



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD



AT 2026-FFBB-050

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título de **Informe final de tesis** es:

**Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes
reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo
Nuevo, Ica – 2025**

Presentado por:

VILCA ANGULO BETSABE

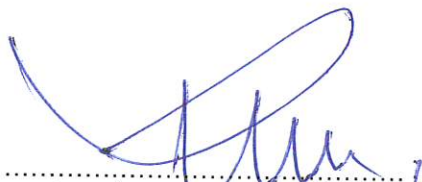
Bachiller del nivel **PREGRADO** de la Facultad de **FARMACIA Y BIOQUÍMICA**. El resultado obtenido es 1% por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Con Código de Matricula: 20171128

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 20 de abril de 2026


.....
Dr. PEÑA GALINDO JULIO JOSE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION

Facultad de Farmacia y Bioquímica



Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes
reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo,
Ica – 2025

Línea de Investigación

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

Autor:

BACH. BETSABE VILCA ANGULO

Ica – Perú

2026

DEDICATORIA

A Dios, para seguir obteniendo nuevos conocimientos y seguir superándome cada día en el ámbito profesional y personal, a mis padres por haberme brindado la oportunidad de culminar mi carrera, y aquellas personas que estuvieron conmigo durante el proceso de mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

A mi facultad de Farmacia y Bioquímica y a todos los docentes por haberme brindado las herramientas, la formación y el entorno necesario para desarrollar mi vocación como futuro farmacéutico y bioquímico. De la misma manera agradezco a mis Padres por haberme brindado la oportunidad de tener una carrera profesional, por su amor, su comprensión, su esfuerzo, gracias a aquellas personas que estuvieron conmigo y aún permanecen en mi vida, gracias por todo lo que hicieron por mí, estaré agradecida por todo lo aprendido como persona y como profesional de la salud.

INDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
II. Estrategia Metodológica	24
III. Resultados	31
IV. Discusión	55
V. Conclusiones	57
VI. Recomendaciones	58
VII. Referencias Bibliográficas	59
VIII. Anexos	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de las enfermedades reumáticas	16
Tabla 2. Test de Morisky-Green (4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4))	21
Tabla 3. Distribución de pacientes según sexo en el estudio de Tratamiento ... Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	31
Tabla 4. Distribución de pacientes según estado civil en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025	32
Tabla 5. Distribución de pacientes según Nivel educativo en el estudio de tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	33
Tabla 6. Distribución de pacientes según edad en el estudio de Tratamiento farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	34
Tabla 7. Distribución de pacientes según Ingresos Familiares mensuales en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	35
Tabla 8. Distribución de pacientes según tiempo de tratamiento en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	36
Tabla 9. Distribución de pacientes por enfermedad reumática diagnosticadas en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	37
Tabla 10. Distribución de pacientes por número de medicamentos prescritos en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	38
Tabla 11. Distribución de Medicamentos prescritos con mayor frecuencia en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	39
Tabla 12. Distribución de pacientes según complejidad al número de dosis diaria en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	40
Tabla 13. Distribución de pacientes según la afectación por el costo de tratamiento en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	41

Tabla 14. Distribución de pacientes a la Adherencia a la terapia farmacológica según el	42
sexo, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 15. Relación entre el sexo de los pacientes y la adherencia a la terapia farmacológica ...	43
en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025	
Tabla 16. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación a la ...	44
afectación del número de dosis diaria de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 17. Relación entre la afectación del número de dosis diaria de los pacientes y la	45
adherencia a la terapia farmacológica, en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 18. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación a la	46
afectación por el costo de tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 19. Relación entre la afectación por el costo de tratamiento de los pacientes y la	47
adherencia a la terapia farmacológica, en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025	
Tabla 20. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación al Estado	48
civil de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 21. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica en relación al Estado	49
civil de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 22. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación al	47
nivel Educativo de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 23. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica en relación al Nivel	48
educativo de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 24. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación al	49
tiempo de tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 25. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica y al Tiempo de	49
tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 26. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación a la	50
percepción si los medicamentos para la reumatología interactúan con otros medicamentos prescritos de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 27. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica y la Percepción	51
si los medicamentos para la reumatología interactúan con otros medicamentos prescritos de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	
Tabla 28. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación a la	52
percepción de la influencia familiar en el tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	

Tabla 29. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica y la Percepción de la ... 52
influencia familiar en el tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica –
2025.

ÍNDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Distribución de pacientes según sexo en el estudio de Tratamiento farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	31
Figura 2. Distribución de pacientes según estado civil en el estudio de tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	32
Figura 3. Distribución de pacientes según Nivel educativo en el estudio de tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	33
Figura 4. Distribución de pacientes según edad en el estudio de Tratamiento farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	34
Figura 5. Distribución de pacientes según Ingresos Familiares mensuales en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	35
Figura 06: Distribución de pacientes según tiempo de tratamiento en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	36
Figura 07: Distribución de pacientes por problemas de salud diagnosticados en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	37
Figura 08: Distribución de pacientes por número de medicamentos prescritos en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	38
Figura 09. Distribución de Medicamentos prescritos con mayor frecuencia en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	40
Figura 10. Distribución de pacientes según complejidad al número de dosis diaria en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	41
Figura 11. Distribución de pacientes según la afectación por el costo de tratamiento en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.	42

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025.

Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 82 pacientes diagnosticados con enfermedades reumatológicas. Se utilizaron encuestas para la recolección de datos y el coeficiente de Rho de Spearman para el análisis de correlación de variables.

Resultados: El 61% de la muestra fue de sexo femenino y el 65.9% tenía estado civil casado. Se identificó un nivel de baja adherencia en el 51.2% de los pacientes, media adherencia en el 36.6% y solo un 12.2% presentó alta adherencia. Los medicamentos más prescritos fueron Diclofenaco (65.8%) y Prednisona (40.24%). Se halló una correlación negativa moderada entre la frecuencia de dosis y la adherencia ($\rho = -0,489$; $p < 0,01$) y entre el costo del tratamiento y la adherencia ($\rho = -0,347$; $p = 0,001$). Por el contrario, el apoyo familiar mostró una relación positiva significativa ($\rho = 0,310$; $p = 0,005$). Las variables demográficas (sexo, educación, estado civil) no mostraron significancia estadística.

Conclusiones: Existe una relación significativa entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia. La frecuencia de dosis y la afectación económica son las principales barreras que disminuyen el cumplimiento, mientras que el soporte familiar actúa como el factor facilitador más relevante para el éxito terapéutico.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, enfermedades reumatológicas, tratamiento farmacoterapéutico, factores socioeconómicos, soporte familiar.

.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between pharmacotherapeutic treatment and adherence in rheumatologic patients attending the Pueblo Nuevo Health Center, Ica, during the year 2025.

Methodology: A study with a quantitative approach, correlational level, and a non-experimental, cross-sectional design. The sample consisted of 82 patients diagnosed with rheumatologic diseases. Surveys were used for data collection, and Spearman's rho coefficient was employed for the correlation analysis of variables.

Results: 61% of the sample was female, and 65.9% were married. A low level of adherence was identified in 51.2% of patients, medium adherence in 36.6%, and only 12.2% showed high adherence. The most frequently prescribed medications were Diclofenac (65.8%) and Prednisone (40.24%). A moderate negative correlation was found between dose frequency and adherence ($\rho = -0.489$; $p < 0.01$) and between treatment cost and adherence ($\rho = -0.347$; $p = 0.001$). Conversely, family support showed a significant positive relationship ($\rho = 0.310$; $p = 0.005$). Demographic variables (sex, education, marital status) did not show statistical significance.

Conclusions: There is a significant relationship between pharmacotherapeutic treatment and adherence. Dosage frequency and economic impact are the main barriers that decrease compliance, while family support acts as the most relevant facilitating factor for therapeutic success.

Keywords: Medication adherence, rheumatic diseases, pharmacotherapeutic treatment, socioeconomic factors, family support.

I. Introducción

las enfermedades reumáticas poseen un impacto significativo a nivel social y económico. Estas son una causa común de visita al médico y sus costes de manejo (directos e indirectos) son muy elevados. Su mayor trascendencia radica en ser la causa principal de discapacidad a largo plazo. Por ello, los tratamientos deben cubrir un amplio espectro de objetivos. Esta necesidad se refuerza por el hecho de que estas enfermedades a menudo afectan a la población joven, prolongando el tiempo que el paciente vive con la discapacidad.

La presente investigación aborda la problemática del tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes que padecen enfermedades reumatológicas y que reciben atención en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025. Las enfermedades reumatológicas (ER), como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la gota, son padecimientos crónicos que afectan el sistema musculoesquelético y órganos internos, conllevando una significativa morbilidad, discapacidad y una reducción en la calidad de vida de los pacientes (1). El manejo de las ER se basa fundamentalmente en el uso de una farmacoterapia compleja, que a menudo incluye fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), corticosteroides, analgésicos y terapias biológicas. El éxito a largo plazo del tratamiento, medido por la remisión de la enfermedad, el control del dolor y la prevención del daño articular irreversible, depende críticamente de la adherencia terapéutica (2). Sin embargo, la no adherencia (es decir, la falta de cumplimiento de las pautas de medicación) es un fenómeno común en enfermedades crónicas, con tasas estimadas que superan el 50% en algunos grupos de pacientes reumatológicos (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(4) define el cumplimiento o adherencia terapéutica como “la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas”. Haynes (5) propuso una definición de adherencia que ha ganado notable reconocimiento, entendiéndola como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

La falta de adherencia se relaciona con factores multifactoriales que van desde la complejidad del régimen farmacológico (múltiples dosis y efectos secundarios) y el coste de los medicamentos, hasta factores psicosociales y la calidad de la comunicación entre el paciente y el personal de salud(6). La OMS identifica cinco

dimensiones interrelacionadas que influyen en la adherencia, aplicables directamente a las enfermedades reumatológicas:

1. Factores Socioeconómicos: Nivel educativo, costo del tratamiento, barreras culturales.
2. Factores Relacionados con el Sistema Sanitario: Accesibilidad, tiempo de espera, relación médico-paciente.
3. Factores Relacionados con la Enfermedad: Severidad de los síntomas, comorbilidades.
4. Factores Relacionados con el Tratamiento: Complejidad del régimen, duración, efectos secundarios.
5. Factores Relacionados con el Paciente: Conocimiento, creencias, motivación y estado psicológico (depresión, ansiedad).

Para las enfermedades reumatológicas, la complejidad del tratamiento y el manejo de los efectos secundarios suelen ser los factores más críticos, junto con la necesidad de una comunicación efectiva entre el reumatólogo, el farmacéutico y el paciente.

En el contexto del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, es fundamental diagnosticar cómo estos factores influyen en la población local y determinar la relación entre el régimen de tratamiento prescrito y el nivel real de cumplimiento.

Descripción de la realidad problemática

Problema general

¿Cuál es la relación entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características del tratamiento farmacoterapéutico prescrito a los pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, en el año 2025?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento farmacoterapéutico en los pacientes reumatológicos atendidos en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025?
- ¿Existe relación entre las características del tratamiento farmacoterapéutico y el nivel de adherencia en la población de estudio?

Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Carbonell et al. España. (2024). En la adherencia en el tratamiento de la **osteoporosis**, Para prevenir las fracturas, los tratamientos farmacológicos se dividen en dos grupos según su mecanismo de acción: Agentes que frenan la pérdida ósea (reducen la resorción del hueso), en este grupo se encuentran los bifosfonatos (que pueden administrarse semanal, trimestral o anualmente), el denosumab (un anticuerpo monoclonal) y los moduladores estrogénicos selectivos (SERMs) como raloxifeno y bazedoxifeno (ambos de uso diario) y Agentes que forman hueso nuevo (osteofrmadores o anabólicos), aumentan la masa ósea. Los ejemplos son la teriparatida (inyección diaria) y el romosozumab (inyección mensual). La adherencia a la medicación es un desafío significativo, ya que entre el 33% y el 50% de los pacientes no cumple con la pauta prescrita, y esta falta de cumplimiento es más marcada al comenzar el tratamiento. Hay evidencia de que el 20% al 30% de las personas a las que se les prescribe un bifosfonato oral ni siquiera lo empieza. La persistencia en el consumo de bifosfonatos después de un año es considerablemente baja (entre el 16% y el 60%, según el país), debido a que los pacientes con frecuencia olvidan las dosis o no las toman correctamente. Si bien los bifosfonatos orales son el foco de la mayoría de las investigaciones por su alta prescripción, la falta de adherencia también afecta a tratamientos inyectables como la teriparatida, el denosumab y el ácido zoledrónico(7).

Balsa A. et al. España (2022). En el estudio durante un período de seis meses, se observó que la adherencia a la medicación en pacientes con artritis reumatoide es el resultado de la influencia de factores que operan a diferentes niveles. A pesar del buen control de la enfermedad, la adherencia a la medicación en pacientes con Artritis Reumatoidea en España no es perfecta. La cooperación entre médicos y pacientes en la selección del tratamiento, así como el tipo de tratamiento prescrito, desempeñan un papel importante en la adherencia. En el estudio con 180 participantes (77% mujeres, edad promedio de 60.8 años), se encontró que la adherencia al tratamiento fue del 59.1% (IC del 95%: 48.1% a 71.8%). Los pacientes que recibían fármacos biológicos mostraron una mejor adherencia y sentían una mayor necesidad de la medicación en comparación con otros grupos(8).

Ferrer P. et al. Colombia (2021). En el trabajo sobre Factores asociados a falla terapéutica de medicamentos biológicos tipo anti-TNF (Factor de necrosis tumoral) en pacientes con artritis reumatoide estudio mostró que estar empleado reduce significativamente ($p < 0,001$) el riesgo de fallo en el tratamiento con biológicos en un 50% durante tres años, en comparación con el desempleo. Asimismo, la terapia

farmacológica prescrita, la existencia de comorbilidades, el historial de uso de FAME y el cumplimiento del tratamiento son factores predictivos de fallo terapéutico(9).

Mora C. et al Colombia (2021). En el trabajo sobre adherencia a medicamentos orales en pacientes con artritis reumatoidea, El estudio incluyó 170 participantes, de los cuales la mitad (85 individuos) presentó una adherencia adecuada (CQR superior a 80). Clínicamente, la población del estudio mostró un control favorable de la enfermedad, con la mayoría en remisión (60.6%) o baja actividad (17%). Al examinar los factores asociados a la adherencia, solo se hallaron dos correlaciones estadísticamente significativas: una entre la adherencia (medida por el CQR) y la cantidad de amistades ($p = 0.0012$), y otra entre la adherencia basada en la actividad de la enfermedad y el soporte social global ($p = 0.004$). El nivel de adherencia encontrado en este estudio es similar al de otras poblaciones, lo que podría deberse a patrones de comportamiento locales. No obstante, los investigadores notaron que los participantes, independientemente de su nivel educativo, tuvieron dificultades para comprender las preguntas del instrumento utilizado (CQR). La única asociación significativa encontrada fue la existente entre el soporte social y la adherencia, un vínculo ya establecido en la literatura (10).

