



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-045

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:

**Consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la
polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas
distrito de Canaria – Ayacucho 2025**

Presentado por:

RAFAELE REYMUNDO TANIA VERONICA

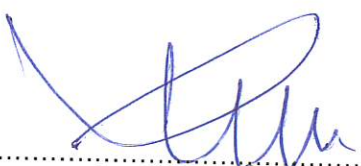
Bachiller del nivel **PREGRADO** de la Facultad de **FARMACIA Y BIOQUÍMICA**. El resultado obtenido es 1% por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Con Código de Matricula: 20175464

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 INVESTIGACIÓN
Facultad de Farmacia y Bioquímica



Consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en
adultos mayores con enfermedades crónicas distrito de Canaria
– Ayacucho 2025

Línea de investigación
Salud pública y conservación del medio ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

Autor:

Bach. TANIA VERÓNICA RAFAELE REYMUNDO

ASESOR:

Dr. CARLOS VICTOR BENAVIDES RICRA

ORCID: 0000-0002-3075-0297

Ica, Perú
2026

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a Dios, por brindarme salud, fortaleza y perseverancia a lo largo de este proceso académico.

A mis padres, por su apoyo incondicional, su ejemplo de esfuerzo y los valores inculcados desde la infancia, que han sido la base de mi formación personal y profesional. A mi familia, por su comprensión, motivación constante y confianza en cada meta emprendida, acompañándome en cada etapa de mi desarrollo académico.

Finalmente, dedico este logro a todos los adultos mayores que participaron en el estudio, cuya colaboración hizo posible la culminación de esta investigación.

Agradecimientos

Expreso mi profundo agradecimiento a mi asesor de tesis, por su orientación académica, acompañamiento constante y valiosas observaciones que permitieron fortalecer la calidad científica del presente estudio.

A los docentes de la Facultad, quienes a lo largo de mi formación profesional contribuyeron con sus conocimientos, experiencia y compromiso en la consolidación de mis competencias académicas.

Al personal de los establecimientos de salud del distrito de Canaria, por las facilidades brindadas durante el proceso de recolección de datos y por su disposición para colaborar con la investigación.

Asimismo, agradezco a cada uno de los adultos mayores participantes, por su tiempo, confianza y apertura al compartir información relevante para el desarrollo del estudio.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron a la realización y culminación satisfactoria de este trabajo de investigación.

Índice

Carátula	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	ii
Índice	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	20
III. RESULTADOS.....	28
IV. DISCUSIÓN	53
V. CONCLUSIONES	57
VI. RECOMENDACIONES	58
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
VIII. ANEXOS.....	63

Índice de tablas

Tabla 1. Consecuencias clínicas de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.....	28
Tabla 2. Consecuencias funcionales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.....	30
Tabla 3. Consecuencias sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025	32
Tabla 4. Consecuencias clínicas asociadas al consumo de múltiples medicamentos en adultos mayores con enfermedades crónicas.....	34
Tabla 5. Duración del tratamiento farmacológico en las consecuencias funcionales de los adultos mayores con enfermedades crónicas.....	35
Tabla 6. Relación entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores polimedicados con enfermedades crónicas.....	37
Tabla 7. Automedicación concurrente con polifarmacia incidiendo en los efectos adversos clínicos en adultos mayores con enfermedades crónicas.....	39

Índice de figuras

Figura 1. Consecuencias clínicas de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.	28
Figura 2. Consecuencias funcionales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.	30
Figura 3. Consecuencias sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.	32
Figura 4. Duración del tratamiento farmacológico en las consecuencias funcionales de los adultos mayores con enfermedades crónicas.	35
Figura 5. Relación entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores polimedicados con enfermedades crónicas.	37
Figura 6. Automedicación concurrente con polifarmacia incidiendo en los efectos adversos clínicos en adultos mayores con enfermedades crónicas.	39

Resumen

Objetivo: Determinar las consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria, Ayacucho–2025.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. Se incluyó una muestra de 199 adultos mayores (≥ 60 años) con al menos una enfermedad crónica atendidos en establecimientos de salud del distrito de Canaria. La polifarmacia se categorizó en no polifarmacia, polifarmacia moderada y excesiva. Las consecuencias clínicas incluyeron efectos adversos, caídas y hospitalización; las funcionales se evaluaron con una versión adaptada del índice de Barthel; y las sociales mediante ítems tipo Likert. El análisis inferencial se realizó con Chi-cuadrado ($\alpha=0,05$).

