



ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados à não adesão ao
tratamento farmacológico em pacientes
com doenças crônicas não transmissíveis
atendidos no Centro de Saúde Mariano
Acosta, província de Imbabura, Equador, 2025

*Factors associated with non-adherence to pharmacological
treatment in patients with chronic non-communicable
diseases treated at the Mariano Acosta Health
Center, Imbabura Province, Ecuador, 2025*

*Factores asociados a la no adherencia al tratamiento
farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas
no transmisibles atendidos en el Centro de Salud Mariano
Acosta, provincia de Imbabura, Ecuador, 2025*

 Adriana Lizbeth Usiña Celín*
 Angela Cristina Yanez Corrales **

RESUMO

Introdução: A adesão medicamentosa é um determinante crítico no controle das doenças crônicas, particularmente na Atenção Primária à Saúde (APS) rural, onde o não cumprimento representa um desafio estrutural de saúde pública.

Objetivo: Analisar os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com doenças crônicas atendidos no Centro de Saúde Mariano Acosta, província de Imbabura, Equador. **Metodologia:** Estudo transversal analítico, realizado com 110 pacientes diagnosticados com hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipotireoidismo. Foi aplicado o questionário de Morisky-Green-Levine (alfa de Cronbach = 0,83) e a pesquisa de satisfação da Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada del Ecuador (ACESS). A análise estatística foi realizada no STATA 17 por meio de regressão logística binária. **Resultados:** Verificou-se que 66,36% dos participantes apresentaram baixa adesão medicamentosa. O perfil sociodemográfico revelou uma amostra assimétrica com predominância de idosos (75,45%), etnia indígena (71,82%) e alta vulnerabilidade econômica (96,36% com renda < \$100).

* Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. E-mail: alusina@puce.edu.ec.

** Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. E-mail: acyanez@puce.edu.ec.

Contactar con el autor: Angela Cristina Yanez Corrales. E-mail: acyanez@puce.edu.ec.

No modelo logístico, a idade foi o único fator com associação estatisticamente significativa (OR = 1,09; IC 95% = 1,02–1,17; $p = 0,014$). Detectou-se um viés de aquiescência com 100% de satisfação relatada no ACESS, contrastando com a baixa adesão real. **Conclusão:** A não adesão é influenciada criticamente pelo envelhecimento e pelos determinantes sociais da saúde. Conclui-se a necessidade de fortalecer a gestão do cuidado de enfermagem por meio de estratégias de saúde intercultural e visitas domiciliares que transcendam a educação convencional para melhorar o controle das doenças crônicas não transmissíveis. **Palavras-chave:** Educação em Saúde. Universidades. Planejamento Participativo. Manejo da Obesidade. Educação Interprofissional.

ABSTRACT

Introduction: Medication adherence is a critical determinant in the control of chronic diseases, particularly in rural Primary Health Care (PHC), where non-compliance represents a structural public health challenge. **Objective:** To analyze the factors associated with non-adherence to pharmacological treatment in patients with chronic diseases treated at the Mariano Acosta Health Center, Imbabura Province, Ecuador. **Method:** A cross-sectional analytical study was conducted with 110 patients diagnosed with arterial hypertension, diabetes mellitus, and hypothyroidism. The Morisky-Green-Levine questionnaire (Cronbach's alpha = 0.83) and the ACESS (Security Agency for the Quality of Health Services and Prepaid Medicine in Ecuador) satisfaction survey were applied. Statistical analysis was performed using STATA 17 through binary logistic regression. **Results:** It was identified that 66.36% of participants showed low medication adherence. The sociodemographic profile revealed an asymmetric sample with a predominance of older adults (75.45%), indigenous ethnicity (71.82%), and high economic vulnerability (96.36% with income < \$100). In the logistic model, age was the only factor with a statistically significant association (OR = 1.09; 95% CI = 1.02–1.17; $p = 0.014$). An acquiescence bias was detected with 100% reported satisfaction in ACESS, contrasting with the actual low adherence. **Conclusion:** Non-adherence is critically influenced by aging and social determinants of health. We conclude there is a need to strengthen nursing care management through intercultural health strategies and home visits that transcend conventional education to improve the control of chronic non-communicable diseases.

Keywords: Treatment Adherence and Compliance. Chronic Disease. Primary Health Care.

