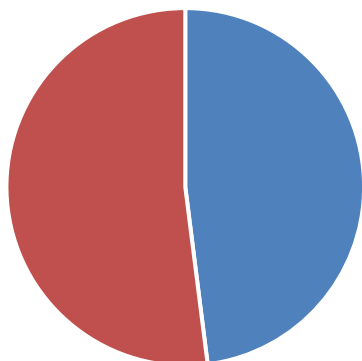
■ 1 ■ 2

7fi. Mareo (borrachera)



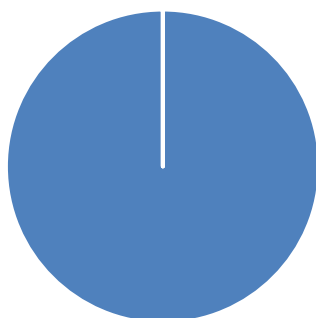
■ 1 ■ 2

7gi. Confusión/Incoherencia (atontado, embotado)



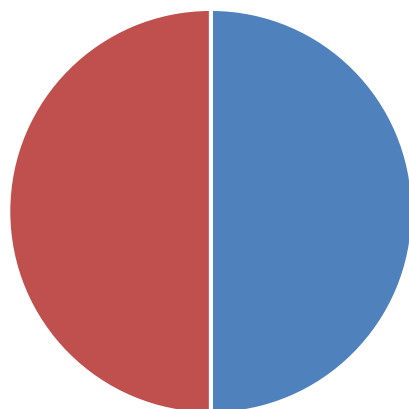
■ 1 ■ 2

8¿Usted reconoce cuales son las molestias causadas por el tratamiento para el control para la presión arterial?