Benítez A. et al. Argentina (2019). En su trabajo sobre Adherencia al tratamiento en pacientes con artritis reumatoidea, el nivel de cumplimiento del tratamiento en este grupo de pacientes es moderado. Se observó que una mayor conciencia de la importancia de la medicación, junto con una menor preocupación por la misma, se traduce en una mayor adherencia. La muestra del estudio estaba compuesta principalmente por mujeres (85,8%), con una edad media de 55,1 años. En cuanto a su salud en relación con la Artritis reumatoidea, el 51,1% de los pacientes la consideró buena y el 40,9% la calificó como regular. El metotrexato oral (MTX) fue el tratamiento más frecuente, utilizado por el 79% de los pacientes. La mayoría de los participantes (79,5%) recibió monoterapia, y el tiempo promedio de tratamiento fue de 4,4 años (11).

Anghel L. et al. Rumania (2018). Una revisión de quince estudios relevantes encontró que el grado en que los pacientes seguían su medicación (adherencia) variaba ampliamente, desde un 9,3% hasta un 94%. De manera similar, la duración del tiempo que los pacientes continuaban con su tratamiento (persistencia) oscilaba entre el 23% y el 80%. Los factores económicos, demográficos y clínicos mostraron una relación limitada con la adherencia o persistencia al tratamiento. En contraste, los factores centrados en el paciente, como la creencia firme en la necesidad de la medicación, la convicción de que la enfermedad es crónica y un mayor conocimiento sobre la misma, se asociaron con una mejor adherencia al tratamiento(12).

Prados-Moreno S. et al. España (2018). En su trabajo sobre la adherencia en pacientes con lupus eritematoso, La investigación realizada en 72 pacientes (36.7 ± 12.2 años de media) determinó que el 63.9% de los participantes no cumplía adecuadamente con su tratamiento. La baja adherencia estuvo ligada a características sociodemográficas como el desempleo, la convivencia en pareja y un bajo nivel educativo, además del consumo de alcohol. Se identificaron diferencias psicopatológicas: las pacientes adherentes obtuvieron puntuaciones superiores en somatización, obsesión-compulsión, estrés percibido e índices psicopatológicos generales. El uso de AINEs, el diagnóstico de artrosis y una mayor alteración psicopatológica se establecieron como predictores claves de la adherencia, logrando explicar una porción significativa (35%-47%) de la variabilidad observada en el cumplimiento terapéutico. La falta de adherencia al tratamiento de las pacientes con LES fue alta y parece estar influida por factores clínicos y psicopatológicos (13).

Ruiz C. et al. Cuba. (2016). En la adherencia al tratamiento en artritis reumatoidea indica que una de las razones de la baja adherencia a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad es la presencia de efectos adversos que alteran la vida diaria de los pacientes. Un factor de riesgo asociado es la comorbilidad o la presencia de otras enfermedades crónicas, condición que se espera que cause que al menos la mitad de los pacientes crónicos dejen el tratamiento antes de los seis meses. Los determinantes de la baja adherencia en enfermedades autoinmunes (como la AR) se dividen en: no modificables (edad, duración de la enfermedad) y modificables (régimen complejo, costos, efectos secundarios y falta de percepción de eficacia), siendo estos últimos el blanco de las intervenciones terapéuticas. Por otro lado, la adherencia óptima se logra cuando el paciente cree en el tratamiento, siente menor preocupación por los medicamentos, cuenta con mayor apoyo y es consciente de la cronicidad de su enfermedad (14).

Antecedentes Nacionales

Ramos E. et al. Lima (2023). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con artritis reumatoide en el policlínico Las Salinas, Chilca - Lima 2023, En este estudio, el 73,8% de los participantes eran mujeres, siendo el grupo de edad más frecuente el de 40 a 49 años (43,7%). De los 103 encuestados, el 58,3% (n=60) mostró adherencia al tratamiento farmacológico. Se encontró una correlación directa y significativa entre los factores estudiados y la adherencia al tratamiento ($p=0,000$; $r=0,592$). En conclusión, los factores analizados en el estudio influyen directamente en la adherencia al tratamiento farmacológico, observándose una relación positiva moderada. (15)

Mariños K., Trujillo (2019). Polifarmacia como factor asociado a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con artritis reumatoide. El objetivo de este estudio de casos y controles (con 24 casos y 48 controles) fue determinar si la polifarmacia se asocia a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Artritis Reumatoide (AR). Los resultados indicaron que la polifarmacia es un factor de riesgo significativo para la mala adherencia (OR: 3.545x°; $p < 0.018$). En concreto, los pacientes que toman múltiples medicamentos tienen 3.5 veces más riesgo de incumplimiento terapéutico. La relación de pacientes con polifarmacia fue de 2:1 entre los grupos con y sin adherencia. La población estudiada estuvo dominada por mujeres de entre 41 y 60 años, con niveles de educación secundaria o superior (16).

Curilla R, Chipana V. Huancayo (2017). En su trabajo sobre la adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la provincia de Huancayo, se determina que el 81% de pacientes son del sexo femenino. Un estudio realizado en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” en Huancayo reveló que la gran mayoría de los pacientes con artritis, específicamente el 94%, muestra una adherencia parcial al tratamiento. Solo un muy bajo porcentaje, el 5%, sigue el tratamiento al pie de la letra, mientras que un mínimo de pacientes, el 1%, no muestra ninguna adherencia (17).

Coello D., Rojas N. Lima (2015). Falta de adherencia en la terapia física en pacientes con dolor y trastornos músculo esqueléticos: incidencia y factores de riesgo. El estudio midió la falta de adherencia (definida como asistir a menos de 8 sesiones) y factores demográficos en 549 pacientes. La muestra estaba compuesta principalmente por mujeres (68.3%) y un 37.2% eran mayores de 60 años, siendo las lesiones más comunes las del miembro inferior y la región dorso-lumbar. Se encontró una alta incidencia de falta de adherencia del 56.4%. Los factores que aumentaron el riesgo de incumplimiento fueron vivir lejos de la clínica (RRa: 1.34) y ser menor de 40 años (RRa: 1.27). En conclusión, la alta falta de adherencia está significativamente ligada a la distancia geográfica y la edad del paciente, lo que exige el desarrollo de estrategias para mejorar el cumplimiento(18)

Marco Teórico

Las Enfermedades Reumatológicas (ER)

Son un conjunto diverso de patologías crónicas que afectan principalmente el sistema musculoesquelético (articulaciones, huesos, músculos, tendones y ligamentos). Muchas de ellas son de naturaleza autoinmune o inflamatoria, lo que significa que el

sistema inmunológico ataca por error los propios tejidos del cuerpo, aunque también incluyen trastornos degenerativos y metabólicos.

Las principales enfermedades reumáticas están resumidas en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de las enfermedades reumáticas (19)

Clase	Enfermedad
Tejidos blandos	Fibrositis
	Lesiones de tejidos y tendones
	Síndrome de fibromialgia
Enfermedad degenerativa	Artrosis
Artropatía por depósito de cristales	Gota
Artritis inflamatoria	Artritis reumatoide
	Espondiloartropatías: espondilitis anquilosante, psoriática, reactiva, asociada con enfermedad inflamatoria intestinal
Vasculares	Poliarteritis nodosa
	Enfermedad de Wegener
	Enfermedad de Churg-Strauss
	Arteritis temporal, polimialgia reumática
Enfermedades sistémicas del tejido conectivo	Lupus eritematoso sistémico
	Esclerosis sistémica progresiva
	Polidermatomiositis
Enfermedades óseas	Osteoporosis

Fuente: Manual SER de enfermedades reumáticas

La artritis reumatoide (AR)

Se define como una enfermedad multisistémica, inflamatoria y crónica de etiología autoinmune, que primariamente afecta las articulaciones periféricas con un patrón simétrico. Aunque la comprensión de su fisiopatología ha mejorado, su causa específica permanece sin identificar. Se ha determinado que el TNF- α y la IL-6 son mediadores críticos en el desarrollo y mantenimiento de la inflamación. La detección de anticuerpos antipéptidos citrulinados es útil para el diagnóstico diferencial de poliartritis y predice una mayor agresividad de la enfermedad. (20).

La Artritis Reumatoide (AR) tiene una predisposición genética asociada al antígeno HLA-DR4 (aunque otras variantes de HLA-DR influyen en distintas poblaciones). No obstante, la etiología completa requiere la participación de factores ambientales, posiblemente un agente infeccioso como el virus de Epstein-Barr o ciertas micobacterias.

El proceso patológico se inicia con una respuesta inmune a este antígeno:

1. Activación de Células: Macrófagos y células dendríticas presentan el antígeno a los linfocitos T, que a su vez activan los linfocitos B.
2. Producción de Anticuerpos y Citoquinas: Los linfocitos B se diferencian en células plasmáticas productoras de anticuerpos, destacando el factor reumatoide. Simultáneamente, la activación de los linfocitos T y macrófagos libera una cascada de citoquinas (como TNF- α e IL-6) que explican las manifestaciones locales y sistémicas.

La inflamación sinovial persistente, sello de la enfermedad que afecta articulaciones periféricas simétricamente, se ve amplificada por la activación de sistemas como el complemento y la coagulación. El resultado final de esta cascada inmunológica es la destrucción progresiva del cartílago y la aparición de erosiones óseas, que causan la deformidad articular crónica, además de una mortalidad aumentada, impulsada por un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, complicaciones pulmonares, infecciones, toxicidad farmacológica y malignidades (19).

La osteoartritis (OA)

Se definía como una patología de "desgaste" causada por la sobrecarga y el deterioro biomecánico que conducía a la inflamación y rigidez, ha sido superada. Actualmente, la OA se entiende como un proceso multifactorial más complicado, en el que intervienen de manera crucial factores metabólicos e inflamatorios. Independientemente de su etiología compleja, el principal impacto clínico de la OA es la progresiva y severa degradación del cartílago articular (21).

La artrosis es el resultado de múltiples factores, incluyendo predisposiciones genéticas, hormonales, nutricionales y medioambientales. El inicio patológico se centra en la modificación de la composición bioquímica del cartílago. En las fases tempranas, la estructura del colágeno se desorganiza, llevando a un aumento en el agua de la matriz y una reducción en los proteoglicanos hidrofílicos. La acción de enzimas, estimuladas por la interleucina-1, degrada estos proteoglicanos, lo que disminuye la presión osmótica y la elasticidad, causando fisuras y ulceraciones superficiales del cartílago. En respuesta a esta pérdida, el hueso subcondral se vuelve más denso (esclerótico) y menos elástico para la absorción de impactos, incrementando su vascularidad y la presión venosa intraósea. La etapa final es la

destrucción total del cartílago, lo que resulta en la erosión ósea por el contacto directo entre las superficies articulares (19).

El manejo de la osteoartritis (OA) es paliativo, ya que no existe una cura disponible. El plan terapéutico abarca un amplio espectro de opciones, incluyendo la corrección de factores de riesgo modificables, el uso de inyecciones directamente en la articulación, la implementación de modalidades físicas, el ensayo de terapias alternativas y, como último recurso, la intervención quirúrgica. Inicialmente, el tratamiento busca principalmente la reducción del dolor y la rigidez articular. Posteriormente, el foco se desplaza hacia la conservación de la funcionalidad física del paciente (21).

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el paracetamol son considerados el tratamiento de primera línea para la osteoartritis (OA). Los AINE son efectivos para aliviar el dolor generalizado asociado a la OA, y no hay evidencia robusta que demuestre que un AINE sea superior a otro. Es crucial usar los AINE con precaución en pacientes con afecciones gastrointestinales. En estos casos, se recomienda emplear inhibidores selectivos de la COX-2 o combinar AINE no selectivos con un agente gastroprotector (22).

La Osteoporosis

Aunque tradicionalmente se ha visto como una enfermedad de la mujer posmenopáusica, la **osteoporosis en hombres** es una condición **frecuente y grave**, si bien menos común que en mujeres. En el caso de los hombres, la osteoporosis **secundaria** (causada por otras condiciones médicas) es más prevalente que en mujeres. Mientras que la deficiencia de estrógenos es clave en la osteoporosis posmenopáusica, la evidencia

reciente sugiere firmemente que el **estrógeno también domina la regulación del esqueleto masculino**. De hecho, se ha observado una disminución del estradiol sérico en hombres con osteoporosis idiopática. A pesar de la escasez de estudios de tratamiento específicos para hombres, fármacos como el **alendronato y la teriparatida** parecen ser igualmente efectivos en ambos sexos (23).

El hueso se somete a un **proceso dinámico de remodelación** que equilibra la resorción y la formación, crucial para la homeostasis del calcio y la revitalización de la matriz ósea.

La señal inicial para la resorción ósea es la **hipocalcemia** (calcio sérico <9-11 mg/dl). Esto provoca la liberación de **PTH**, que regula el calcio en sangre de forma compleja a nivel óseo, renal e intestinal.

Secuencia de Eventos:

1. **Resorción:** La PTH estimula a los osteoclastos, que secretan enzimas (colagenasas y proteinasas) para disolver la superficie de la matriz ósea y liberar calcio.
2. **Reversión:** Cuando el calcio sérico vuelve a la normalidad, los osteoblastos toman el relevo.
3. **Formación:** Los osteoblastos sintetizan nuevo colágeno, que luego se mineraliza gradualmente con **hidroxiapatita** (compuesta de calcio y fósforo). La mineralización completa es un proceso lento que se extiende por varios meses.

La etiología de esta condición no está del todo clara, pero se sabe que el mecanismo fundamental radica en una descompensación dentro del ciclo de remodelación ósea que ocurre durante toda la vida, con la resorción superando a la síntesis de nuevo tejido óseo. Aunque la pérdida lenta de masa ósea comienza alrededor de los 40 o 50 años en hombres y mujeres, el proceso se vuelve mucho más rápido en la mujer debido a los cambios hormonales asociados a la menopausia (24).

La gota

Es una enfermedad inflamatoria crónica cuya incidencia está en aumento. Esta patología se asocia frecuentemente con otras condiciones crónicas, incluyendo obesidad, diabetes mellitus, hipertensión e hipercolesterolemia. El éxito del manejo de la gota a largo plazo depende de la promoción de un estilo de vida saludable y de la educación del paciente, la cual es esencial para facilitar el autocuidado y el cumplimiento terapéutico. Cuando ocurre una crisis gotosa aguda, el tratamiento de elección es la terapia antiinflamatoria, siendo la colchicina o los AINEs los agentes más comunes para mitigar el brote. El tratamiento de primera línea recomendado para la mayoría de los pacientes es el alopurinol (25).

La hiperuricemia surge de un fallo en la homeostasis entre la producción y la excreción renal del ácido úrico, producto final de la degradación de las bases púricas. Un aumento en la síntesis del ácido úrico puede deberse a la sobreactividad de la fosforribosilpirofosfosintetasa o a la disminución de la capacidad de reutilización de bases por las enzimas APRT y HGPRT. La vía de eliminación renal implica un transporte bidireccional, siendo la cantidad excretada solo el 10% de lo filtrado. La principal causa de hiperuricemia es la reducción de la capacidad del riñón para eliminarlo.