RESUMEN

Introducción: La adherencia medicamentosa es un determinante crítico en el control de las enfermedades crónicas, principalmente en la Atención Primaria de Salud (APS), donde el incumplimiento representa un desafío estructural de salud pública. **Objetivo:** Analizar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas atendidos en el Centro de Salud Mariano Acosta, provincia de Imbabura, Ecuador. **Método:** Estudio transversal analítico realizado con 110 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo. Se aplicó el cuestionario Morisky-Green-Levine (alfa de Cronbach = 0,83) y la encuesta de satisfacción de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada del Ecuador (ACESS). El análisis estadístico se efectuó en STATA 17 mediante regresión logística binaria. **Resultados:** Se identificó que el 66,36% de los participantes presenta una baja adherencia medicamentosa. El perfil sociodemográfico reveló una muestra asimétrica con predominancia de adultos mayores (75,45%), etnia indígena (71,82%) y alta vulnerabilidad económica (96,36% con ingresos < \$100). En el modelo logístico, la edad fue el único factor con asociación estadísticamente significativa (OR = 1,09; IC 95% = 1,02–1,17; $p = 0,014$). Se detectó un sesgo de aquiescencia con un 100% de satisfacción reportada en ACESS que contrasta con la baja adherencia real. **Conclusión:** La no adherencia está influenciada críticamente por el envejecimiento y determinantes sociales de salud. Se concluye la necesidad de fortalecer la gestión del cuidado de enfermería mediante estrategias de salud intercultural y visitas

domiciliarias que trasciendan la educación convencional para mejorar el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras clave: Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento. Enfermedad Crónica. Atención Primaria de Salud.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un conjunto de patologías que no son causadas por un agente infeccioso y, por tanto, no se transmiten de persona a persona. Por lo general, empeoran con el tiempo y requiere de cuidados a lo largo de la vida. Dentro de estas patologías se incluyen las cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

Según la Organización Mundial de la Salud, las ECNT representan la principal causa de mortalidad a nivel mundial con aproximadamente 41 millones de muertes anuales, lo que equivale al 71% del total de las defunciones. En la región de las Américas, se registran alrededor de 5,5 millones de muertes cada año por estas enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Esto refleja el gran problema de salud que representan este tipo de patologías a nivel global y regional.

En Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2024), establece a las ECNT como las principales causas de muerte en la población adulta asociadas a factores como el sedentarismo, obesidad, malos hábitos alimenticios y del incumplimiento al tratamiento terapéutico. Diversos estudios han evidenciado baja adherencia terapéutica, especialmente en pacientes con hipertensión y diabetes, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y deterioro de la calidad de vida (Collahuazo Jumbo; Velez Macas, 2025).

Bajo este contexto, se plantea la pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores que se relacionan con la no adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas atendidos en el centro de salud Mariano Acosta? Este trabajo de investigación tiene como objetivo general identificar dichos factores, considerando tres dimensiones: factores sociodemográficos, factores relacionados con el tratamiento y factores vinculados al sistema de salud. Entendiendo a la falta de adherencia no como incumplimiento, sino como falla en la continuidad del cuidado integral y como una forma de reproducción social, desigualdad económica y el acceso real al derecho de salud.

La relevancia de este estudio radica en aportar evidencia para fortalecer las prácticas de cuidado en la Atención Primaria de la Salud (APS), la importancia de la realidad territorial en la que confluyen dinámicas rurales (barreras geográficas, creencias culturales y de soberanía alimentaria) y direccionar estrategias de gestión en salud que incentiven a una mayor adherencia terapéutica desde intervenciones en las deficiencias administrativas como escasez de fármacos, tiempos de espera, burocracia) que aún es necesario profundizar desde lo local.

MÉTODO

Esta investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo transversal, de tipo descriptivo y analítico donde se recolectó la información en un único momento sin influir en ella, con la finalidad de analizar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con ECNT.

La población de estudio estuvo conformada por 110 pacientes mayores de 18 años que sea residentes de la parroquia rural Mariano Acosta, con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo, con diagnóstico confirmado de al menos 6 meses de tratamiento farmacológico, únicamente aquellos que acudieron al centro de salud Mariano Acosta y que aceptaron participar en la investigación mediante un consentimiento informado. Se excluyó a aquellos pacientes con discapacidad que les dificultara responder la encuesta y que no residieran en la parroquia.

El Centro de Salud Mariano Acosta es una unidad tipo A perteneciente al primer nivel de atención, ubicada en la provincia de Imbabura, cantón Pimampiro, parroquia rural de Mariano Acosta que brinda servicios médicos generales, atención de enfermería, obstetricia y odontología conformado por 2 médicos generales, 1 odontólogo rural, 1 obstetra rural, 1 técnico en atención primaria en salud, 3 enfermeras (Ministerio de Salud Pública (Ecuador); Instituto Nacional de Estadística y Censos; Organización Panamericana de La Salud, 2020). Su inclusión en el título del estudio responde a la necesidad de contextualizar los hallazgos en un entorno rural con características sociodemográficas particulares.