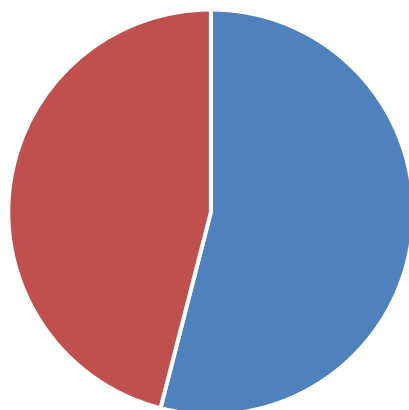
■ 1 ■ 2

8a. Baja tensión



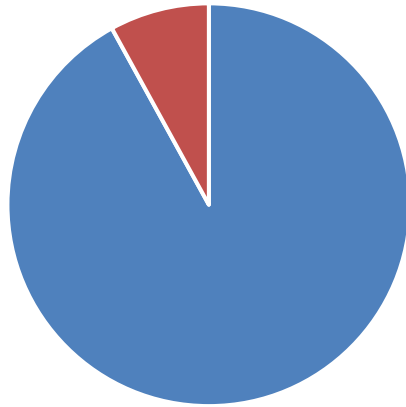
■ 1 ■ 2

8b. Boca seca



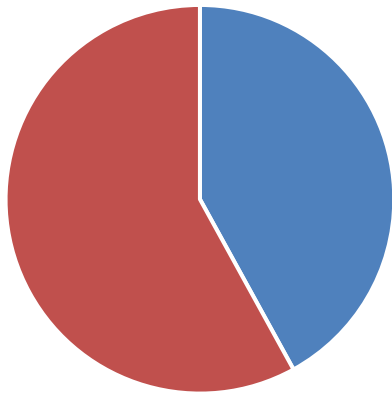
■ 1 ■ 2

### 8c. Depresión (tristeza)



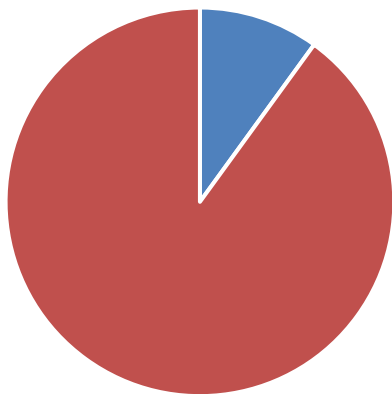
■ 1 ■ 2

### 8d. Edema/hinchazón



■ 1 ■ 2

### 8e. Estreñimiento



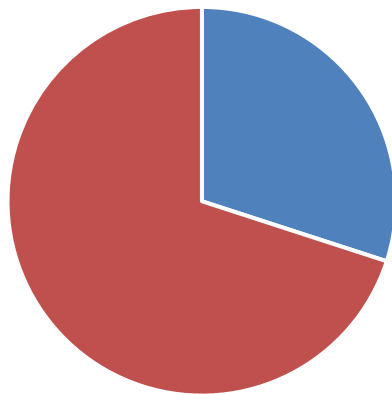
■ 1 ■ 2

### 8f. Impotencia sexual



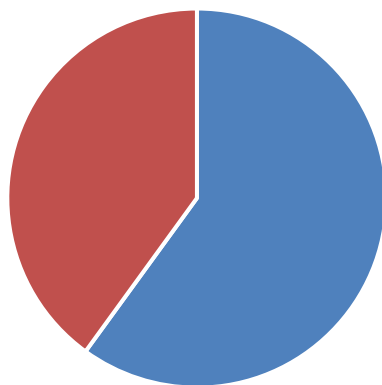
■ 1 ■ 2

### 8g. Irritación gástrica (ardor)



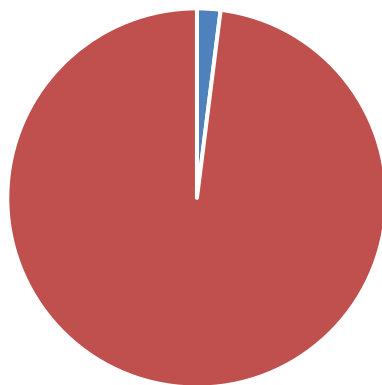
■ 1 ■ 2

### 8h. Mareo



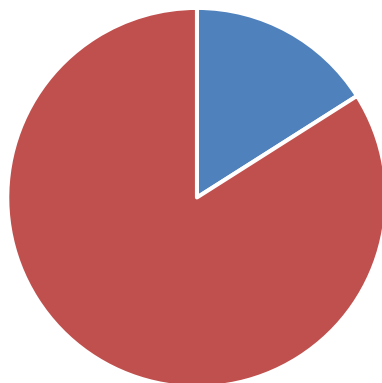
■ 1 ■ 2

8i. Tos



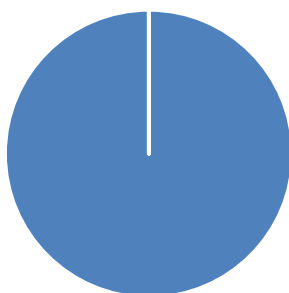
■ 1 ■ 2

8j. Aumento de la frecuencia o cantidad de orina



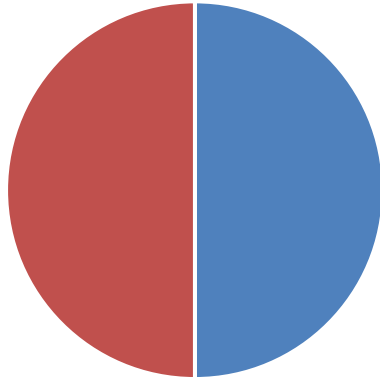
■ 1 ■ 2

8. Usted reconoce cuales son las molestias causadas para el tratamiento para el control de la diabetes (azúcar) Menciónelas