Resultados: Predominó la polifarmacia moderada (55,3%) y la polifarmacia excesiva (29,6%). Se halló asociación significativa entre la cantidad de medicamentos y los efectos adversos ($p<0,001$), caídas ($p=0,001$) y hospitalización ($p<0,001$). No se encontró asociación significativa entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales ($p=0,908$). La automedicación concurrente se asoció significativamente con la severidad de las consecuencias clínicas ($p=0,005$). No se evidenció asociación significativa entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales ($p=0,428$).

Conclusiones: La polifarmacia, especialmente cuando es excesiva, se vincula con mayor frecuencia de eventos clínicos adversos, y la automedicación incrementa el riesgo clínico. La duración del tratamiento no mostró relación con la funcionalidad en esta población.

Palabras clave: Polifarmacia; Anciano; Enfermedad Crónica; Caídas Accidentales; Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos; Automedicación.

Abstract

Objective: Determine the clinical, functional, and social consequences of polypharmacy in older adults with chronic diseases in the district of Canaria, Ayacucho–2025.

Material and Methods: A quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational study was conducted. A sample of 199 older adults (≥ 60 years) with at least one chronic disease receiving care in health facilities in the district of Canaria was included. Polypharmacy was categorized as no polypharmacy, moderate polypharmacy, and excessive polypharmacy. Clinical consequences included adverse effects, falls, and hospitalization; functional consequences were assessed using an adapted Barthel Index; and social consequences were evaluated through Likert-type items. Inferential analysis was performed using the Chi-square test ($\alpha=0.05$).

Results: Moderate polypharmacy (55.3%) and excessive polypharmacy (29.6%) were the most frequent categories. A significant association was found between the number of medications and adverse effects ($p<0.001$), falls ($p=0.001$), and hospitalization ($p<0.001$). No significant association was observed between duration of pharmacological treatment and functional consequences ($p=0.908$). Concurrent self-medication was significantly associated with the severity of clinical consequences ($p=0.005$). No significant association was found between type of prescription and social consequences ($p=0.428$).

Conclusions: Polypharmacy, particularly when excessive, is associated with a higher frequency of adverse clinical events, and self-medication increases clinical risk. Duration of treatment was not related to functional impairment in this population.

Keywords: Polypharmacy; Aged; Chronic Disease; Accidental Falls; Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions; Self Medication.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global, la polifarmacia—definida habitualmente como el uso concurrente de cinco o más medicamentos—ha alcanzado niveles alarmantes entre las personas mayores de 65 años, con prevalencias que oscilan entre el 30 % y el 49,9 %, y que en algunos contextos hospitalarios superan incluso el 60 % (1,2). Según una revisión sistemática, la prevalencia mundial estimada de polifarmacia es del 37 %, presentando tasas superiores en mayores de 65 años, sumado a un aumento progresivo en las últimas décadas (1,3). Este fenómeno se asocia a un riesgo significativamente mayor de interacciones medicamentosas, síntomas adversos, fragilidad, hospitalizaciones y mortalidad (1,3).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte que el envejecimiento poblacional y la multimorbilidad están impulsando una tendencia de polifarmacia que aún no es adecuadamente vigilada (4). Estudios regionales estiman una prevalencia que varía entre el 28 % y el 77 % en los adultos mayores, con escasa adherencia a criterios de prescripción segura y ausencia de complejos sistemas públicos de revisión farmacoterapéutica (4).