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia (consecutivo), seleccionando a todos los pacientes que acudieron a consulta externa del Centro de Salud Mariano Acosta. Este método se justifica por la accesibilidad a la población cautiva en la unidad de primer nivel de atención de características rurales.

La técnica que se utilizó para recopilar los datos en esta investigación fue la encuesta, mediante la aplicación del cuestionario de Morisky-Green-Levine (MGL) compuesto por 8 ítems de tipo dicotómico (respuestas "sí" o "no"), y demostró ser confiable con un alfa de Cronbach=0,83, este cuestionario permite identificar conductas relacionadas con el cumplimiento terapéutico y fue validado para valorar diversas patologías. El instrumento categoriza a la adherencia en: alta adherencia: puntuación de 8 puntos (cumplimiento total de las conductas); adherencia media: puntuación entre 6 y 7 puntos; baja adherencia: puntuación menor a 6 puntos (presencia de conductas de olvido o descuido).

En tanto, para el análisis de la satisfacción y abordaje del Sistema de Salud, se utilizó la encuesta oficial de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada del Ecuador (ACESS), integrando las preguntas 1 (trato justo e igualitario) y 5 (claridad en la información sobre diagnóstico y tratamiento). El uso de este instrumento se justifica técnicamente por ser la herramienta normativa de control de calidad del Estado ecuatoriano, permitiendo medir la dimensión "factores vinculados al sistema de salud" desde un estándar de cumplimiento institucional, para lo cual se toma en cuenta la pregunta 1 y 5 de los meses julio, agosto y septiembre.

De la misma manera se incluyó variables sociodemográficas (edad, sexo, etnia, nivel educativo, estado civil, ocupación, ingreso mensual), variables relacionadas con el tratamiento (tipo de enfermedad, tiempo de diagnóstico, número de medicamentos prescritos, nivel de adherencia) y variables del sistema de salud (satisfacción médico-paciente).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático STATA 17. Empleando estadística descriptiva e inferencial. Como primer paso se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas poblacional, utilizando medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Después de esto, se implementó estadística inferencial bivariada utilizando la prueba de CHI² de Pearson que permitió observar el nivel de asociación entre el nivel de adherencia al tratamiento y los factores sociodemográficos bajo la escala de Morisky (Morisky *et al.*, 2008).

Para identificar los factores predictores de la no adherencia, se construyó un modelo de regresión logística. En el criterio de inclusión en el modelo, se seleccionaron las variables que presentaron significancia clínica o estadística previa, la adherencia como variable dependiente se dicotomizó en "Baja adherencia" (evento de interés) vs "Adherencia Media/Alta" y se interpretó a través del cálculo de Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% y valores de $p < 0,05$ para determinar la significancia estadística.

Finalmente, los valores éticos que se aplicó bajo la declaración de Helsinki fueron la privacidad, confidencialidad y el consentimiento informado.

Factores sociodemográficos

De los 110 participantes, se observa una distribución asimétrica que concentra el fenómeno en poblaciones específicas. El 59,1% ($n=65$) fueron mujeres y el 75,4% ($n=83$) tenían más de 65 años. Esta característica, aunque refleja la realidad demográfica del Centro de Salud Mariano Acosta, limita la capacidad del estudio para comparar la adherencia entre diferentes grupos etarios de forma equilibrada. Referente a la autoidentificación étnica, el 71,8% ($n=79$) se identificó como indígena. Con respecto al nivel educativo, el 68,1% ($n=75$) culminó la educación básica mientras que el 30% ($n=33$) no tuvo educación formal. En cuanto al estado civil, en su mayoría fueron casados/as con el 57% ($n=63$). En relación con la ocupación, el 54,5% ($n=60$) es trabajador no remunerado y con un ingreso de menos de 100 dólares mensuales del 96% ($n=106$) lo que define un entorno de alta vulnerabilidad económica (Tabla 1).

Factores de tratamiento y enfermedad

En lo referente a las enfermedades crónicas diagnosticadas, la hipertensión arterial fue la enfermedad más frecuente (84,50%; $n=93$), seguida de diabetes mellitus (7,30%; $n=8$) e hipotiroidismo (1,80%; $n=2$). El 69,10% ($n=76$) utilizaba un solo medicamento (Tabla 2).