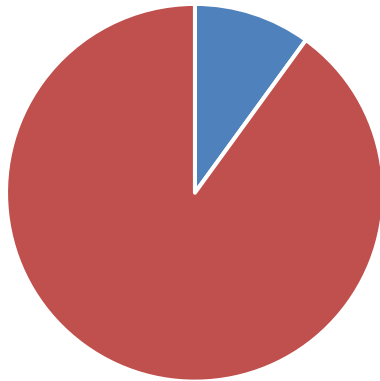
■ 1 ■ 2

8ai. Cefalea



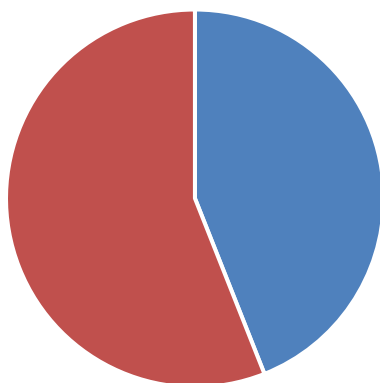
■ 1 ■ 2

8bi. Palpitaciones



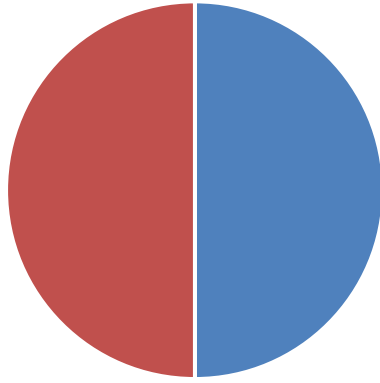
■ 1 ■ 2

8ci. Sudoración



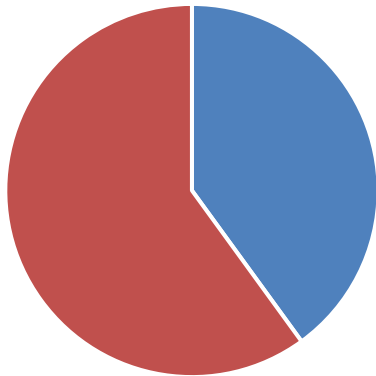
■ 1 ■ 2

8di. Palidez



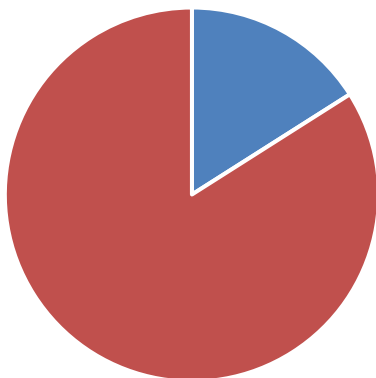
■ 1 ■ 2

8ei. Alteraciones visuales



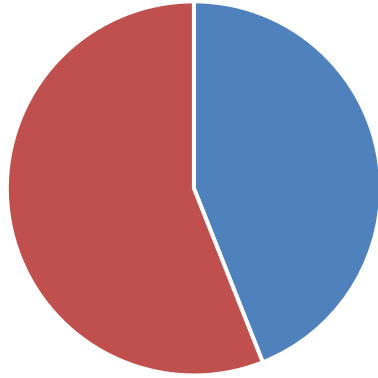
■ 1 ■ 2

8fi. Ganas de vomitar y/o vómito



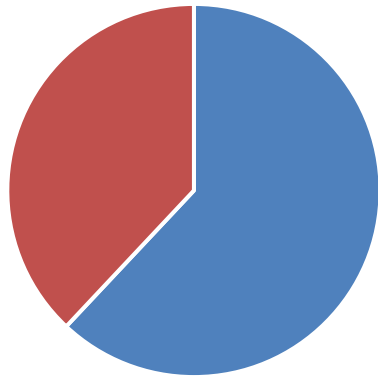
■ 1 ■ 2

8gi. Mareo



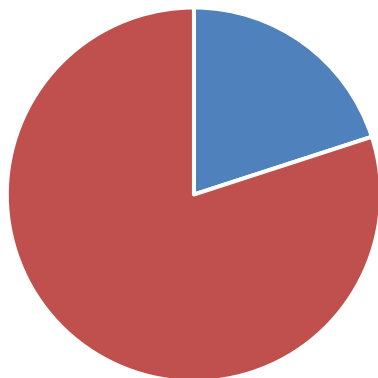
■ 1 ■ 2

8hi. Temblor



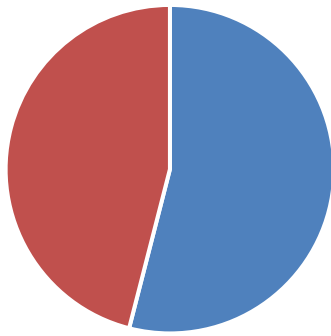
■ 1 ■ 2

8ii. Sensación de hambre (agonía)



■ 1 ■ 2

8ji. Hormigueo/entumecimiento  
(adormecimiento de extremidades)