Aunque la hiperuricemia (prevalencia 2%-13.2%) no requiere necesariamente tratamiento, su elevación aumenta el riesgo de gota (prevalencia 1.3%-3.7%). La sintomatología gotosa aparece cuando la concentración plasmática excede los límites de saturación (7 mg/dl en varones; 6 mg/dl en mujeres), facilitando el depósito de cristales de urato sódico. Este depósito provoca una inflamación aguda caracterizada

por la activación de procesos inmunes (fagocitosis y sistemas proinflamatorios) en el líquido sinovial. El curso natural de la enfermedad se caracteriza por ataques agudos de artritis monoarticular, avanzando de una fase asintomática a una forma crónica tofácea(26).

Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

Se define como una enfermedad autoinmune multisistémica que provoca daño tisular por el depósito de autoanticuerpos y complejos inmunitarios. En la mayoría de los casos, estos autoanticuerpos pueden detectarse años antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad. A pesar de que la susceptibilidad no se limita a un género, edad o grupo étnico específico, el LES muestra una marcada predilección por las mujeres en edad reproductiva, quienes constituyen el 90% de los pacientes al momento del diagnóstico (27).

El **Lupus Eritematoso Sistémico (LES)** surge de las interacciones entre **genes de susceptibilidad y factores ambientales**, lo que conduce a **respuestas inmunitarias aberrantes** que varían entre individuos.

Estas respuestas alteradas incluyen cuatro puntos clave:

1. **Activación Anormal de la Inmunidad Innata:** Células como las dendríticas y macrófagos se activan al reconocer material genético (DNA, RNA) propio o viral, a menudo contenido en complejos inmunitarios.
2. **Hipersensibilidad de la Inmunidad Adaptativa:** Linfocitos B y T tienen umbrales de activación más bajos y vías de activación defectuosas.
3. **Fallo de la Regulación:** Las células reguladoras (linfocitos T CD4+/CD8+, B y mieloides) son ineficaces para controlar la respuesta inmune.
4. **Limpieza Deficiente:** Hay una disminución en la capacidad del cuerpo para eliminar complejos inmunitarios y células que sufren apoptosis (muerte celular programada).

Como los autoantígenos (como DNA nucleosómico, Ro, LA, fosfolípidos) son reconocidos y persisten en las vesículas de las células apoptóticas, los autoanticuerpos y complejos inmunitarios también persisten, perpetuando la inflamación crónica que causa la enfermedad (27).

La adherencia terapéutica

Se define como el grado en que el comportamiento de una persona, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la ejecución de modificaciones en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS)(28) destaca que este es un proceso activo y colaborativo, donde el paciente

participa activamente en la toma de decisiones y el cumplimiento del plan de tratamiento.

"La adherencia es un comportamiento complejo que implica la colaboración activa del paciente en el proceso de toma de decisiones terapéuticas (29)."

Test de Morisky-Green (30)

Es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito de la salud para evaluar de manera sencilla el nivel de adherencia de los pacientes a su tratamiento farmacológico. Mediante una prueba indirecta y subjetiva que mide el cumplimiento del paciente al tratamiento (generalmente medicación) mediante autoinforme. Se basa en preguntas específicas que buscan identificar conductas de incumplimiento, como olvidos o decisiones conscientes de no tomar la medicación.

Su principal uso es en el manejo **de enfermedades crónicas** (como hipertensión, diabetes, artritis reumatoide, asma, etc.). Permite a los profesionales de la salud:

- Tamizar rápidamente a los pacientes para identificar a aquellos con riesgo de mala adherencia.
- Iniciar una conversación sobre las barreras y dificultades que el paciente experimenta con su tratamiento.
- Evaluar la persistencia y el cumplimiento a largo plazo.

El test consta de cuatro preguntas cerradas (Sí/No). Cada respuesta de incumplimiento (Sí a las preguntas 1, 2, 3; No a la pregunta 4) suma 0 puntos. Cada respuesta de cumplimiento suma 1 punto.

Tabla 2. Test de Morisky-Green (4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)) (30)

Ítems	Pregunta del Cuestionario	Indica Cumplimiento (1 punto)	Indica Incumplimiento (0 puntos)
1	¿Olvida usted alguna vez tomar sus medicinas?	No	Si
2	¿Toma sus medicinas a las horas indicadas?	Si	No
3	¿Deja de tomar alguna vez su medicina cuando se encuentra mejor?	No	Si

4	¿Deja de tomar alguna vez su medicina cuando se siente peor?	No	Si
---	--	----	----

El puntaje total clasifica el nivel de adherencia del paciente:

Puntaje 4: Buena Adherencia

Puntaje 3: Adherencia Media

Puntaje 0, 1, 2: Mala Adherencia

Justificación del estudio

Relevancia del problema:

- Las enfermedades reumatológicas, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la osteoartritis, son condiciones crónicas que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes.
- El tratamiento farmacológico es fundamental para controlar los síntomas y prevenir la progresión de estas enfermedades. Sin embargo, la adherencia al tratamiento es un desafío común, y la falta de adherencia puede llevar a resultados clínicos deficientes, mayor morbilidad y costos de atención médica más elevados.
- Las características del tratamiento farmacológicos, que a menudo incluyen múltiples medicamentos y pautas de dosificación complejas, pueden dificultar la adherencia.
- Los factores sociodemográficos, como el nivel educativo, los ingresos y los factores psicosociales, también pueden influir en la capacidad de los pacientes para seguir sus tratamientos.

Necesidad de investigación:

- Existe una necesidad de comprender mejor los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes reumatológicos, especialmente en el contexto de un centro de salud específico y de una población en específico.
- La investigación puede proporcionar información valiosa para diseñar intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia y optimizar los resultados clínicos en esta población.
- La información obtenida de esta investigación, permitiría crear estrategias para mejorar la adherencia de los pacientes a su tratamiento, y con ello mejorar su calidad de vida.

Importancia de la investigación:

Beneficios para los pacientes:

- La investigación puede conducir a estrategias más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento, lo que puede resultar en un mejor control de los síntomas, una menor progresión de la enfermedad y una mejor calidad de vida para los pacientes reumatológicos.
- Al comprender los factores sociodemográficos que influyen en la adherencia, los profesionales de la salud pueden adaptar sus intervenciones a las necesidades individuales de los pacientes.

Objetivo General

Determinar la relación entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025.

Objetivos específicos

- Describir las características del tratamiento farmacoterapéutico prescrito a los pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica.
- Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento farmacoterapéutico en los pacientes reumatológicos atendidos en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025.
- Analizar la relación existente entre las características del tratamiento farmacoterapéutico y el nivel de adherencia en la población de estudio.

Hipótesis general:

- **Hipótesis Nula (H0):** No existe una relación significativa entre el tratamiento farmacoterapéutico y el nivel de adherencia en los pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.
- **Hipótesis Alterna (H1):** Existe una relación significativa entre el tratamiento farmacoterapéutico y el nivel de adherencia en los pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Hipótesis específicas:

A. Complejidad del Tratamiento (Frecuencia de dosis)

- Hipótesis Nula (H0a): La complejidad del tratamiento farmacoterapéutico no se relaciona significativamente con el nivel de adherencia.

- Hipótesis Alternativa (H1a): La complejidad del tratamiento farmacoterapéutico, referida a la frecuencia de dosis diaria, se relaciona de manera inversa y significativa con el nivel de adherencia.

B. Factor Económico (Costo)

- Hipótesis Nula (H0b): El costo del tratamiento farmacoterapéutico y el nivel de ingresos familiares no influyen significativamente en la adherencia.
- Hipótesis Alternativa (H1b): El costo del tratamiento farmacoterapéutico y el nivel de ingresos familiares influyen de manera significativa en la adherencia de los pacientes reumatológicos.

C. Percepción de Seguridad (Interacciones)

- Hipótesis Nula (H0c): La percepción del paciente sobre las interacciones medicamentosas no se asocia con su comportamiento de adherencia.
- Hipótesis Alternativa (H1c): La percepción del paciente sobre las interacciones medicamentosas se asocia significativamente con su comportamiento de adherencia.

D. Soporte Social (Apoyo Familiar)

- Hipótesis Nula (H0d): El apoyo familiar percibido no constituye un factor facilitador ni se relaciona con la adherencia al tratamiento.
- Hipótesis Alternativa (H1d): El apoyo familiar percibido por el paciente reumatológico constituye un factor facilitador que se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento.

II. Estrategia Metodológica

2.1. Tipo y diseño de investigación

2.1.1. Tipo de investigación

Investigación Cuantitativa:

Este estudio se enfoca en medir y analizar variables numéricas (31) (factores sociodemográficos, complejidad del régimen farmacológico, adherencia). Se utilizarán métodos estadísticos para determinar la relación entre estas variables. El objetivo es obtener datos objetivos y generalizables sobre la población de estudio.

2.1.2. Nivel de investigación

Investigación Correlacional:

El objetivo principal es determinar si existe una relación entre las variables (31) (factores sociodemográficos, características del tratamiento farmacológico y adherencia). No se busca establecer

causalidad, sino identificar patrones de asociación entre las variables. Se busca determinar la fuerza y dirección de la relación entre las variables.

2.1.3. Diseño de investigación

No Experimental: No se manipulan las variables independientes (factores sociodemográficos, características del tratamiento, tipo de medicamento, dosis, frecuencia, duración). Se observan y miden las variables tal como se presentan en la población de estudio (32).

Transversal o de Corte Transversal: Los datos se recopilan en un solo momento o período de tiempo. Esto permite obtener una "fotografía" de la relación entre las variables en ese momento específico (32).

Este diseño es adecuado para estudios correlacionales, ya que permite analizar la relación entre variables en una población determinada sin intervenir en ellas.

2.2. Variable

Variable Independiente: **Tratamiento Farmacoterapéutico**

Indicadores:

- Número de dosis diarias
- Número total de medicamentos
- Tiempo total del tratamiento activo
- Gasto económico que el paciente asume
- Reacciones adversas reportadas.

Variable Dependiente: **Adherencia al Tratamiento**

Indicadores:

- Nivel de Adherencia (MMAS-4)
- Frecuencia de Olvido
- Interrupción por Síntomas
- Tipo de Enfermedad Reumatológica
- Adherencia Persistente

Variable de caracterización:

- Edad
- Sexo
- Nivel de Instrucción
- Ingresos familiares
- Estado civil

2.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Método medición	Instrumento de recolección
V. independiente: “Tratamiento farmacoterapéutico”	Esta es la variable que se considera que influye o causa un efecto en la otra variable. En este contexto, las características del tratamiento farmacológico (tipo de fármacos, dosis, frecuencia, complejidad del régimen, efectos secundarios, costo, etc.) son las que potencialmente afectan la adherencia del paciente.	I: Factores socio demográficos	1,2,3,4,5	1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Neutral, 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo	Escala de Likert	Cuestionario: El tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia al tratamiento
		II: Características del tratamiento farmacoterapéutico ● Características del tratamiento (tipo de medicamento, frecuencia). ● Factores psicosociales apoyo social, creencias sobre la enfermedad, percepción de la eficacia del tratamiento. Factores económicos y de				
			6, 7,			
			9,10,14,15			
			11, 12,13			

		acceso a los servicios de salud.				
V. Dependiente: “Adherencia”	La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “ adherencia terapéutica ” como el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (29)	III: Adherencia al tratamiento escala de Morisky Green de 4 ítems (MMAS-4)	16,17,18,19	Si o No	(medida a través de cuestionarios, registros de dispensación de medicamentos, etc.) Consiste en cuatro preguntas con respuestas de "sí" o "no", diseñadas para evaluar comportamientos comunes que indican falta de adherencia.	Cuestionario sobre la Adherencia al tratamiento escala de Morisky Green de 4 ítems (MMAS-4)

2.3.1. Población de estudio

La población que conformo este estudio fue de 105 usuarios que acudieron al centro de salud de Pueblo Nuevo, Ica en el mes de marzo 2025, para recibir servicios de salud.

2.3.2. Muestra

La muestra se conformó con 82 usuarios del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica que cumplen con los criterios de inclusión/exclusión del estudio, se aplicó un **muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple**. Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Esto garantiza que los resultados obtenidos sean representativos de la población total con problemas reumatológicos estudiada.

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

Donde:

n: Muestra de investigación

N: Población (105 individuos)

Z: Nivel de confianza estándar, al 95% (1.96)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

e: Error estándar (0.05)

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 50 años con un diagnóstico confirmado de enfermedad reumatológica.
- Paciente diagnosticado con al menos 1 año de tratamiento
- Paciente sin otras enfermedades crónicas significativas que pueden influir en los resultados del estudio.

- Pacientes que estén de acuerdo en participar y se acojan al consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 50 años y con menos de 1 año de diagnosticado su enfermedad.
- Pacientes con enfermedades crónicas significativas (diabetes, enfermedades cardiovasculares etc.)
- Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La información para esta investigación se obtuvo a través de un cuestionario tipo encuesta dirigido a los pacientes adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. La hoja de recolección fue estructurada en tres partes: la primera destinada a registrar los datos de identificación de los pacientes atendidos en el segundo trimestre de 2025 (los datos sociodemográficos), la segunda enfocada en determinar las características del tratamiento farmacoterapéutico. La tercera en la medición de la adherencia terapéutica, que se estandarizó mediante el uso del Test de Morisky-Green, un instrumento de cuatro ítems (referenciado en el Anexo 02).

Antes de la participación, se explicó a cada paciente los objetivos del estudio, y su colaboración se obtuvo mediante la firma de un consentimiento informado. El estudio utilizó un Muestreo Probabilístico, significa que cada paciente de los 105 originales tuvo la misma probabilidad de ser elegido. Asimismo, la hoja de recolección de datos se aplicó a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y presentaban un diagnóstico confirmado de problema reumatológico. Se aseguró que se registren las respuestas tal como las indica el paciente para la correcta puntuación de la adherencia. También se recopila los datos objetivos del tratamiento (fármacos, dosis, diagnóstico, etc.).

2.5. Análisis estadístico

El procesamiento de los datos se llevó a cabo utilizando Excel para la construcción inicial de la base de datos, la cual fue posteriormente importada y analizada en el *software* SPSS (versión 24). Para la fase descriptiva, se elaboraron tablas de distribución de frecuencias.

Finalmente, para establecer si existía una relación o asociación entre las variables que describen el tratamiento farmacológico y el nivel de adherencia en los adultos mayores reumatológicos, se aplicaron tablas de contingencia con el correspondiente cálculo.

2.6. Aspectos éticos

En el desarrollo del trabajo los participantes fueron informados sobre su participación, en el que se les dio a conocer sobre el objetivo del estudio, los procedimientos, sus derechos etc. los datos obtenidos son protegidos y mantenidos en estricta confidencialidad y fue necesario anonimizar los datos para garantizar la privacidad de los pacientes, asimismo se solicitó la autorización al médico jefe del Centro de Salud para realizar las entrevistas y llenados de encuestas con los pacientes y la recopilación de datos.