Los resultados de la escala de Morisky-Green-Levine, revelan niveles críticos de cumplimiento terapéutico – Baja adherencia: 66,36% ($n=73$), Media adherencia: 31,82% ($n=35$) y Alta adherencia: 1,82% ($n=2$) (Tabla 3).

Factores de sistema de salud

Los resultados del cuestionario ACESS muestran un 100% de satisfacción en las dimensiones de trato justo e igualitario (pregunta 1) y claridad en la explicación del tratamiento (pregunta 5). Este resultado absoluto sugiere un marcado sesgo de respuesta o "efecto techo". En contextos de atención primaria rural, los pacientes tienden a reportar satisfacción total por gratitud o temor a represalias en la atención, lo cual oculta posibles barreras en la comunicación efectiva que podrían estar influyendo en la baja adherencia reportada (Tabla 4).

Asociación entre características sociodemográficas con la adherencia al tratamiento farmacológico

Al revisar la distribución por cada factor sociodemográfico, se evidenció que la edad y específicamente los mayores a 65 años fue más frecuente con el 74,50% ($n=82$), en mujeres con el 54,50% ($n=60$), en personas que se autoidentifican como indígenas con el 69% ($n=76$), en personas con ningún nivel de instrucción con el 28% ($n=31$), en personas casadas con el 54,50% ($n=60$), en personas trabajadoras no remunerada con el 50% ($n=55$), con un ingreso

mensual de menos de 100 dólares con el 99,90% (n=100) y en personas diagnosticadas con hipertensión arterial con el 89% (n=88) (Tabla 5).

Regresión logística binaria

Se aplicó un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores predictores de la no adherencia. La variable edad fue la única que presentó asociación estadísticamente significativa con la no adherencia terapéutica (Odds Ratio = 1,09; Intervalo de confianza del 95% = 1,02 – 117 y p value = 0,014) lo que se traduce en que por cada año adicional de edad, la probabilidad de presentar baja adherencia aumenta en un 9% (OR = 1,09) (Tabla 6).

Respecto a las variables de sexo, etnia estado civil y ocupación, no se encontró resultados estadísticamente significativos, a pesar de que el factor etnia indígena presentan un OR elevado (2,59), lo que sugeriría un riesgo mayor, pero su intervalo de confianza es demasiado amplio y cruza la unidad (1,00), por lo que no es estadísticamente significativo en esta muestra debido a la homogeneidad del grupo (Tabla 6).

Tabla 1 – Datos sociodemográficos.

(n=110)			
Variable	Escalas	Frecuencia	%
Edad en años	18 a 29	3	2,73
	30 a 44	2	1,82
	45 a 54	10	9,09
	55 a 64	12	10,91
	> 65	83	75,45
Sexo	Hombre	45	40,91
	Mujer	65	59,09
Etnia	Indígena	79	71,82
	Mulato/a	1	0,91
	Mestizo/a	30	27,27
Nivel educación	Ninguno	33	30,00
	Jardín de infantes	1	0,91
	Educación básica	75	68,18
	Educación media / bachillerato	1	0,91
Estado civil	Casado/a	63	57,27
	Unión libre	2	1,82
	Separado/a	1	0,91
	Divorciado/a	5	4,55
	Viudo/a	22	20,00
	Soltero/a	17	15,45
Ocupación	Jornalero o peón	33	30,00
	Cuenta propia	17	15,45
	Trabajador/a no remunerado	60	54,55
Ingreso mensual	< 100\$	106	96,36
	100\$ a 300\$	3	2,73
	301\$ a 500\$	1	0,91

Fuente: Datos de investigación, 2026.

Tabla 2 – Variables relacionadas al tratamiento y enfermedad.

(n=110)			
Variable	Escalas	Frecuencia	%
Enfermedad Crónica Diagnosticada	HTA	93	84,55
	H	2	1,82
	DM	8	7,27
	HTA + DM	2	1,82
	HTA + DM + H	1	0,91
	HTA + H	4	3,64
Tiempo de Diagnóstico de la Hipertensión Arterial	< 1 año	23	20,91
	1 a 5 años	32	29,09
	> 5 años	43	39,09
Tiempo de Diagnóstico de la Diabetes Mellitus	< 1 año	1	0,91
	1 a 5 años	2	1,82
	> 5 años	4	3,64
Tiempo de Diagnóstico del Hipotiroidismo	< 1 año	--	--
	1 a 5 años	5	4,55
	> 5 años	9	8,18
Numero de medicamentos prescritos	1	76	69,09
	2 a 3	31	28,18
	4 o más	3	2,73

Fuente: Datos de investigación, 2026.