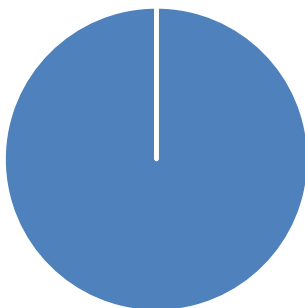
■ 1 ■ 2

8ki. Diarrea



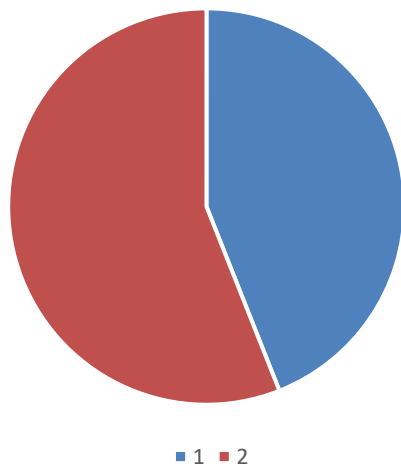
■ 1 ■ 2

9. Reconoce las complicaciones de ser diabético  
i/o hipertenso, de cuales síntomas usted está  
pendiente?

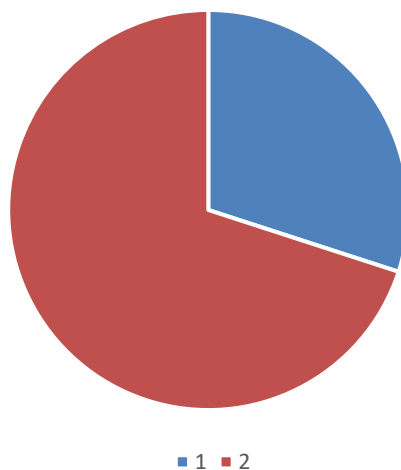


■ 1 ■ 2

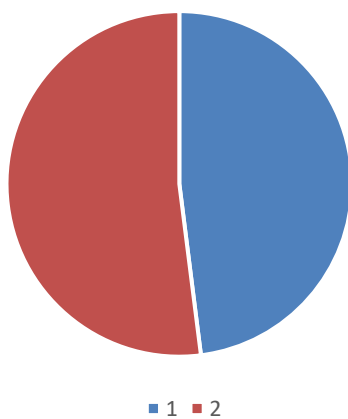
9a. Cambio brusco de la agudeza visual



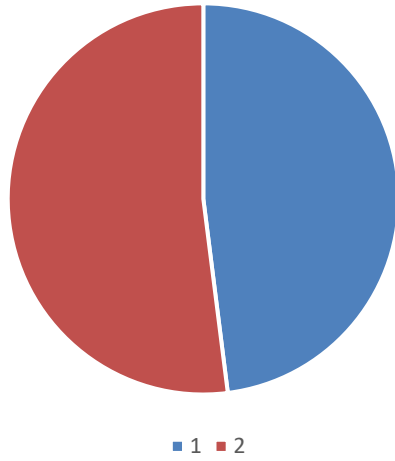
9b. Dolor agudo de los ojos



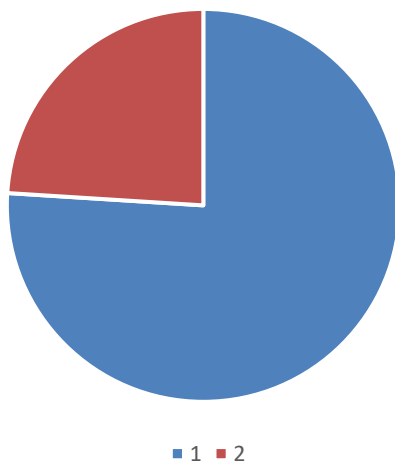
9c. Hinchazón de los párpados en horas de la mañana