En el Perú, datos del INEI muestran que cerca del 40 % de la población de 15 años a más presenta al menos una comorbilidad, siendo mayor en adultos mayores (5). La prevalencia de polifarmacia entre ellos se estima alrededor del 45,3 % (6), aunque otros estudios en ámbitos hospitalarios señalan tasas superiores al 50 % (7,8). Además, un estudio en zonas rurales reportó que el 67,9 % de personas de 65 + años estaba en situación de polifarmacia, con automedicación del 59 % y reacciones adversas en el 62 % de los casos (9).

Específicamente en Canaria, distrito de Ayacucho, no existen datos oficiales sobre prevalencia ni consecuencias vinculadas a la polifarmacia en adultos mayores. Sin embargo, la realidad rural se caracteriza por acceso limitado a personal de salud, baja supervisión médica, mayor dependencia de automedicación y deficiente gestión de medicamentos. Estas condiciones predisponen que los efectos adversos —como interacciones, caídas, deterioro cognitivo y uso de urgencias— sean mayores, sin mecanismos claros de monitoreo ni estrategias de intervención contextualizadas.

Por ello, surge la pregunta central de la tesis: ¿Cuáles son las consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria, Ayacucho, en 2025?

El Capítulo I desarrolla la introducción de la investigación, en la cual se expone de manera sistemática el planteamiento del problema relacionado con las consecuencias clínicas, funcionales y sociales derivadas de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho. Asimismo, se presentan los antecedentes internacionales, nacionales y locales que sustentan la relevancia del estudio, destacando la evidencia científica sobre la

prevalencia de la polifarmacia en población geriátrica, la multimorbilidad y los riesgos asociados como reacciones adversas medicamentosas, interacciones farmacológicas, hospitalizaciones, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida.

De igual manera, se desarrollan las bases teóricas relacionadas con la farmacoterapia geriátrica, la polifarmacia apropiada e inapropiada, el envejecimiento fisiológico, el uso racional de medicamentos y el impacto multidimensional (clínico, funcional y social) en el adulto mayor. Finalmente, se formulan la justificación e importancia de la investigación, el problema general y los problemas específicos, los objetivos planteados y las hipótesis que orientan el desarrollo del trabajo científico.

El Capítulo II aborda la estrategia metodológica empleada en la investigación, detallando el enfoque cuantitativo, el tipo correlacional y el diseño no experimental de corte transversal. Se describe la población conformada por 410 adultos mayores con enfermedades crónicas residentes en el distrito de Canaria durante el año 2025, así como la muestra de 199 participantes seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple.

En este capítulo se precisan los criterios de inclusión y exclusión, así como las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de la información, incluyendo el cuestionario estructurado sobre polifarmacia (número de medicamentos, duración del tratamiento, tipo de prescripción y automedicación) y el instrumento para la medición de consecuencias clínicas, funcionales y sociales, que incorpora una versión adaptada del Índice de Barthel para funcionalidad y una escala tipo Likert para consecuencias sociales.

Asimismo, se describen los procedimientos aplicados para el análisis e interpretación de los datos mediante estadística descriptiva y la prueba no paramétrica Chi-cuadrado, garantizando el rigor metodológico, la validez mediante juicio de expertos y la confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach.

El Capítulo III presenta los resultados del estudio, los cuales se exponen mediante tablas y representaciones gráficas organizadas según los objetivos específicos planteados. En este capítulo se incluye el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de los participantes, la determinación del nivel de polifarmacia (moderada o excesiva) y la caracterización de sus patrones de uso.

Asimismo, se desarrolla el análisis inferencial que permite identificar la relación entre la polifarmacia y las consecuencias clínicas (efectos adversos, hospitalización, caídas), funcionales (nivel de independencia en actividades básicas de la vida diaria) y sociales (impacto económico, percepción de calidad de vida y dependencia para el uso de medicamentos), tanto de manera global como por dimensiones específicas.

El Capítulo IV comprende la discusión de los hallazgos, en la cual se realiza un análisis crítico de los resultados obtenidos, contrastándolos con los antecedentes nacionales e internacionales revisados. Se interpretan las concordancias y discrepancias encontradas respecto a la magnitud de la polifarmacia y sus consecuencias, contextualizando los resultados dentro del marco teórico de la farmacología clínica, el uso racional de medicamentos y la salud pública en población geriátrica.