*HTA: Hipertensión arterial. **H: Hipotiroidismo. ***DM: Diabetes mellitus.

Tabla 3 – Escala Morisky.

Escala Morisky		
Adherencia	Frecuencia	%
Alta	2	1,82
Media	35	31,82
Baja	73	66,36
Total	110	100,00

Fuente: Datos de investigación, 2026.**Tabla 4 – Cuestionario de satisfacción ACESS.**

Pregunta	Frecuencia	%
1. ¿Qué tan satisfecho se encuentra respecto a la atención brindada por el personal, en términos de recibir un trato justo e igualitario, sin discriminación (género, edad, origen étnico, situación económica u otras características personales)?	110	100,00
5. ¿Qué tan satisfecho/a se encuentra respecto a la explicación del personal de salud sobre el diagnóstico, tratamiento médico y signos de alarma, considera que fue clara, efectiva y oportuna?	110	100,00
Total	110	100,00

Fuente: Datos de investigación, 2026.

Tabla 5 – Características sociodemográficas asociadas a la adherencia terapéutica.

Variables	Escala de Morisky			Total
	Alta adherencia	Media adherencia	Baja adherencia	
	Frecuencia (%)			
Edad				
18 a 29	--	1 (0,90)	2 (1,80)	3 (2,70)
30 a 44	--	1 (0,90)	1 (0,90)	2 (1,80)
45 a 54	1 (0,90)	1 (0,90)	8 (7,20)	10 (9,09)
55 a 64	--	1 (0,90)	11 (10,00)	12 (10,90)
> 65	--	1 (0,90)	82 (74,50)	83 (75,40)
Total	1 (0,90)	5 (4,50)	104 (94,50)	110 (100,00)
Sexo				
Hombre	--	1 (0,90)	44 (40,00)	45 (40,90)
Mujer	1 (0,90)	4 (3,64)	60 (54,50)	65 (59,09)
Total	1 (0,90)	5 (4,55)	104 (94,50)	110 (100,00)
Etnia				
Indígena	1 (0,90)	2 (1,80)	76 (69,00)	79 (71,80)
Mulato/a	--	--	1 (0,90)	1 (0,90)
Mestizo/a	--	3 (2,70)	27 (24,50)	30 (27,20)
Total	1 (0,90)	5 (4,50)	104 (94,50)	110 (100,00)
Nivel de educación				
Ninguno	--	2 (1,80)	31 (28,10)	33 (30,00)
Jardín de infantes	--	--	1 (0,90)	1 (0,90)
Educación básica	1 (0,90)	2 (1,80)	72 (65,40)	75 (68,10)
Educación media/bachillerato	--	1 (0,90)	--	1 (0,90)
Total	1 (0,90)	5 (4,50)	104 (94,50)	110 (100,00)
Estado civil				
Casado/a	1 (0,90)	2 (1,80)	60 (54,50)	63 (57,20)
Unión libre	--	2 (1,80)	--	2 (1,80)
Separado/a	--	--	1 (0,90)	1 (0,90)
Divorciado/a	--	--	5 (4,50)	5 (4,50)
Viudo/a	--	--	22 (20,00)	22 (20,00)
Soltero/a	--	1 (0,90)	16 (14,50)	17 (15,40)
Total	1 (0,90)	5 (4,50)	104 (94,50)	110 (100,00)
Ocupación				
Jornalero o peón	--	--	33 (30,00)	33 (30,00)
Cuenta propia	--	1 (0,90)	16 (14,50)	17 (15,40)
Trabajador/a no remunerado	1 (0,90)	4 (3,60)	55 (50,00)	60 (54,50)
Total	1 (0,90)	5 (4,50)	104 (94,50)	110 (100,00)
Ingreso mensual				
< 100\$	1 (0,90)	5 (4,50)	100 (90,90)	106 (96,30)
100\$ a 300\$	--	--	3 (2,70)	3 (2,70)
301\$ a 500\$	--	--	1 (0,90)	1 (0,90)
Total	1 (0,90)	5 (4,50)	104 (94,50)	110 (100,00)

Enfermedad crónica diagnosticada				
HTA	1 (0,90)	4 (3,64)	88 (80,00)	93 (84,50)
H	--	1 (0,90)	7 (6,36)	8 (7,20)
DM	--	--	2 (1,82)	2 (1,82)
HTA + DM	--	--	2 (1,82)	2 (1,82)
HTA + DM + H	--	--	1 (0,90)	1 (0,90)
HTA + H	--	--	4 (3,60)	4 (3,60)
Total	1 (0,90)	5 (4,55)	94 (94,50)	110 (100,00)

Fuente: Datos de investigación, 2026.