3. Resultados

3.1. Factores socio demográficos

Tabla 3. Distribución de pacientes según sexo en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Sexo	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
F	50	61,0
M	32	39,0
Total	82	100,0

La muestra está predominantemente compuesta por el sexo femenino. El 61.0% de los participantes son mujeres (n=50).

Figura 1. Distribución de pacientes según sexo en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

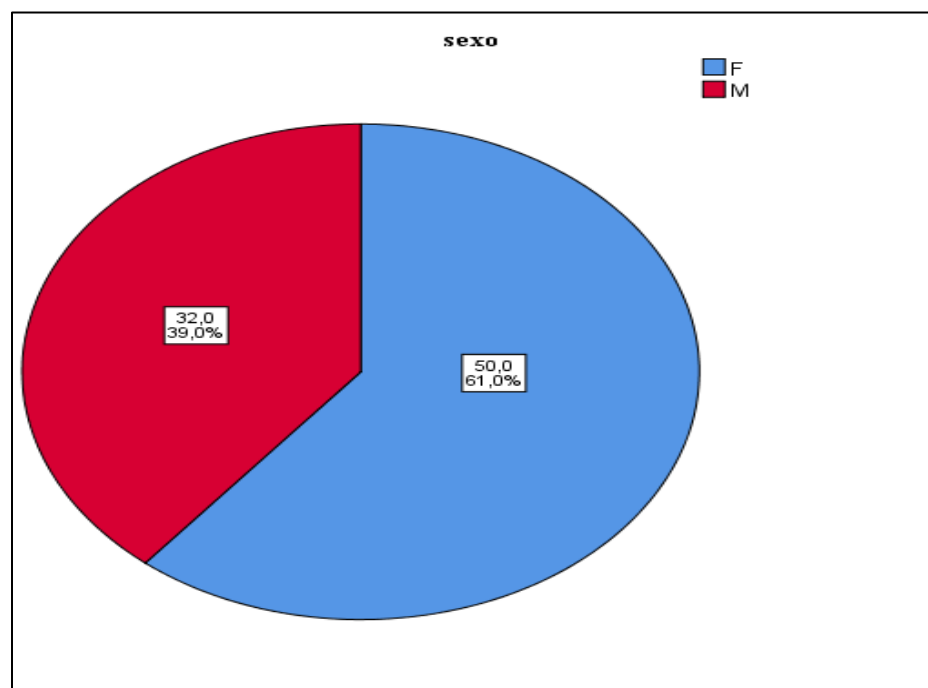


Tabla 4. Distribución de pacientes según estado civil en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Estado Civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
CASADO/A	54	65,9
SOLTERO/A	10	12,2
VIUDO/A	18	22,0
Total	82	100,0

El grupo mayoritario está representado por pacientes **casados/as**, que constituyen el **65.9%** (n=54) de la muestra.

Figura 2. Distribución de pacientes según estado civil en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

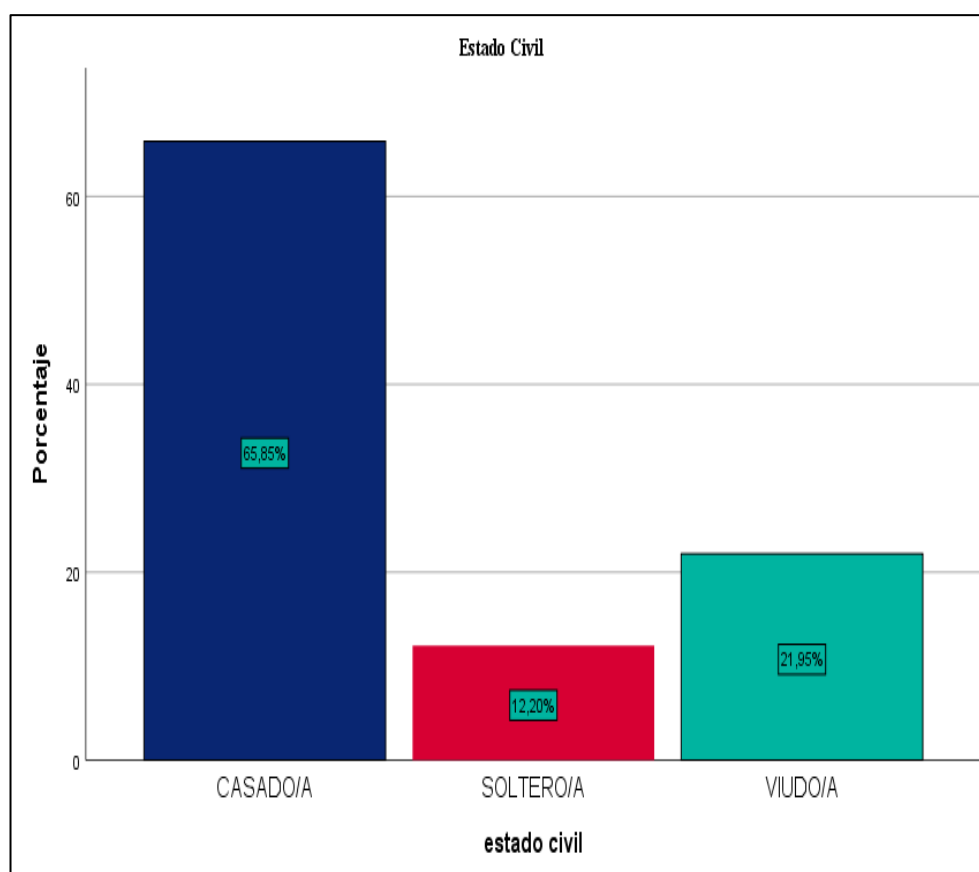


Tabla 5. Distribución de pacientes según Nivel educativo en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Nivel educativo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
PRIMARIA	17	20,7
SECUNDARIA	42	51,2
SUPERIOR	23	28,0
Total	82	100,0

La tabla revela que el nivel educativo predominante en la población de estudio es la educación **Secundaria**, representando el 51.2% (n=42) de la muestra. El segundo grupo en importancia es el de aquellos con educación **Superior**, que suman el **28.0%** (n=23) de los participantes. El grupo minoritario es el de pacientes con nivel de educación **Primaria**, que representa el **20.7%** (n=17).

Figura 3. Distribución de pacientes según Nivel educativo en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

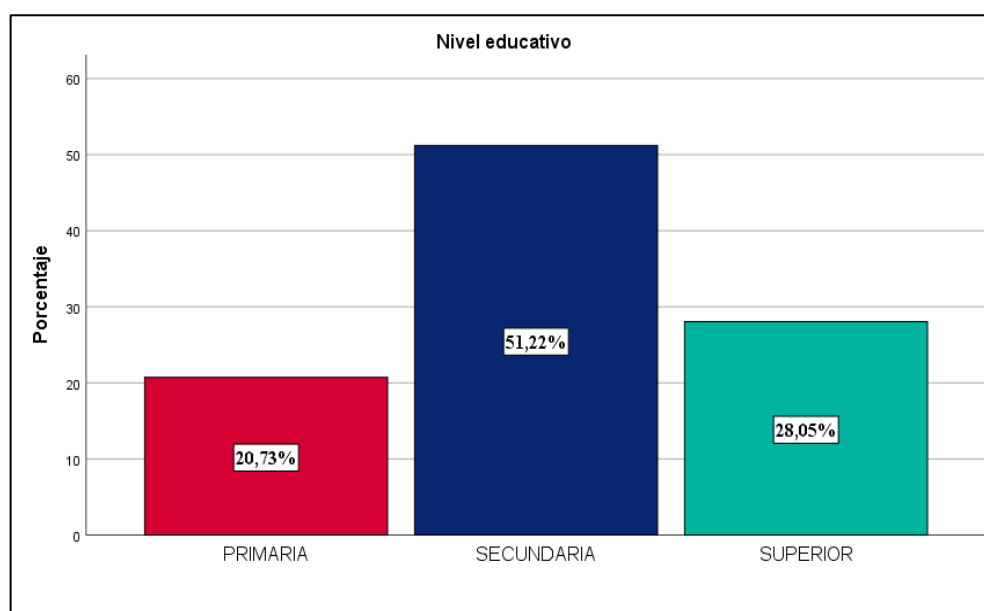


Tabla 6. Distribución de pacientes según edad en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Edad agrupada	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
50 - 54	20	24,4
55 - 58	8	9,8
59 - 62	15	18,3
63 - 65	17	20,7
66 - 69	13	15,9
70 - 73	6	7,3
74 - 78	3	3,6
Total	82	100,0

La muestra de pacientes reumatológicos se encuentra distribuida en siete rangos de edad, abarcando desde los 50 hasta los 78 años. El grupo de edad con la mayor concentración de pacientes es el de 50 a 54 años, que representa el 24.4% (n=20) del total de la muestra. Le siguen en frecuencia los grupos de **63 a 65 años** con el **20.7%** (n=17), y el grupo de **59 a 62 años** con el **18.3%** (n=15). El grupo menos representado es el de **74 a 78 años**, que constituye solo el **3.6%** (n=3).

Figura 4. Distribución de pacientes según edad en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

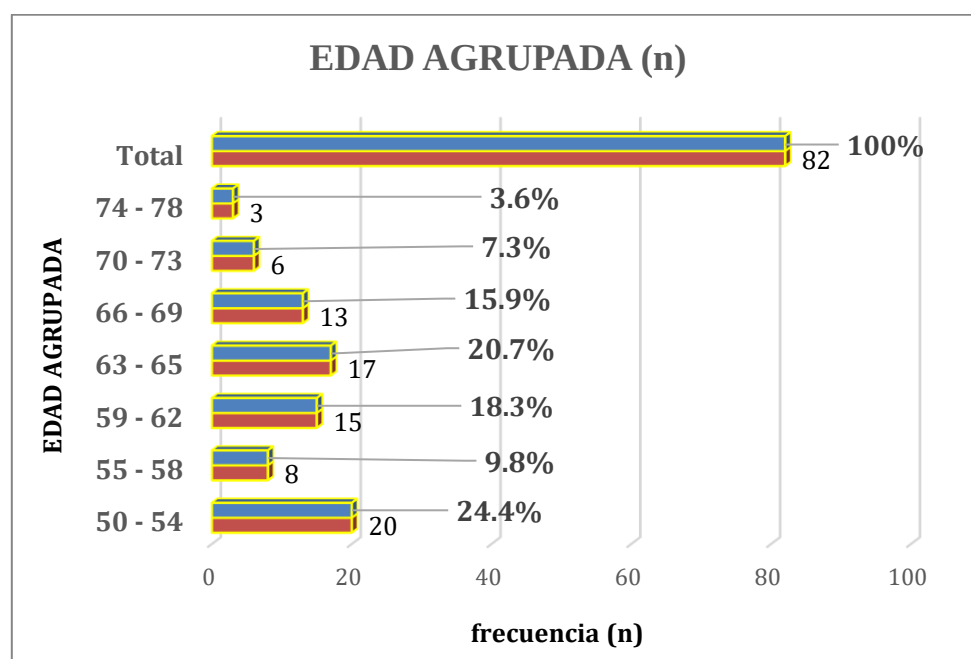
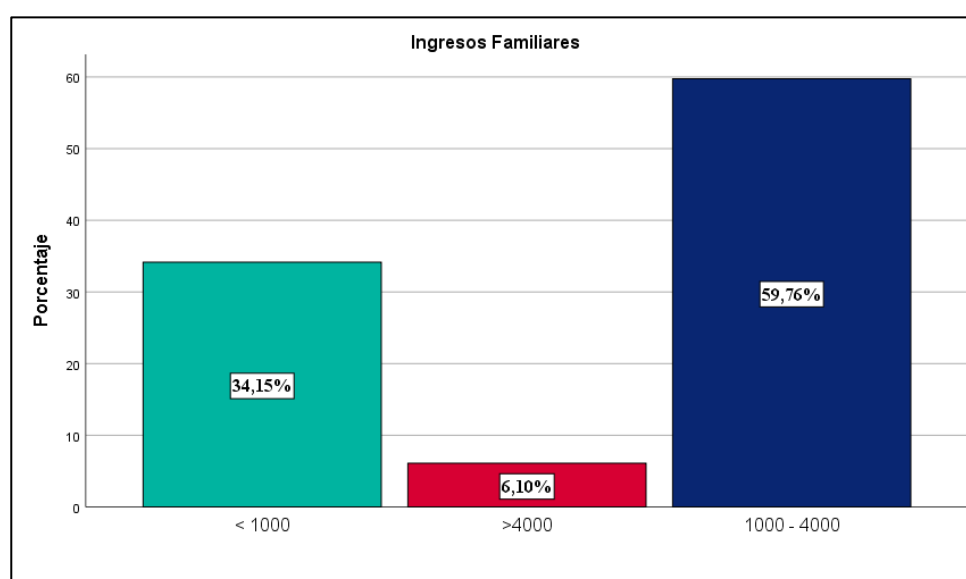


Tabla 7. Distribución de pacientes según Ingresos Familiares mensuales en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Ingresos Familiares (soles)		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
< 1000	28	34,1
>4000	5	6,1
1000 - 4000	49	59,8
Total	82	100,0

La tabla muestra una distribución del perfil socioeconómico de la muestra de **82 pacientes** a través de sus **Ingresos Familiares Mensuales**. El **59.8% (n=49)** de los pacientes percibe ingresos entre **1,000 y 4,000 soles**. Este rango representa a la clase media-baja en el contexto peruano. Un tercio de la muestra (**34.1%, n=28**) percibe **menos de 1,000 soles** mensuales. Es importante notar que este monto es inferior a la Remuneración Mínima Vital (RMV) actual en Perú. Solo el **6.1% (n=5)** de los pacientes cuenta con ingresos superiores a los 4,000 soles, siendo el grupo más reducido de la muestra.

Figura 5. Distribución de pacientes según Ingresos Familiares mensuales en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.



3.2. Características del tratamiento farmacoterapéutico

Tabla 8. Distribución de pacientes según tiempo de tratamiento en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

		Tiempo de Tratamiento (años)						Total
		14-15	12-13	10-11	8-9	6-7	0-5	
Sexo	F	3	3	8	9	14	13	50
	M	1	6	3	7	7	8	32
Total		4	9	11	16	21	21	82
		(4.8%)	(11%)	(13.4%)	(19.5)	(25.6%)	(25.6%)	

El mayor número de pacientes se concentra en los primeros años de tratamiento y disminuye a medida que el tratamiento se extiende. El 51.2% ($21 + 21 = 42$ pacientes) tiene un tiempo de tratamiento de 0.0 a 7.0 años. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes son de diagnóstico reciente o intermedio en el centro de salud. La mayoría de las mujeres se concentran en el rango de **6.0 a 7.0 años de tratamiento** (n=14), seguido por el rango de **0.0 a 5.0 años** (n=13). Los hombres tienen una distribución más uniforme en los primeros años, con una concentración en los rangos de **0.0 a 5.0 años** (n=8) y **8.0 a 9.0 años** (n=7).