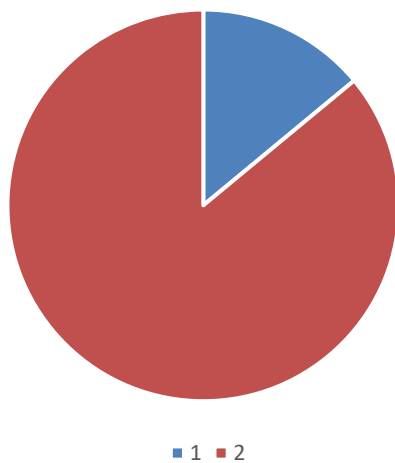
9d. Disminución del volumen urinario



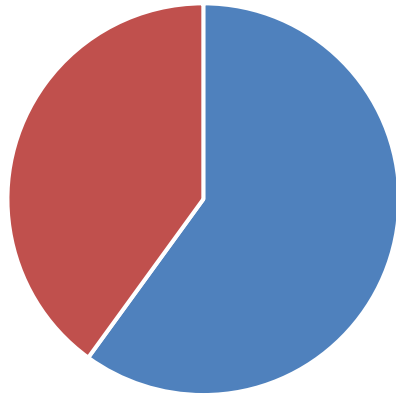
9e. Cansancio fácil



9f. Disminución de pulsos

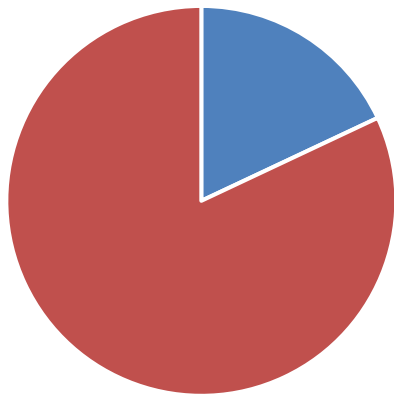


### 9g. Pérdida de sensibilidad (hormigueo)



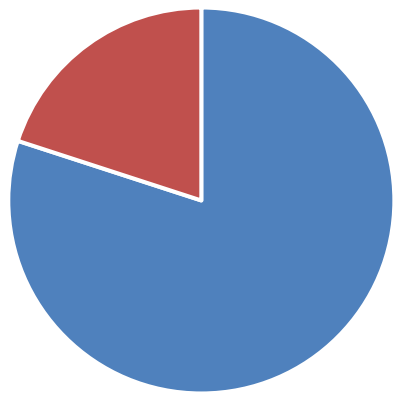
■ 1 ■ 2

### 9h. Úlceras



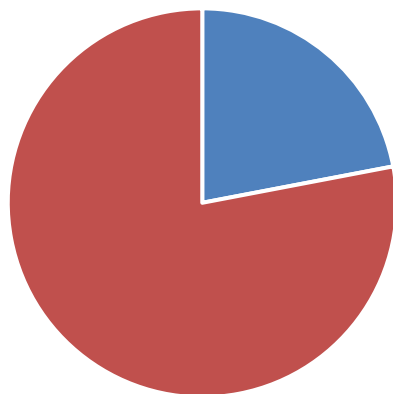
■ 1 ■ 2

### 9i. Dolor en las piernas durante la marcha



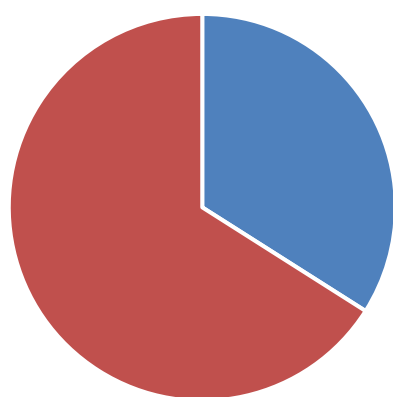
■ 1 ■ 2

9j. Taquicardia



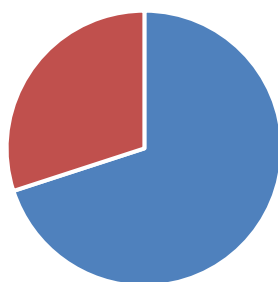
■ 1 ■ 2

9k. Intolerancia al ejercicio



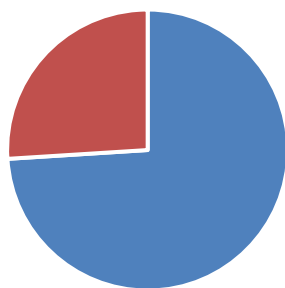
■ 1 ■ 2

10a. Durante el día interrumpe las actividades del hogar/trabajo para tomar a tiempo los medicamentos