*f: Frecuencia absoluta. **%: Porcentaje relativo. ***HTA: Hipertensión arterial.

H: Hipotiroidismo. **DM: Diabetes mellitus.

Tabla 6 – Factores sociodemográficos asociados a la no adherencia mediante el modelo logístico binario.

Variable	OR	Error estándar	Z	p> z	IC 95%
Edad en años	1,09	0,038	2,45	0,014	1,017489 – 1,167483
Sexo (mujer)	0,34	0,64	-0,57	0,56	0,0086143 – 13,63509
Etnia (indígena)	2,59	2,67	0,93	0,35	0,3444638 – 19,5206
Estado civil (con pareja)	0,13	0,19	-1,39	0,16	0,007619 – 2,299533
Ocupación (remunerado)	0,93	1,77	-0,03	0,97	0,0231661 – 38,06193

Fuente: Datos de investigación, 2026.

*OR: Odds Ratio. **IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento farmacológico constituye un pilar fundamental para el control y recuperación de la salud, especialmente en personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles. Una alta adherencia terapéutica, tiene resultados positivos tanto para el individuo al mejorar su calidad de vida, como para el sistema de salud mediante la optimización de recursos humanos y materiales. No obstante, resultados de la investigación de Puga Miranda *et al.* (2024) revelan que la no adherencia terapéutica es un problema recurrente causado por diferentes factores. En este estudio, se identificó que el 66,36% de la población presenta baja adherencia, una cifra alarmante que, sigue superando los promedios reportados en otros contextos regionales. Esta desconexión entre la prescripción médica y la conducta del paciente compromete la eficacia de la APS y aumenta el riesgo de morbilidad en la provincia de Imbabura (Sánchez-Pérez; Villalba-Mora; Andrade-Caicedo, 2024).

En tanto, una revisión sistemática realizada por Lancis Garcia *et al.* (2025) reveló que la edad es un factor que influye en la adherencia terapéutica, debido a que los adultos mayores presentan deterioro cognitivo, dificultad para acceder a los servicios de salud y dependencia funcional. Esto concuerda con esta investigación dado que los resultados mostraron que, por cada año adicional de edad, aumenta la probabilidad de no adherencia con un valor de OR 1,09, IC 95% y $p = 0,014$. Por cada año adicional de vida, el riesgo de incumplimiento terapéutico se incrementa en un 9%. Esto coincide con la literatura que señala que el envejecimiento conlleva deterioro cognitivo, polifarmacia y dependencia funcional. En Mariano Acosta,

donde el 75,45% de los pacientes son adultos mayores, este factor se vuelve el eje central de la problemática. La gestión del cuidado de enfermería debe, por tanto, transitar de la simple entrega de fármacos a un seguimiento domiciliario que considere la capacidad sensorial y cognitiva del adulto mayor, el apoyo familiar, la accesibilidad geográfica, sociocultural-aceptabilidad, económica, organizacional, del paciente y a la familia como factor protector para la adherencia a los tratamientos, en este caso a los medicamentos en los horarios y dosis correcta.

Por su parte, la variable sexo femenino no tuvo asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica ($OR = 0,34$; $p = 0,56$). Sin embargo, en la investigación de Martínez Martínez e Estrella López (2025) muestra que los roles de género, el nivel educativo y la autonomía económica inciden en la adherencia terapéutica, subraya que, en contexto de vulnerabilidad, las mujeres suelen tener mayores barreras de acudir a controles médicos y adquirir medicamentos. Así mismo, la presencia de enfermedades mentales como la depresión se ha relacionado directamente con una menor adherencia, especialmente en la población femenina. En este sentido, resulta necesario promover la salud desde un enfoque de género que garantice la accesibilidad equitativa a medicinas y servicios de salud.

En cuanto a la etnia, la mayor parte de la población se autoidentificó como indígena, aunque el pertenecer a esta etnia no mostró significancia, se evidenció un aumento en la probabilidad de no adherencia ($OR = 2,59$; $p = 0,35$). La literatura por su parte menciona que pertenecer a poblaciones indígenas en la región latinoamericana, tiene como consecuencia barreras estructurales y culturales, a esto se suma las desigualdades económicas y la percepción de la salud – enfermedad, mismas que afectan el cumplimiento del tratamiento terapéutico (Garza; Abascal, 2025). Bajo este contexto, es pertinente el fortalecimiento de la estrategia de salud intercultural cuyo resultado sea el respeto a la cosmovisión indígena respecto a su salud y la implementación de programas sanitarios en su lengua originaria.