Figura 06: Distribución de pacientes según tiempo de tratamiento en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

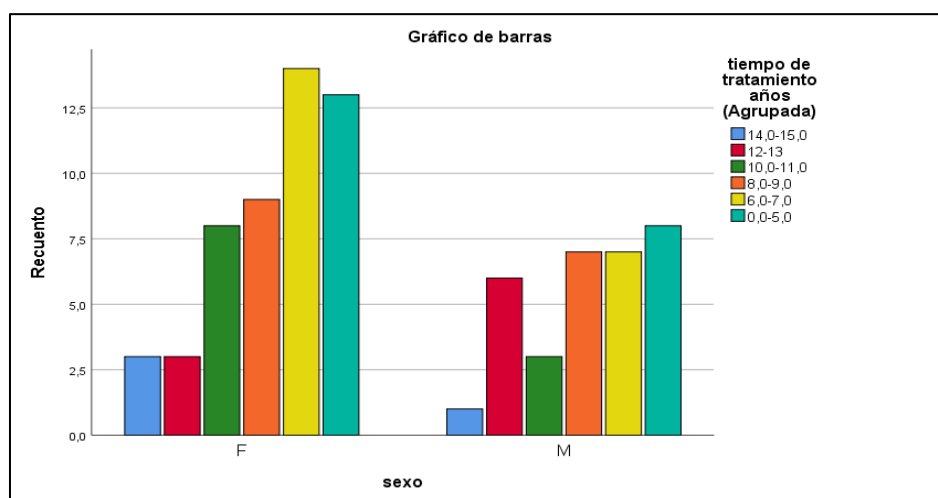


Tabla 9. Distribución de pacientes por enfermedad reumática diagnosticadas en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Problema de Salud Diagnosticado	Frecuencia	Porcentaje
Artritis Reumatoide (M05)	26	31,7
Gota (M10)	5	6,1
Lupus Eritematoso Sistémico	5	6,1
Osteoartritis	27	32,9
Osteoporosis	19	23,2
Total	82	100,0

La distribución muestra que las enfermedades degenerativas-mecánicas y las artritis inflamatorias son las patologías más frecuentes en la población estudiada. La **Osteoartritis** es el diagnóstico más común, afectando al **32.9%** (n=27) de los pacientes. La **Artritis Reumatoide (M05)** ocupa el segundo lugar, con el **31.7%** (n=26) de la muestra. La **Osteoporosis** es la tercera condición más prevalente, afectando al **23.2%** (n=19) de los pacientes.

Figura 07: Distribución de pacientes por problemas de salud diagnosticados en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

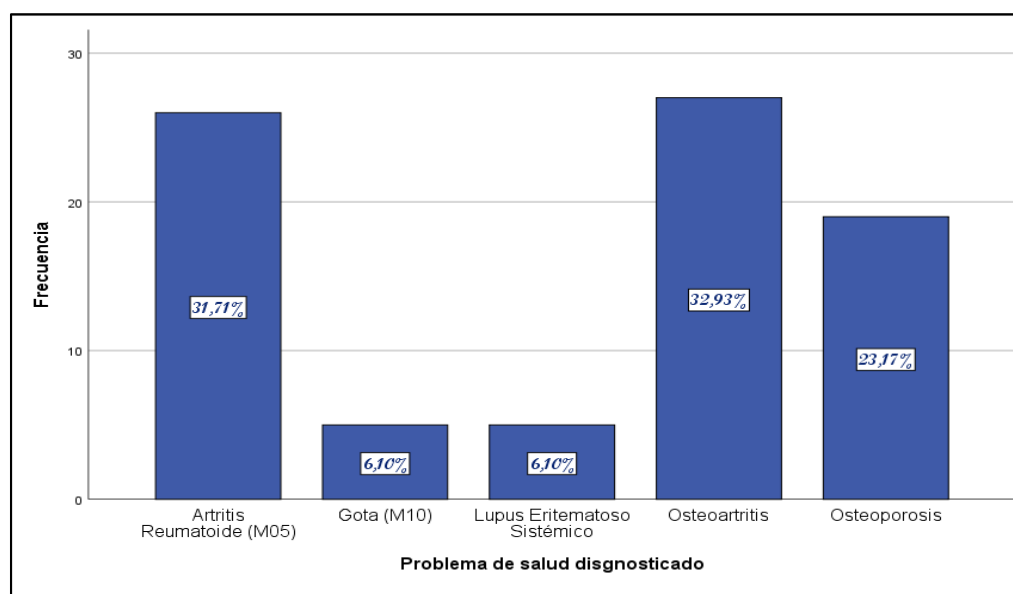


Tabla 10. Distribución de pacientes por número de medicamentos prescritos en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

			Nº Medicamentos prescritos					
			2	3	4	5	8	Total
sexo	F	Recuento	4	17	8	15	6	50
		%	4,9%	20,7%	9,8%	18,3%	7,3%	61,0%
	M	Recuento	4	7	9	9	3	32
		%	4,9%	8,5%	11,0%	11,0%	3,7%	39,0%
Total		Recuento	8	24	17	24	9	82
		%	9,8%	29,3%	20,7%	29,3%	11,0%	100,0%

La mayoría de los pacientes se encuentran en regímenes con **3 o 5 medicamentos prescritos** (el 29.3% tienen 3 medicamentos, y el 29.3% tienen 5 medicamentos, sumando casi el **58.6%** de la muestra en estos dos grupos). Solo el **9.8%** de los pacientes recibe el régimen más simple (2 medicamentos), y solo el **11.0%** recibe el régimen más complejo (8 medicamentos).

Figura 08: Distribución de pacientes por número de medicamentos prescritos en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

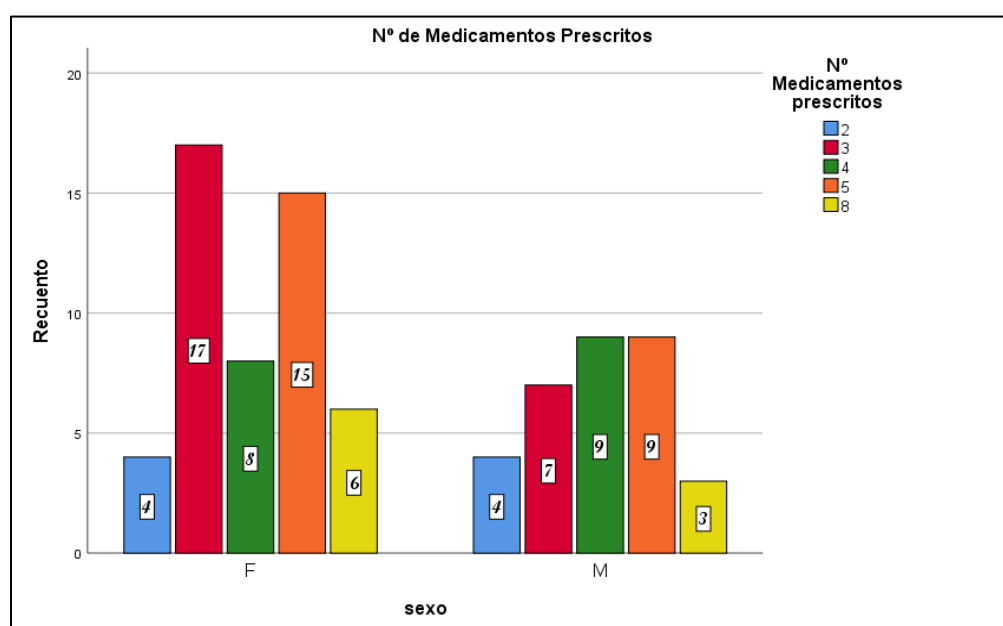


Tabla 11. Distribución de Medicamentos prescritos con mayor frecuencia en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Tipo de medicamento	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Diclofenaco 75 mg. amp.	54	65.8
Naproxeno 550 mg tab.	40	48.78
Prednisona 20 mg tab.	33	40.24
Celecoxib 200 mg cap.	26	31.7
Dexametasona 4 mg amp.	23	28.04
Glucosamina	23	28.07
Ácido Alendrónico 70 mg tab.	21	25.6
Omeprazol 20 mg cap.	20	24.39
Calcio + Vitamina D tab.	17	20.73
Dexametasona 2 mg tab	13	15.85
	82	100,0

Al analizar los medicamentos de mayor prescripción, se puede observar el perfil terapéutico del Centro de Salud de Pueblo Nuevo y cómo este influye en la adherencia. Es importante notar que los porcentajes no suman 100% porque un mismo paciente recibe varios de estos medicamentos simultáneamente (**polifarmacia**). La terapia está fuertemente volcada al control de los síntomas inflamatorios y el dolor crónico, **Diclofenaco (65.8%)** y **Naproxeno (48.78%)** son los medicamentos más utilizados. Esto indica que la mayoría de los pacientes requiere alivio inmediato para procesos agudos o crónicos. **Celecoxib (31.7%)**: Su uso sugiere la necesidad de AINES selectivos, posiblemente en pacientes con mayor riesgo gastrointestinal o dolor persistente. Existe una presencia significativa de terapias con esteroides, lo cual es característico en Artritis Reumatoide y Lupus. **Prednisona (40.24%)** es el tercer medicamento más prescrito. Su uso prolongado requiere una adherencia estricta para evitar efectos secundarios y crisis por supresión. **Omeprazol (24.39%)** su presencia es una respuesta clínica directa al alto uso de AINES y corticoides, buscando prevenir la gastritis medicamentosa.

Figura 09. Distribución de Medicamentos prescritos con mayor frecuencia en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

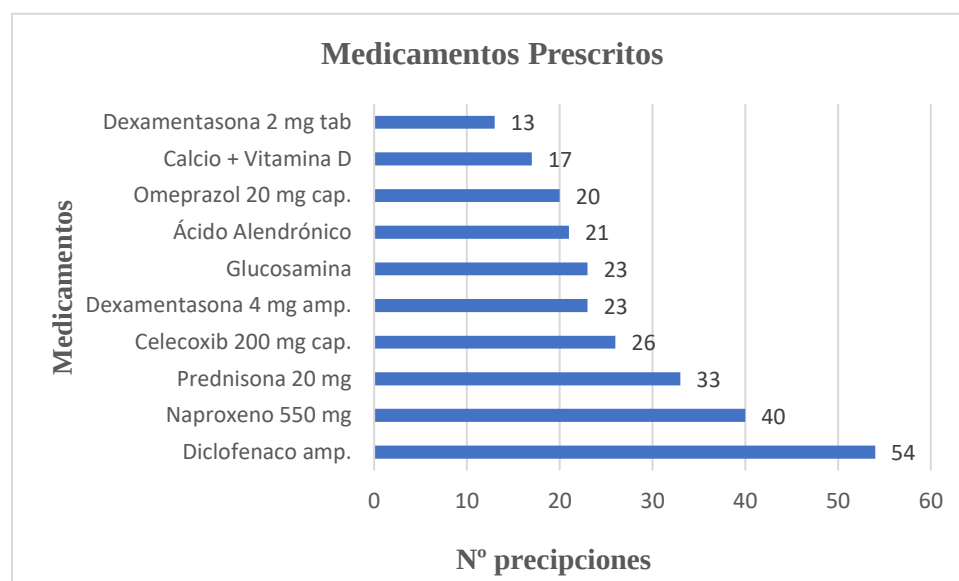


Tabla 12. Distribución de pacientes según complejidad al número de dosis diaria en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Complejidad al número de dosis diaria	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
De acuerdo	60	73,2
En desacuerdo	9	11,0
Muy de acuerdo	7	8,5
Muy en desacuerdo	3	3,6
Neutral	3	3,7
Total	82	100,0

La tabla refleja una clara tendencia hacia la dificultad percibida por la carga posológica: La gran mayoría de los pacientes, el **73.2% (n=60)**, manifestó estar "**De acuerdo**" con que el número de dosis diarias añade complejidad a su tratamiento. Si sumamos a quienes están "De acuerdo" y "**Muy de acuerdo**" (**8.5%**), obtenemos que un total de **81.7%** de los pacientes percibe la cantidad de tomas diarias como un factor de dificultad.

Figura 10. Distribución de pacientes según complejidad al número de dosis diaria en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

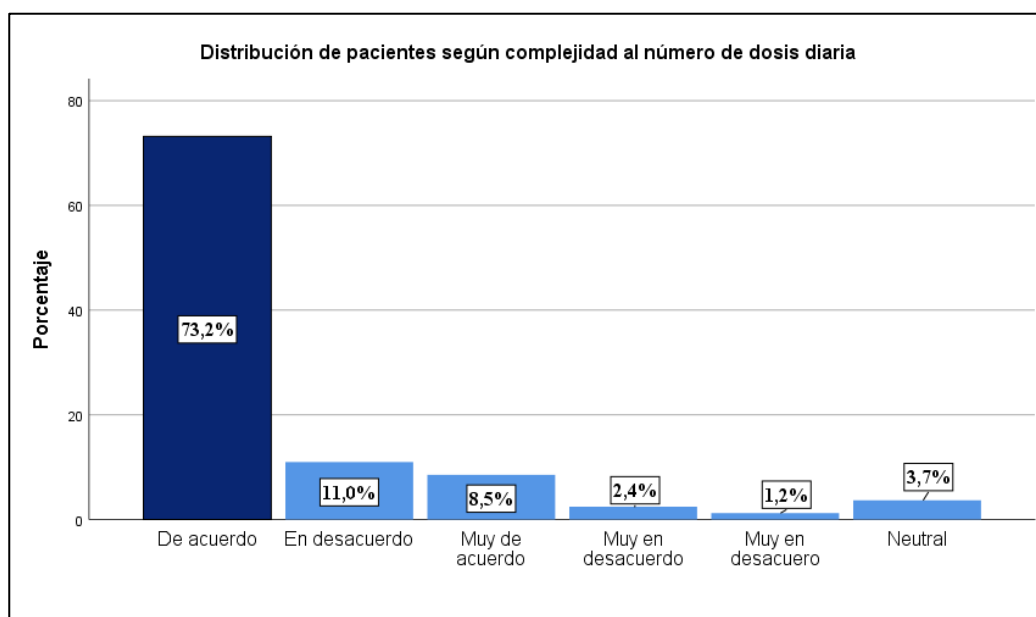
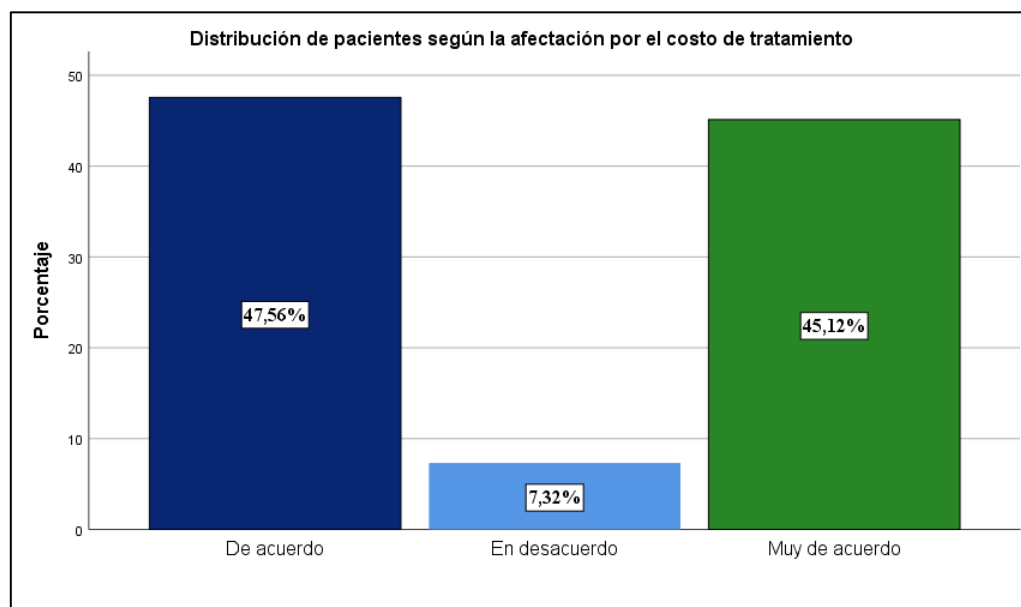


Tabla 13. Distribución de pacientes según la afectación por el costo de tratamiento en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Afectación por costo de tratamiento		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Válido	De acuerdo	39	47,6
	En desacuerdo	6	7,3
	Muy de acuerdo	37	45,1
	Total	82	100,0

Los datos muestran que el factor económico es una preocupación casi universal para los pacientes reumatológicos del Centro de Salud de Pueblo Nuevo: Un abrumador **92.7%** de los participantes (sumando el **47.6%** "De acuerdo" y el **45.1%** "Muy de acuerdo") afirma que el costo del tratamiento afecta su situación. Casi la mitad de la muestra (**45.1%**) se encuentra en la categoría extrema ("Muy de acuerdo"), lo que sugiere una vulnerabilidad económica alta frente al precio de los fármacos reumatológicos.