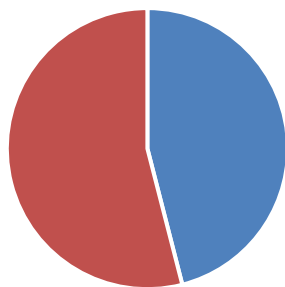
■ 1 ■ 2

10b. Ha modificado labores del trabajo o actividades del hogar para poder cumplir con las recomendaciones dadas por el equipo de salud



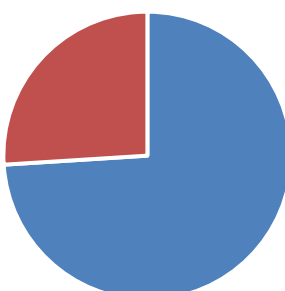
■ 1 ■ 2

10c. Considera que cumplir con el tratamiento (hacer ejercicio, tomar los medicamentos, asistir a citas) demanda mucho tiempo\*



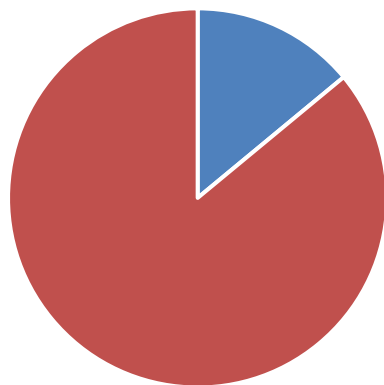
■ 1 ■ 2

10d. Los miembros de la familia han modificado las funciones para ayudarle al cumplimiento del tratamiento



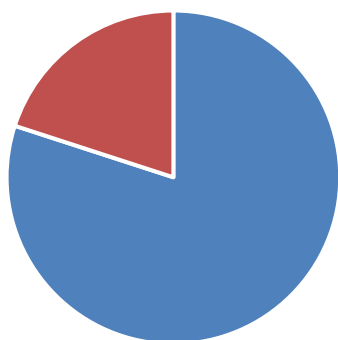
■ 1 ■ 2

11a. ¿Duerme entre 6 y 8 horas al día?



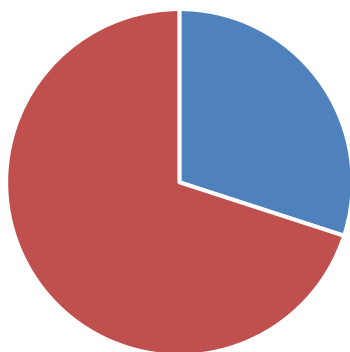
■ 1 ■ 2

11b. ¿Al despertar siente que descansó durante la noche?



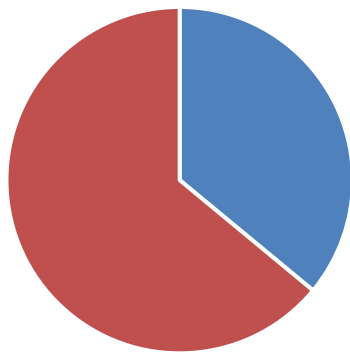
■ 1 ■ 2

11c. ¿Siente que tiene la energía suficiente para llevar a cabo las actividades diarias?



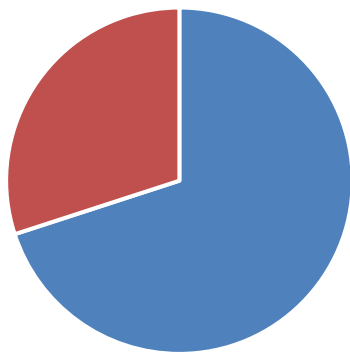
■ 1 ■ 2

11d. ¿Realiza periodos de descanso durante las labores del trabajo o del hogar?



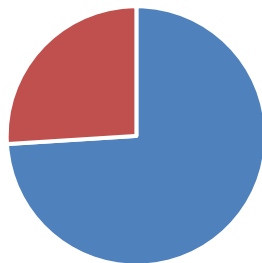
■ 1 ■ 2

11e. ¿Cuenta con mínimo 30 minutos para tomar cada una de las 3 comidas importantes del día?



■ 1 ■ 2

11f. En momentos diferentes de las labores del trabajo o del hogar realiza al menos una vez al día actividades de recreación y descanso (ver tv, caminar, leer, etc)



■ 1 ■ 2