Respecto a la variable estado civil se evidenció que el estar casado no garantiza la adherencia terapéutica, dado que, en la mayoría su conviviente es otro adulto mayor. Por su parte, un estudio realizado por Lancis García *et al.* (2025) menciona que el estar casado o en unión libre favorece la adherencia, en vista de que el acompañante cumple el rol de recordatorio y apoyo emocional para la salud del individuo. En este sentido es importante que el personal involucre a la pareja y familia en el tratamiento y recuperación del paciente.

A pesar de que variables como la etnia indígena ($OR = 2,59$) y el ingreso mensual menor a \$100 (96,36% de la muestra) presentan valores sugerentes de riesgo, no alcanzaron significancia estadística en el modelo logístico. Esta es una limitación técnica derivada de la distribución asimétrica y homogeneidad de la muestra; al ser casi todos los participantes indígenas y de escasos recursos, no existe un grupo de comparación suficiente para validar estadísticamente estas barreras estructurales. No obstante, desde la Salud Colectiva, no se puede ignorar que la precariedad económica y las barreras culturales son determinantes que "expulsan" al paciente del sistema de cuidado, independientemente de lo que indique el valor p .

Un punto crítico de discusión es el 100% de satisfacción reportado en la encuesta ACCESS. Mientras que este dato sugiere una relación médico-paciente armoniosa, la realidad de la baja adherencia (66,36%) contradice la efectividad de dicha comunicación. Este fenómeno se interpreta como un sesgo de aquiescencia o "efecto techo", donde el paciente rural, por gratitud o temor, evita criticar al personal de salud. Esto revela una laguna en la APS: la

satisfacción del usuario no es un indicador confiable de éxito terapéutico si no se traduce en un entendimiento profundo del tratamiento y en la superación de las barreras de acceso.

La falta de asociación significativa en variables como el sexo o el estado civil en este estudio difiere de investigaciones que subrayan el rol del apoyo familiar en la adherencia. En Mariano Acosta, el hecho de que muchos pacientes vivan con otros adultos mayores diluye el efecto protector del estado civil. Por ello, resulta imperativo fortalecer la estrategia de salud intercultural y los programas educativos con enfoque de género, asegurando que la información no solo sea "clara", según ACESS, sino culturalmente aceptable y operativamente viable para el paciente.

Finalmente, la ocupación remunerada no evidenció asociación estadísticamente significativa respecto a la no adherencia terapéutica ($OR = 0,93$; $p = 0,97$). Sin embargo, estudios locales mencionan que el desempleo o la falta de ingresos económicos repercuten en la adquisición de medicamentos y acceso a servicios de salud lo que favorece a la baja adherencia terapéutica (Collahuazo Jumbo; Velez Macas, 2025). De la misma manera, el informe del Banco Mundial señala que la brecha de desigualdad en el ámbito laboral y económico impactan en la buena adherencia terapéutica (Organisation for Economic Co-Operation and Development/The World Bank, 2023). Bajo este contexto, resulta importante identificar a personas de la comunidad de bajo recursos y mediante el trabajo intersectorial establecer acciones de apoyo que garanticen la equidad en salud.

CONCLUSION

El presente trabajo de investigación determinó que la baja adherencia farmacológica afecta al 66,36% de los pacientes con enfermedades crónicas en el Centro de Salud Mariano Acosta. Este hallazgo confirma que el incumplimiento terapéutico es un desafío crítico de salud pública en el territorio rural, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y el deterioro de la calidad de vida en una población altamente vulnerable.

La edad se identificó como el único factor predictor con significancia estadística para la no adherencia ($p = 0,014$). Se concluye que, por cada año adicional de vida, el riesgo de abandonar o seguir incorrectamente el tratamiento aumenta en un 9% ($OR = 1,09$). Esto subraya la urgencia de diseñar intervenciones de enfermería personalizadas para el adulto mayor, considerando sus limitaciones cognitivas y funcionales.

A pesar de la homogeneidad de la muestra, que limitó la significancia estadística de factores como la etnia y el nivel socioeconómico, la prevalencia de ingresos menores a \$100 mensuales (96,36%) y la autoidentificación indígena (71,82%) sitúan a la pobreza y la interculturalidad como determinantes sociales estructurales que condicionan la continuidad del cuidado.