Figura 11. Distribución de pacientes según la afectación por el costo de tratamiento en el estudio de Tratamiento Farmacoterapéutico y Adherencia, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.



3.3. Adherencia al tratamiento

Tabla 14. Distribución de pacientes a la Adherencia a la terapia farmacológica según el sexo, Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

			Nivel de adherencia			Total
			Alta adherencia	Baja Adherencia	Media adherencia	
sexo	F	Recuento	7	24	19	50
		% del total	8,5%	29,3%	23,2%	61,0%
	M	Recuento	3	18	11	32
		% del total	3,7%	22,0%	13,4%	39,0%
Total		Recuento	10	42	30	82
		% del total	12,2%	51,2%	36,6%	100,0%

La tabla revela que la no adherencia es el problema dominante en la muestra (n=82). El mayor grupo es el de Baja Adherencia, que representa más de la mitad de la muestra (51.2%, n=42). Los pacientes con Media Adherencia constituyen el 36.6% (n=30), mientras que solo el 12.2% (n=10) de los pacientes logra una Alta Adherencia. La mayoría de las mujeres se ubica en el rango de **Baja Adherencia** (24 pacientes, que representan el **29.3% del total** de la muestra).

El porcentaje de mujeres con **Alta Adherencia** es bajo (7 pacientes, 8.5% del total). Al igual que en las mujeres, la mayoría de los hombres presenta **Baja Adherencia** (18 pacientes, que representan el **22.0% del total** de la muestra). Solo 3 hombres alcanzan la **Alta Adherencia** (3.7% del total).

Tabla 15. Relación entre el sexo de los pacientes y la adherencia a la terapia farmacológica, en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Correlaciones				
			sexo	Nivel de adherencia
Rho de Spearman	sexo	Coeficiente de correlación	1,000	-,089
		Sig. (bilateral)	.	,427
		N	82	82
	Nivel de adherencia	Coeficiente de correlación	-,089	1,000
		Sig. (bilateral)	,427	.
		N	82	82

La relación entre el sexo de los participantes y el nivel de adherencia mediante el coeficiente Rho de Spearman, se obtuvo una correlación de **-0,089** con un nivel de significancia de **p = 0,427**. Dado que el valor p es superior al umbral crítico de 0,05, se determina que **no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables**. Estos resultados sugieren que, en la población reumatológica del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, el género no constituye un factor determinante en el cumplimiento terapéutico.

Tabla 16. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación a la afectación del número de dosis diaria de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Sexo	Afectación del Número de dosis diaria	Nivel de adherencia			Total
		Alta adherencia	Baja Adherencia	Media adherencia	
F	De acuerdo	1	19	15	35
	En desacuerdo	4	0	3	7
	Muy de acuerdo	0	4	0	4
	Muy en desacuerdo	2	0	0	2
	Neutral	0	1	1	2
	TOTAL	7	24	19	50
M	De acuerdo	1	15	9	25
	En desacuerdo	1	0	1	2
	Muy de acuerdo	0	2	1	3
	Muy en desacuerdo	1	0	0	1
	Neutral	0	1	0	1
	TOTAL	3	18	11	32
TOTAL	De acuerdo	2	34	24	60
	En desacuerdo	5	0	4	9
	Muy de acuerdo	0	6	1	7
	Muy en desacuerdo	2	0	0	2
	Muy en desacuerdo	1	0	0	1
	Neutral	0	2	1	3
		10	42	30	82

De los 82 pacientes encuestados, la gran mayoría percibe que la frecuencia y los horarios de su medicación son un obstáculo. **67 pacientes (81.7%)** manifestaron estar "**De acuerdo**" o "**Muy de acuerdo**" con que la frecuencia de las dosis hace que su régimen sea difícil de seguir.

Solo un grupo minoritario (**11 pacientes o 13.4%**) se mostró en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta afirmación. De los 42 pacientes que presentan **Baja Adherencia, 40 de ellos (95.2%)** coinciden en que la frecuencia de las tomas dificulta el seguimiento del tratamiento (34 "De acuerdo" y 6 "Muy de acuerdo"). En contraste, entre los 10 pacientes con **Alta Adherencia**, la mayoría (**7 pacientes**) se muestra en desacuerdo, muy en desacuerdo o neutral ante la dificultad de los horarios.

Tabla 17. Relación entre la afectación del número de dosis diaria de los pacientes y la adherencia a la terapia farmacológica, en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Correlaciones				
			Número de dosis	Nivel de adherencia
Rho de Spearman	Número de dosis	Coeficiente de correlación	1,000	-,489**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	82	82
	Nivel de adherencia	Coeficiente de correlación	-,489**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	82	82

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Según el análisis estadístico mediante el coeficiente Rho de Spearman, se determinó una **correlación negativa moderada y altamente significativa** ($p = -0,489$; $p < 0,01$) entre la percepción de la frecuencia del tratamiento y el nivel de adherencia. Estos hallazgos indican que la complejidad en los horarios de administración actúa como un factor disruptor en la conducta terapéutica del paciente: a mayor percepción de dificultad por la frecuencia de las dosis, menor es el nivel de adherencia alcanzado. Este resultado coincide con la teoría de la 'carga del tratamiento', donde la polifarmacia y la fragmentación de dosis diarias comprometen el éxito terapéutico en enfermedades crónicas. Dado que $p < 0,01$, se rechaza la **Hipótesis Nula (H0)** y se acepta la **Hipótesis del Investigador (H1)**. Existe evidencia estadística suficiente para afirmar que la frecuencia del tratamiento está significativamente asociada con la adherencia.

Tabla 18. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación a la afectación por el costo de tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Sexo	Afectación por el costo de tratamiento	Nivel de adherencia			Total
		Baja Adherencia	Media adherencia	Alta adherencia	
F	En desacuerdo	0	1	2	3
	De acuerdo	7	12	4	23
	Muy de acuerdo	17	6	1	24
	TOTAL	24	19	7	50
M	En desacuerdo	1	1	1	3
	De acuerdo	9	6	1	16
	Muy de acuerdo	8	4	1	13
	TOTAL	18	11	3	32
TOTAL	En desacuerdo	1	2	3	6
	De acuerdo	16	18	5	39
	Muy de acuerdo	25	10	2	37
	TOTAL	42	30	10	82
		51,2%	36,6%	12,2%	100,0%

Se destaca es que la gran mayoría de la muestra siente el peso del costo, **76 de los 82 pacientes (92.7%)** manifestaron estar "De acuerdo" o "Muy de acuerdo" en que el costo del tratamiento les afecta. Solo un grupo mínimo (6 personas) dice no sentirse afectado por el costo, y curiosamente, es en este pequeño grupo donde se concentra proporcionalmente la mayor **Alta Adherencia** (3 de 6 pacientes).

Tabla 19. Relación entre la afectación por el costo de tratamiento de los pacientes y la adherencia a la terapia farmacológica, en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Correlaciones				
Rho de Spearman	Costo tratamiento	Coeficiente de correlación	Costo tratamiento	Nivel de adherencia
			1,000	-,347**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	82	82
	Nivel de adherencia	Coeficiente de correlación	-,347**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	82	82

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al analizar el impacto del **factor socioeconómico** (Costo) sobre el **resultado conductual** (Adherencia) en los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, la Dirección y Fuerza de la Correlación ($\rho = -0,347$), indica una **relación inversamente proporcional (correlación negativa moderada)**. Esto significa que a medida que aumenta la percepción de afectación por el **costo del tratamiento**, el **nivel de adherencia disminuye**. La Significancia Estadística ($p = ,001$) lo cual es mucho menor al nivel de significancia estándar de **0.05**, concluye que se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis alternativa (H_1). Existe evidencia estadística sólida para afirmar que el costo del tratamiento influye significativamente en la adherencia de los pacientes reumatológicos en Ica.

Tabla 20. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación al Estado Civil de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Tabla cruzada estado civil*Nivel de adherencia					
		Nivel de adherencia			Total
Estado civil		Baja Adherencia	Media adherencia	Alta adherencia	
CASADO/A	Recuento	31	17	6	54
	% del total	37,8%	20,7%	7,3%	65,9%
SOLTERO/A	Recuento	4	6	0	10
	% del total	4,9%	7,3%	0,0%	12,2%
VIUDO/A	Recuento	7	7	4	18
	% del total	8,5%	8,5%	4,9%	22,0%
Total	Recuento	42	30	10	82
	% del total	51,2%	36,6%	12,2%	100,0%

Tabla 21. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica en relación al Estado Civil de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Correlaciones				
		Estadocivil1		Nivel de adherencia
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1,000	,105
		Sig. (bilateral)	.	,346
		N	82	82
	Nivel de adherencia	Coefficiente de correlación	,105	1,000
		Sig. (bilateral)	,346	.
		N	82	82

Al realizar el análisis de correlación de Rho de Spearman entre el estado civil y el nivel de adherencia, se obtuvo un coeficiente de **0,105** con una significancia de **p = 0,346**. Dado que el valor p es superior al nivel crítico de 0,05, se acepta la hipótesis nula, concluyendo que **no existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la adherencia al tratamiento**. Estos resultados sugieren que el cumplimiento terapéutico en los pacientes reumatológicos estudiados es independiente de su situación conyugal.

Tabla 22. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación al Nivel Educativo de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Nivel educativo-Nivel de adherencia					
		Nivel de adherencia			Total
		Baja	Media	Alta	
Nivel educativo		Adherencia	adherencia	adherencia	
PRIMARIA	Recuento	7	8	2	17
	% del total	8,5%	9,8%	2,4%	20,7%
SECUNDARIA	Recuento	22	17	3	42
	% del total	26,8%	20,7%	3,7%	51,2%
SUPERIOR	Recuento	13	5	5	23
	% del total	15,9%	6,1%	6,1%	28,0%
Total	Recuento	42	30	10	82
	% del total	51,2%	36,6%	12,2%	100,0%

La tabla permite observar cómo se distribuye el cumplimiento terapéutico según el grado de instrucción de los pacientes reumatológicos. El nivel primario muestra una distribución relativamente equilibrada entre baja (n=7) y media adherencia (n=8). Representan el **2.4%** del total con alta adherencia. El nivel secundario es el grupo más numeroso de la muestra. Aquí se concentra la mayor cantidad de pacientes con **Baja Adherencia** (22 personas, que representan el **26.8% del total general**). Solo 3 personas de este grupo alcanzan una alta adherencia. El nivel superior, Aunque es un grupo con mayor instrucción, el **15.9%** presenta baja adherencia. Sin embargo, es el grupo que aporta proporcionalmente más pacientes a la **Alta Adherencia** (5 personas, que representan el **6.1%** del total de la muestra).

Tabla 23. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica en relación al Nivel Educativo de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Correlaciones				
			Niveleduca1	Nivel de adherencia
Rho de Spearman	Niveleduca1	Coefficiente de correlación	1,000	-,047
		Sig. (bilateral)	.	,677
		N	82	82
	Nivel de adherencia	Coefficiente de correlación	-,047	1,000
		Sig. (bilateral)	,677	.
		N	82	82

El cuadro de **Correlación de Rho de Spearman** analiza si el grado de instrucción (Nivel Educativo) influye en la capacidad del paciente para cumplir con su tratamiento. Al evaluar la relación entre el nivel educativo y la adherencia farmacológica, se obtuvo un valor de **rho = -0,047** (este valor es prácticamente **cero**, lo que indica una **correlación nula o despreciable**) con una significancia de **p = 0,677**. Al ser el valor p superior al nivel de confianza establecido (0,05), se determina que **no existe una asociación estadísticamente significativa** entre ambas variables. Este hallazgo sugiere que el nivel de instrucción académica no es un predictor del comportamiento de adherencia en la población estudiada.

Tabla 24. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación al Tiempo de tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Tiempo tratamiento-Nivel de adherencia				
Tiempo de tratamiento	Nivel de adherencia			Total
	Baja Adherencia	Media adherencia	Alta adherencia	
< 5 años	10	7	4	21
6 y 10 años	22	17	5	44
11 y 15 años	10	6	1	17
Recuento	42	30	10	82
Total	51,2%	36,6%	12,2%	100,0%

La tabla relaciona la antigüedad en el tratamiento con la capacidad de mantener la adherencia a lo largo del tiempo. El cumplimiento del tratamiento disminuye conforme pasan los años.

Los pacientes con tiempo de tratamiento menor a 5 años es el grupo con la tasa más alta de Alta Adherencia (4 de 21, aproximadamente el 19%). Los pacientes entre 6 y 10 años es el grupo más grande de la muestra, aquí la Baja Adherencia ya afecta al 50% de este subgrupo (22 de 44). La rutina del tratamiento empieza a generar descuido. Los pacientes con 11 a 15 años es el grupo con los resultados más preocupantes, la Baja Adherencia sube al 58.8% (10 de 17) y la Alta Adherencia cae al mínimo (solo 1 paciente, el 5.9% de este grupo).