Existe una disonancia crítica entre la satisfacción del usuario y el éxito terapéutico. El 100% de satisfacción reportado en la encuesta ACESS, contrastado con los altos índices de baja adherencia, sugiere un sesgo de aquiescencia. Se concluye que una percepción positiva de la atención no garantiza el cumplimiento del tratamiento si no se abordan las barreras reales de acceso y comprensión en el entorno rural.

Se hace imperativo fortalecer la gestión del cuidado mediante estrategias de salud intercultural y visitas domiciliarias que involucren a la familia como red de apoyo. Los resultados

permiten orientar políticas locales en el primer nivel de atención para mitigar el impacto de las ECNT, que representan la principal causa de morbilidad y mortalidad en el Ecuador

Los resultados de este estudio confirman la necesidad de fortalecer la gestión del cuidado de enfermería mediante, diagnósticos enfermeros en cuanto a todas las formas de accesibilidad, además de estrategias de educación y promoción de la salud específicas dirigidas a adultos mayores, que vayan encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica y la educación sanitaria con enfoque de género e interculturalidad. De esta manera, los resultados obtenidos en este estudio permiten orientar e implementar acciones eficientes que mejoren la adherencia terapéutica y por ende el control de las ECNT en las poblaciones en situación de vulnerabilidad y que continúan siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad del Ecuador.

Cabe señalar que el carácter transversal del estudio y el tamaño de la muestra limitan el alcance de las inferencias. Por ello, se recomienda cautela al generalizar los resultados y la realización de investigaciones futuras que profundicen en otros factores sociodemográficos y organizacionales potencialmente asociados a la adherencia terapéutica.

Referencias

- COLLAHUAZO JUMBO, E. S.; VELEZ MACAS, L. E. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, de la Parroquia Ciano y Vicentino. **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 6303-6316, 2025. Disponible en: https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V9I3.18272. Acceso en: 20 mar. 2026.
- GARZA, M.; ABASCAL, L. Health disparities among indigenous populations in Latin America: a scoping review. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 119, 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02495-2>. Acceso en: 20 mar. 2026.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (Ecuador). **Registro Estadístico de Defunciones Generales 2023**: boletín técnico. Quito: INEC, p. 1-14, 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2023/Boletin_EDG_2023.pdf. Acceso en: 25 mar. 2026.
- LANCIS GARCIA, A. *et al.* Revisión sistemática sobre la adherencia terapéutica en tratamientos crónicos: un análisis integral de factores y estrategias. **Revista Sanitaria de Investigación**, [s. l.], v. 6, n. 2, 2025. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10243877>. Acceso en: 20 mar. 2026.
- MARTÍNEZ MARTÍNEZ, R.; ESTRELLA LÓPEZ, B. C. Influencia del género en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, [s. l.], v. 24, e6189, p. 1-5, 2025. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/6189>. Acceso en: 20 mar. 2026.
- MORISKY, D. E. *et al.* Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **The Journal of Clinical Hypertension**, [s. l.], v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>. Acceso en: 25 mar. 2026.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (Ecuador); INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Encuesta STEPS Ecuador 2018**: vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Informe de resultados. Quito: MSP, 2020.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/THE WORLD BANK. **Health at a Glance**: Latin America and the Caribbean 2023. Paris: OECD Publishing, 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>. Acceso en: 20 mar. 2026.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfermedades crónicas no transmisibles**. Organización Panamericana de la Salud: [s. l.], 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>. Acceso en: 20 mar. 2026.
- PUGA MIRANDA, N. E. P. *et al.* Factores Asociados a la no Adherencia Terapéutica en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, [s. l.], v. 8, n. 5, p. 6488-6504, 2024. Disponible en: https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V8I5.14064. Acceso en: 20 mar. 2026.
- SÁNCHEZ-PÉREZ, R.; VILLALBA-MORA, E.; ANDRADE-CAICEDO, M. Desafíos de la Atención Primaria de Salud en la Zona 1 de Ecuador: morbilidad y adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. **Revista Ecuatoriana de Salud Pública**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 45-58, 2024.

Fuente de financiación

La investigación es autofinanciada.

Contribuciones de los autores

Adriana Lizbeth Usiña Celín - redacción del texto, recopilación y análisis de datos, responsabilidad pública por el contenido del artículo.

Angela Cristina Yanez Corrales - concepción y planificación del estudio, revisión de contenido, correcciones, aprobación de la versión final del manuscrito y responsabilidad pública por el contenido del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidad editorial

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Rafael Arenhaldt, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Recibido el: 16/01/2026

Aceptado el: 14/04/2026

Publicado en: 17/04/2026