Tabla 25. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica y al Tiempo de tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Correlaciones				
			Tiempo Tratamiento	Nivel de adherencia
Rho de Spearman	Tiempo Tratamiento	Coeficiente de correlación	1,000	-,104
		Sig. (bilateral)	.	,354
		N	82	82
	Nivel de adherencia	Coeficiente de correlación	-,104	1,000
		Sig. (bilateral)	,354	.
		N	82	82

Al evaluar la relación entre el tiempo de tratamiento (años) y la adherencia farmacológica mediante el coeficiente Rho de Spearman, se obtuvo un valor de **rho** = **-0,104** con una significancia de **p** = **0,354**. Al ser el valor p superior al umbral crítico de 0,05, se determina que **no existe una asociación estadísticamente significativa** entre ambas variables. Si bien se observa una tendencia descriptiva hacia la baja adherencia en pacientes con mayor cronicidad, estadísticamente el tiempo de permanencia en el tratamiento no constituye un predictor determinante del cumplimiento terapéutico en esta muestra.

Se acepta la **Hipótesis Nula (H0)**: El tiempo de tratamiento no determina el nivel de adherencia en los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo.

Tabla 26. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación a la Percepción si los medicamentos para la reumatología interactúan con otros medicamentos prescritos de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Tabla cruzada Medicamentos interactúan -Nivel de adherencia				
Medicamentos interactúan	Nivel de adherencia			Total
	Baja Adherencia	Media adherencia	Alta adherencia	
De acuerdo	25	10	2	37
	30,5%	12,2%	2,4%	45,1%
Neutral	17	20	8	45
	20,7%	24,4%	9,8%	54,9%
Total	42	30	10	82
% del total	51,2%	36,6%	12,2%	100,0%

Al analizar la percepción de interacciones medicamentosas, se identificó que esta creencia actúa como una barrera significativa para el cumplimiento terapéutico.

La tabla divide a los 82 pacientes en dos grupos de percepción: los que están "De acuerdo" en que sus medicamentos interactúan entre sí y los que se mantienen "Neutrales. El Grupo de "Preocupación Activa" (45.1%) este grupo está conformado por 37 pacientes que creen que sus medicamentos interactúan.

De los cuales la Baja Adherencia predomina con 25 pacientes. Se evidencia una escasa Alta Adherencia, solo 2 pacientes logran una alta adherencia. El Grupo "Neutral" (54.9%), conformado por 45 pacientes que no están seguros o no perciben estas interacciones como un problema inmediato.

En este grupo, la Baja Adherencia cae (17 de 45), mucho menor que el grupo anterior y se presenta Mayor Alta Adherencia, aquí encontramos a 8 de los 10 pacientes que tienen alta adherencia en todo el estudio.

Tabla 27. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica y la Percepción si los medicamentos para la reumatología interactúan con otros medicamentos prescritos de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Correlaciones				
			Medicamentos interactúan	Nivel de adherencia
Rho de Spearman	Medicamentos interactúan	Coeficiente de correlación	1,000	,307**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	82	82
	Nivel de adherencia	Coeficiente de correlación	,307**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	82	82

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Este cuadro de Correlación de Rho de Spearman reveló una **correlación positiva y altamente significativa**; El valor de **Sig. (bilateral)** es **0,005** este valor es mucho menor al nivel de significancia estándar de 0,05 e incluso menor al nivel de **0,01** (marcado con los dos asteriscos **). Lo que indica que existe una **asociación estadísticamente significativa y muy sólida** entre creer que los medicamentos interactúan y el nivel de adherencia.

El resultado no es producto del azar. El coeficiente de correlación de **0,307** se clasifica como una **correlación positiva moderada-baja**. El signo positivo indica que ambas variables se mueven en la misma dirección según su codificación.

Dado que en tu tabla cruzada anterior vimos que quienes estaban "De acuerdo" con la interacción tenían "Baja Adherencia", este coeficiente confirma que la **preocupación por la seguridad del medicamento** es un motor que altera el comportamiento del paciente.

Estos hallazgos demuestran que las creencias del paciente sobre la seguridad de su tratamiento influyen directamente en su cumplimiento. Específicamente, el temor a que los fármacos afecten negativamente el funcionamiento de otros medicamentos prescritos actúa como una barrera cognitiva, promoviendo una adherencia deficiente

Tabla 28. Distribución según Adherencia a la terapia farmacológica en relación a la Percepción de la influencia familiar en el tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Influencia familiar en el tratamiento - Nivel de adherencia				
Influencia familiar en el tratamiento	Nivel de adherencia			Total
	Baja Adherencia	Media adherencia	Alta adherencia	
En desacuerdo	8	2	0	10
Neutral	0	1	0	1
De acuerdo	34	27	7	68
Muy de acuerdo	0	0	3	3
Total	42	30	10	82
	51,2%	36,6%	12,2%	100,0%

La tabla muestra cómo el soporte o la presión de la familia impacta en el cumplimiento terapéutico de los 82 pacientes. El predominio del "De acuerdo" (n=68) la gran mayoría de los pacientes (**82.9%**) reconoce que su familia influye en su tratamiento. Sin embargo, esta influencia no siempre garantiza el éxito. De los 68 pacientes que perciben influencia familiar, 34 tienen Baja Adherencia (**50%**).

Tabla 29. Relación entre la Adherencia a la terapia farmacológica y la Percepción de la influencia familiar en el tratamiento de los pacientes del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025.

Correlaciones				
			Apoyo de familia1	Nivel de adherencia
Rho de Spearman	Apoyo de familia1	Coefficiente de correlación	1,000	,310**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	82	82
	Nivel de adherencia	Coefficiente de correlación	,310**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	82	82

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El análisis de correlación de Rho de Spearman demostró la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y el nivel de adherencia farmacológica ($\rho = 0,310$; $p = 0,005$). Estos resultados confirman que el entorno socio-familiar desempeña un rol protector crucial en el manejo de enfermedades reumatológicas en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo.

El hallazgo sugiere que, a medida que el paciente percibe un mayor acompañamiento y compromiso por parte de sus familiares, su capacidad de cumplimiento terapéutico se incrementa de forma moderada, subrayando la necesidad de incluir a la familia en las estrategias de consejería y educación sanitaria. Se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1). El apoyo familiar **sí influye de manera significativa** en el nivel de adherencia de los pacientes reumatológicos.

4. Discusión

La presente investigación determinó que existe una relación significativa entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en los pacientes reumatológicos del Centro de Salud de Pueblo Nuevo. El hallazgo principal revela que la adherencia es un fenómeno multicausal donde la complejidad del esquema y los factores económicos actúan como barreras, mientras que el apoyo familiar funciona como el principal facilitador.

En cuanto a la Adherencia y Factores Demográficos se observó un predominio del sexo femenino (61%) y pacientes casados (65.9%), características que coinciden con lo reportado por Yurilla y Chipana (17) en Huancayo, quienes también hallaron una prevalencia femenina del 81%. Sin embargo, a diferencia de estudios como el de Coello y Rojas (18), donde la edad y la distancia geográfica fueron determinantes, en Pueblo Nuevo estas variables no mostraron una correlación significativa, sugiriendo que, en esta zona urbana de Ica, el cumplimiento depende más de la gestión de la enfermedad que del perfil del paciente. El nivel educativo predominante en la población de estudio es la educación Secundaria 51.2% (n=42) de la muestra. El segundo grupo en importancia es el de educación Superior, que suman el **28.0%** (n=23) de los participantes. La distribución según la edad, muestra que la mayoría de los pacientes reumatológicos en el estudio se encuentran en la adultez tardía temprana (50-65 años).

Esta concentración en los grupos más jóvenes de la adultez mayor es importante, ya que son pacientes que, aunque ya tienen una enfermedad crónica establecida, se encuentran en una etapa donde la adherencia al tratamiento es crucial para prevenir el daño articular acumulado y mantener la funcionalidad y la capacidad laboral.

La Interpretación del Nivel de Adherencia muestra que el 51.2% (n=42) presenta una Baja adherencia, seguido del 36.6% con una Adherencia Media y un 12.2% presenta una alta adherencia. En cuanto a la Adherencia según el Sexo, revela que el patrón de baja adherencia es consistente en ambos sexos, aunque debido a la mayor proporción de mujeres en la muestra, la contribución femenina al total de pacientes con baja adherencia es numéricamente superior (n=24 vs n=18).

En la Complejidad del Tratamiento y Polifarmacia

La investigación halló una correlación negativa moderada-fuerte ($\rho = -0,489$) entre la frecuencia de dosis y la adherencia. Esto se explica por el perfil de prescripción hallado, donde el Diclofenaco (65.8%) y la Prednisona (40.24%) lideran una terapia de polifarmacia. Esta "fatiga de pastillas" coincide con el antecedente de Huancayo, donde el 94% mostraba adherencia parcial. La complejidad de horarios en Pueblo Nuevo es, por tanto, el predictor clínico más importante de la baja adherencia.

Interpretación de la Correlación Rho de Spearman ($\rho = -0,489$), El signo negativo (-) indica una relación inversamente proporcional. Esto significa que a medida que los pacientes perciben una mayor dificultad debido a la frecuencia de las dosis, su nivel de adherencia disminuye.

Dado que la Significancia Estadística ($p = 0,000$) donde $p < 0,01$, se rechaza la **Hipótesis Nula (H_0)** y se acepta la **Hipótesis alterna (H_1)**. Existe evidencia estadística suficiente para afirmar que la frecuencia del tratamiento está significativamente asociada con la adherencia.

En la Percepción de la Complejidad por Número de Dosis, 8 de cada 10 pacientes reumatológicos en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo sienten que su régimen es complejo debido a la frecuencia de las tomas.

Factores Socioeconómicos y Percepción de Riesgo

El impacto económico es crítico: el 34.1% percibe menos de 1,000 soles y se halló una correlación negativa ($\rho = -0,347$) entre costo y adherencia. Esto valida la teoría de que el factor económico es una barrera estructural. El impacto económico parece golpear con ligeras diferencias a hombres y mujeres, de las 24 mujeres que están "Muy de acuerdo" con la afectación por costo, **17 (70.8%)** presentan Baja Adherencia, de los 13 hombres en la misma situación, **8 (61.5%)** presentan Baja Adherencia. Aunque ambos sexos se ven afectados, las mujeres de esta muestra parecen ser más vulnerables al abandono del tratamiento por falta de recursos económicos.

Asimismo, la percepción de interacciones medicamentosas mostró una correlación significativa ($\rho = 0,307$). El miedo a que los fármacos "choquen" entre sí induce a una no adherencia intencional, donde el paciente decide qué tomar para "cuidar su estómago", lo que se refleja en el uso de Omeprazol (24.39%) como protector.

El Rol Protector de la Familia

Un hallazgo positivo fue la correlación entre el apoyo familiar y la adherencia ($\rho = 0,310$). Mientras que el sistema de salud impone barreras (costo y complejidad), la familia actúa como el soporte que mantiene al paciente en el tratamiento. Los resultados muestran que el 100% de quienes tienen un apoyo familiar "muy alto" logran alta adherencia, confirmando que el entorno social es el mejor predictor de éxito terapéutico.

5. Conclusiones

1. El tratamiento farmacoterapéutico se caracteriza por una elevada carga farmacológica (polifarmacia) y el uso predominante de analgésicos y corticoides, destacando el Diclofenaco (65.8%) y la Prednisona (40.24%). Estos regímenes presentan una alta complejidad posológica que requiere múltiples dosis diarias, lo que constituye la principal característica clínica que dificulta el seguimiento del tratamiento.
2. El nivel de adherencia en la población de estudio es predominantemente deficiente. Más de la mitad de los pacientes (51.2%) presenta una Baja Adherencia, mientras que solo un reducido 12.2% logra una Alta Adherencia.
3. La frecuencia de dosis diaria es el factor que más afecta negativamente la adherencia ($\rho = -0,489$). A mayor número de tomas al día, aumenta el olvido y la confusión del paciente. La mayoría de los pacientes percibe ingresos bajos, lo que genera una correlación negativa entre el costo de la medicación y la adherencia ($\rho = -0,347$). Las creencias del paciente sobre las interacciones medicamentosas influyen significativamente ($\rho = 0,307$). El temor a la toxicidad por polifarmacia es una causa de incumplimiento voluntario. El apoyo familiar es el recurso más eficaz para mejorar la adherencia ($\rho = 0,310$), demostrando que los pacientes con redes de soporte sólidas logran mejores resultados terapéuticos independientemente de su nivel educativo o sexo.
4. Existe una relación estadísticamente significativa entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en los pacientes reumatológicos del Centro de Salud de Pueblo Nuevo ($p < 0.05$) que concluye que el cumplimiento terapéutico no depende de factores demográficos (sexo, edad o educación), sino que está condicionado por la complejidad del régimen médico, el impacto económico y el soporte del entorno familiar.

6. Recomendaciones

- Implementar un programa de Atención Farmacéutica con enfoque en educación sobre interacciones. Es vital explicar al paciente por qué debe tomar varios medicamentos juntos y desmitificar el miedo a que "choquen", reduciendo la no adherencia intencional.
- Desarrollar talleres de "Escuela para Familias de Pacientes Crónicos", capacitando a los familiares como monitores de adherencia, dado que el estudio demostró que su apoyo es el factor preventivo más fuerte.
- Simplificar los regímenes de dosificación siempre que sea posible, priorizando fármacos de vida media larga o dosis únicas para reducir la "frecuencia de dosis".

7. Referencias Bibliográficas

1. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2020 [citado 22 Oct 2025];79(6):685-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31969328/>
2. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value Health* [Internet]. 2008 [citado 22 Oct 2025];11(1):44-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301510604950>
3. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 [citado 23 Oct 2025];59(4):251-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251
4. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: policy for action: meeting report, 4-5 June 2001 [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2001 [citado 23 Oct 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/66984>
5. Bennett D. Compliance in Health Care. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1980 [citado 23 Oct 2025];137(2):190. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/compliance-in-health-care-edited-by-r-brian-haynes-d-wayne-taylor-and-david-l-sackett-london-the-johns-hopkins-university-press-1979-pp-516-1500/9B50708C379F5E00E291FE5DB2B7781B>
6. Campbell RJ Jr, Krienke R, Lippman A, Treharne GJ, Lyons AC, Kitas GD, et al. Adherence to Medication. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 [citado 23 Oct 2025];353(18). Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200511033531819>
7. Carbonell-Abella C, Torguet Carbonell J, Martínez Martí M. Adherencia en el tratamiento farmacológico de la osteoporosis. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2024 [citado 7 Nov 2025];162(11):e59-63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775324001611>
8. Balsa A, de Yébenes MJG, Carmona L. Multilevel factors predict medication adherence in rheumatoid arthritis: a 6-month cohort study. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2022 [citado 17 Mar 2025];81(3):327-34. Disponible en: <https://ard.eular.org/action/showFullText?pii=S0003496724095682>
9. Ferrer P, Rodríguez A. Factores asociados a falla terapéutica de medicamentos biológicos tipo anti-TNF en pacientes [Internet] [Tesis]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2021

- [citado 17 Mar 2025]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/31753>
10. Mora C, Beltrán A, Rincón J, Astudillo Y, Franco M, Jaimes D, et al. Adherencia a medicamentos orales en pacientes con artritis reumatoide, una experiencia colombiana. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2021 [citado 7 Nov 2025];28(1):38-45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0121812320300992>
 11. Benítez A, Papagno J, Velasco J, Betancur G, Klimovsky E. Adherencia al tratamiento en pacientes con artritis reumatoidea. *Rev Argent Reumatol* [Internet]. 2019 [citado 17 Mar 2025];30(1):28-37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=692178671004>
 12. Anghel LA, Farcaș AM, Oprean RN. Medication adherence and persistence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a narrative review. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2018 [citado 17 Mar 2025];12:1151-64. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6037147/>
 13. Prados-Moreno S, Sabio JM, Pérez-Mármol JM, Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramírez MI. Adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2018 [citado 7 Nov 2025];150(1):8-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775317304402>
 14. Ruiz Mejía C, Pérez P, Urrego Vásquez A, González G. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2016 [citado 7 Nov 2025];32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300015
 15. Encina Ramos JL, Tarrillo Hurtado N. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con artritis reumatoide en el policlínico Las Salinas, Chilca - Lima 2023 [Tesis]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2024.
 16. Lucia K, Mendoza M. Polifarmacia como factor asociado a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con artritis reumatoide [Internet] [Tesis]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2019 [citado 26 Nov 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/34615>
 17. Curilla R, Chipana V. Adherencia terapéutica en pacientes con artritis que frecuentan un hospital de la provincia de Huancayo [Tesis]. Huancayo: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2017.
 18. Coello Talavera D, Rojas Motta NF. Falta de adherencia en la terapia física en pacientes con dolor y trastornos músculo esqueléticos: incidencia y factores de riesgo [Internet] [Tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2015 [citado 26 Nov 2025]. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/621804>

19. Alperi López M. Manual SER de enfermedades reumáticas. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
20. Díaz-González F, Hernández-Hernández MV. Rheumatoid arthritis. Med Clin (Barc) [Internet]. 2023 [citado 23 Nov 2025];161(12):533-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37567824/>
21. Abramoff B, Caldera FE. Osteoarthritis: Pathology, Diagnosis, and Treatment Options. Med Clin North Am [Internet]. 2020 [citado 24 Nov 2025];104(2):293-311. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712519301130>
22. Bennell KL, Hunter DJ, Hinman RS. Management of osteoarthritis of the knee. BMJ [Internet]. 2012 [citado 24 Nov 2025];345:e4934. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22846469/>
23. Pietschmann P, Kersch-Schindl K. Osteoporosis: gender-specific aspects. Wien Med Wochenschr [Internet]. 2004 [citado 24 Nov 2025];154(17-18):411-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15552228/>
24. LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, Lewiecki EM, Saag KG, Singer AJ, et al. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Osteoporos Int [Internet]. 2022 [citado 27 Nov 2025];33(10):2049-102. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9546973/>
25. Becker MA. Actualización sobre el reconocimiento y el tratamiento de la gota: más allá del dedo gordo del pie. J Fam Pract [Internet]. 2016 [citado 24 Nov 2025];65(2 Suppl):S1-S7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26845010/>
26. Schwinghammer TL, Koehler JM. Pharmacotherapy Casebook: A Patient-Focused Approach. 10a ed. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2017.
27. Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19a ed. México: McGraw-Hill; 2016. p. 2124-5.
28. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Ginebra: WHO; 2003 [citado 28 Nov 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
29. Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a las terapias a largo plazo: evidencia para la acción [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2004 [citado 28 Nov 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/2803>
30. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care [Internet]. 1986 [citado 27 Nov 2025];24(1):67-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130/>
31. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill; 2018.

32. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5a ed. Barcelona: Elsevier; 201

8. Anexos

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

El documento posee información sobre el trabajo de investigación titulado: Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025

Que tiene como objetivo: Determinar la relación entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025.

Trabajo realizado por el bachiller **Betsabé Vilca Angulo** de la facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga-Ica. Para su decisión en la participación debe conocer que:

- La participación no genera ningún tipo de incentivo económico
- Que la información brindada es totalmente confidencial, en caso de publicar información es mediante la codificación de los participantes.
- Que, si decide participar, también puede retirarse en el transcurso de la investigación
- Se garantiza que su participación en esta investigación es completamente segura, dado que no se realizarán procedimientos que puedan poner en riesgo su salud.

Declaro bajo juramento haber leído y entendido completamente la información suministrada, he tenido la oportunidad de plantear todas mis dudas y he recibido respuestas claras y satisfactorias. Afirmo que no he sido obligado ni persuadido de manera indebida a participar en el estudio. Al responder esta encuesta doy mi consentimiento libre y voluntario para formar parte de la investigación

Nombres y apellidos:

Firma:

Dni:

Anexo 2: Instrumento de recolección de información: Encuesta

Título del proyecto: Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025

Objetivo: Determinar la relación entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025.

La encuesta posee un formato de respuesta en escala Likert que proporciona una forma estandarizada de medir las respuestas, lo que facilita el análisis de los datos

1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Neutral, 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo

Las preguntas abarcan diferentes aspectos, donde se consideran 3 dimensiones que contribuyen a determinar la complejidad, la frecuencia, el número de medicamentos, la claridad de las instrucciones y determinar el nivel de adherencia al tratamiento por parte del paciente.

La primera dimensión Factores Sociodemográfico incluye preguntas para recopilar información sobre la edad, nivel educativo, situación laboral, estado civil, ingresos familiares y acceso a servicios de salud de los pacientes. **La segunda dimensión Características del tratamiento farmacoterapéutico** incluye preguntas para evaluar la frecuencia de administración de medicamentos, el número de dosis y formas de administración, la percepción de la complejidad del régimen, las dificultades para recordar la medicación y la claridad de las instrucciones

La tercera dimensión: La Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 4 ítems (MMAS-4) permite medir la adherencia a la medicación en pacientes con diversas condiciones crónicas. Consiste en cuatro preguntas con respuestas de "sí" o "no", diseñadas para evaluar comportamientos comunes que indican falta de adherencia, cada respuesta de "sí" se puntúa como 1 y cada respuesta de "no" se puntúa como 0, la puntuación total varía de 0 a 4. Una puntuación de 0 indica alta adherencia, una puntuación de 1 o 2 indica adherencia media y una puntuación de 3 o 4 indica baja adherencia.

Dimensión I: Características Generales

1. Edad del paciente ()
2. Sexo
Femenino ()
Masculino ()
3. Nivel educativo
Primaria incompleta ()
Primaria completa ()

- Secundaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Estudios técnicos/universitarios incompletos ()
- Estudios técnicos/universitarios completos ()
4. Ingresos familiares
- Mayor 4000 ()
- 1000-4000 ()
- Menos de 1000 ()
5. Estado civil
- Soltero ()
- Casado ()
- Viudo/divorciado ()

Dimensión II: Características del tratamiento farmacoterapéutico

6. ¿La frecuencia con la que debo tomar mis medicamentos (varias veces al día, horarios específicos) hace que mi régimen sea difícil de seguir?
- Muy en desacuerdo ()
- En desacuerdo ()
- Neutral ()
- De acuerdo ()
- Muy de acuerdo()
7. ¿El número de medicamentos que tomo y las diferentes formas de administración (pastillas, inyecciones, etc.) complican mi rutina diaria?
- Muy en desacuerdo ()
- En desacuerdo ()
- Neutral ()
- De acuerdo ()
- Muy de acuerdo()
8. ¿Las instrucciones que recibí sobre cómo tomar mis medicamentos son claras y fáciles de entender?
- Muy en desacuerdo ()
- En desacuerdo ()
- Neutral ()
- De acuerdo ()
- Muy de acuerdo()
9. ¿Me preocupa cómo mis medicamentos para la reumatología interactúan con otros medicamentos que tomo?
- Muy en desacuerdo ()
- En desacuerdo ()
- Neutral ()
- De acuerdo ()
- Muy de acuerdo()
10. ¿Considera usted que su familia, amigos y personas que le apoyan en su tratamiento?
- Muy en desacuerdo ()
- En desacuerdo ()

Neutral ()
De acuerdo ()
Muy de acuerdo()

11. ¿Considera usted que el costo del tratamiento afecta mi capacidad para seguirlo?

Muy en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Neutral ()
De acuerdo ()
Muy de acuerdo()

12. ¿ Considera usted que le es fácil conseguir citas con su médico?

Muy en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Neutral ()
De acuerdo ()
Muy de acuerdo()

13. ¿Considera usted que tiene acceso a los medicamentos que necesita?

Muy en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Neutral ()
De acuerdo ()
Muy de acuerdo()

14. ¿Cree usted que sus medicamentos para la reumatología son adecuados para su condición?

Muy en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Neutral ()
De acuerdo ()
Muy de acuerdo()

15. ¿Cree usted que su enfermedad reumática es grave?

Muy en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Neutral ()
De acuerdo ()
Muy de acuerdo()

Dimensión III: Nivel de adherencia, La Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 4 ítems (MMAS-4)

16. ¿Alguna vez olvida tomar sus medicamentos?

Si ()
No ()

17. ¿Es descuidado/a a veces al tomar sus medicamentos?

Si ()
No ()

18. Cuándo se siente mejor ¿a veces deja de tomar sus medicamentos?

Si ()
No ()

19. A veces, si se siente peor al tomar sus medicamentos, ¿deja de tomarlos?

Si ()
No ()

Anexo 3: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

A fin de garantizar la consistencia interna de las preguntas del cuestionario utilizado en el estudio sobre Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025, se empleó el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos mostraron un valor del alfa de Cronbach de 0.87, lo cual indica una alta fiabilidad de las escalas del cuestionario lo que sugiere que las preguntas miden de manera consistente el constructo teórico de interés.

Escala Likert	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
	1	2	3	4	5

El cuestionario fue aplicado a 20 pacientes diagnosticados de enfermedad reumatológica del Puesto de salud de Pueblo Nuevo, Ica.

Ho: El indicador Alfa de Cronbach = 0

H1: El indicador de Alfa de Cronbach $\neq$ 0

$\alpha = 0,05$

Alfa de Cronbach	Elementos analizados
0.87	19

CONCLUSION: El instrumento muestra un alto grado de confiabilidad en su aplicación

Anexo 4: Carta aceptación de asesor externo

CARTA DE ACEPTACION

A: Betsabé Vilca Angulo

Bachiller en Farmacia y Bioquímica - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica

DE: Miriam Gladys Muñoz Bendezu

Jefe del Servicio de Farmacia Centro de Salud Pueblo Nuevo - Ica

ASUNTO: Aceptación de participación como consultor interno en proyecto de investigación

Estimada Bachiller Betsabé Vilca Angulo:

Reciba un cordial saludo. Por medio de la presente, me dirijo a usted para manifestar mi aceptación a participar como consultor interno en el proyecto de investigación titulado: “Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025”.

Considero que su proyecto de investigación es de gran relevancia para el área de la farmacoterapia de la artritis reumatoidea y me complace poder contribuir con mi experiencia y conocimiento en el desarrollo del mismo.

Acepto con entusiasmo mi participación y poder actuar como consultor interno, brindando orientación y asesoramiento en aspectos relacionados con la farmacoterapia de la artritis reumatoidea.

Estoy a su disposición para coordinar las acciones necesarias y asegurar el éxito de este proyecto.

Ica, 28 marzo 2025

Atentamente,



Miriam Gladys Muñoz Bendezu
QUÍMICO FARMACEUTICO
C.Q.F.P. 05185

Miriam Gladys Muñoz Bendezu
Jefe del Servicio de Farmacia Centro de Salud
Pueblo Nuevo - Ica
DNI: 21457075

Anexo 5. Validación de instrumento

FORMATO DE EVALUACION DE INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Título del proyecto: Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025

Objetivo: Determinar la relación entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025.

La encuesta posee un formato de respuesta en escala Likert que proporciona una forma estandarizada de medir las respuestas, lo que facilita el análisis de los datos

Indicadores	Criterios	VALORACION			
		Deficiente (0-40)	Regular (41 - 60)	Bueno (61 - 80)	Muy bueno (81 - 100)
Claridad	Lenguaje apropiado			80	
Objetividad	Expresado en conductas observables			80	
Organización	Organización lógica			80	
Coherencia	Se manifiesta en las preguntas planteadas			80	
Intencionalidad	Adecuado para valorar el objeto de la investigación			80	
Metodología	Es adecuada			80	

CALIFICACION PROMEDIO: 80

VALORACION FINAL : Bueno

APRUEBA INSTRUMENTO : SI X NO


Jaksant Paul Portel Velarde
Docente Experto

Nombres y apellidos: Jaksant Paul Portel Velarde
Grado académico: Magister
DNI: 44784119

FORMATO DE EVALUACION DE INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Título del proyecto: Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025

Objetivo: Determinar la relación entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025.

La encuesta posee un formato de respuesta en escala Likert que proporciona una forma estandarizada de medir las respuestas, lo que facilita el análisis de los datos

Indicadores	Criterios	VALORACION			
		Deficiente (0-40)	Regular (41 - 60)	Bueno (61 - 80)	Muy bueno (81 - 100)
Claridad	Lenguaje apropiado			80	
Objetividad	Expresado en conductas observables			80	
Organización	Organización lógica			80	
Coherencia	Se manifiesta en las preguntas planteadas			80	
Intencionalidad	Adecuado para valorar el objeto de la investigación			80	
Metodología	Es adecuada			80	

CALIFICACION PROMEDIO: 80

VALORACION FINAL : Bueno

APRUEBA INSTRUMENTO : SI X NO

Docente Experto

Nombres y apellidos: Andrés Rta. Chiribon Herrera

Grado académico: Maestría

DNI: 72195485

FORMATO DE EVALUACION DE INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Título del proyecto: Tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica – 2025

Objetivo: Determinar la relación entre el tratamiento farmacoterapéutico y la adherencia en pacientes reumatológicos que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Ica, durante el año 2025.

La encuesta posee un formato de respuesta en escala Likert que proporciona una forma estandarizada de medir las respuestas, lo que facilita el análisis de los datos

Indicadores	Criterios	VALORACION			
		Deficiente (0-40)	Regular (41 - 60)	Bueno (61 - 80)	Muy bueno (81 - 100)
Claridad	Lenguaje apropiado			80	
Objetividad	Expresado en conductas observables			80	
Organización	Organización lógica			80	
Coherencia	Se manifiesta en las preguntas planteadas			80	
Intencionalidad	Adecuado para valorar el objeto de la investigación			80	
Metodología	Es adecuada			80	

CALIFICACION PROMEDIO: 80

VALORACION FINAL : Bueno

APRUEBA INSTRUMENTO : SI X NO


 Docente Experto
 Nombres y apellidos: Gladys Yanet Diaz Hernandez
 Grado académico: Magister
 DNI: 40345935

Anexo 6. Fotografías de la encuesta