Asimismo, se analizan las implicancias de la automedicación, la prescripción múltiple y la fragmentación de la atención sanitaria en contextos rurales, considerando las fortalezas y limitaciones del estudio.

El Capítulo V expone las conclusiones derivadas de la investigación, formuladas en función de los objetivos planteados y los resultados obtenidos, brindando respuestas claras y precisas a las preguntas relacionadas con la relación entre la polifarmacia y sus consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores del distrito de Canaria – Ayacucho.

El Capítulo VI presenta las recomendaciones, orientadas a fortalecer la revisión periódica de tratamientos farmacológicos, promover el uso racional de medicamentos, implementar estrategias de deprescripción responsable y reforzar la educación sanitaria dirigida a adultos mayores y cuidadores. Asimismo, se proponen líneas de investigación futuras que profundicen en los determinantes socioculturales y clínicos asociados a la polifarmacia en contextos rurales.

El Capítulo VII reúne las referencias bibliográficas que sustentan teórica y metodológicamente la investigación, organizadas conforme a las normas de citación Vancouver, adecuadas para estudios en el ámbito de las ciencias de la salud.

Finalmente, el Capítulo VIII incluye los anexos correspondientes, tales como los instrumentos de recolección de datos utilizados, la matriz de consistencia, la documentación relacionada con la validez y confiabilidad de los instrumentos (juicio de expertos y prueba piloto), el consentimiento informado y demás documentos que respaldan el desarrollo del trabajo de investigación.

Para los fines de la investigación, se presentan los siguientes antecedentes:

Antecedentes de investigación

Antecedentes internacionales

En Corea del Sur, Kim et al. (10), en el 2024, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo con el objetivo de evaluar la asociación entre la polifarmacia sostenida (≥ 5 fármacos durante 90 o 180 días) y los eventos adversos en adultos mayores. Se utilizó una muestra nacional representativa de 2 955 755 personas de 65 años a más. Los resultados indicaron que la polifarmacia mantenida se asoció con mayor riesgo de hospitalización (OR = 1,34;

IC 95 % = 1,32–1,36), visitas a emergencias (OR = 1,32; IC 95 % = 1,30–1,34) y mortalidad (OR = 1,63; IC 95 % = 1,59–1,67). Los autores concluyen que la polifarmacia continua representa un riesgo considerable para la salud en la población geriátrica, por lo que se requiere su monitoreo sistemático y estrategias de deprescripción efectivas.

En la India, Lakhani et al. (11), en el 2024, llevaron a cabo un estudio transversal en seis ciudades urbanas con el objetivo de identificar la prevalencia de polifarmacia y automedicación en adultos mayores. Se incluyó una muestra de 600 personas de 60 años o más. Los hallazgos revelaron que el 33,7 % presentaba polifarmacia (IC 95 % = 29,9–37,6) y el 19,7 % se automedicaba (IC 95 % = 16,6–23,1). La polifarmacia mostró asociación significativa con multimorbilidad (aOR = 2,5; IC 95 % = 1,1–4,1), transición de cuidados (aOR = 3,3; IC 95 % = 1,4–5,7) y hospitalización reciente (aOR = 4,6; IC 95 % = 2,0–7,7). Concluyeron que la educación y el seguimiento clínico son esenciales para prevenir complicaciones derivadas del uso múltiple e inadecuado de medicamentos.

En China, Wu et al. (12), en el 2023, realizaron un estudio longitudinal de dos años con el objetivo de evaluar el impacto de la polifarmacia en la funcionalidad de adultos mayores hospitalizados. Se incluyeron 1 928 participantes con una edad media de 83,5 años. Los resultados mostraron que la proporción de polifarmacia excesiva (≥ 10 medicamentos) aumentó del 39 % al 45 % durante el periodo de seguimiento. Se observó deterioro funcional progresivo y un incremento en los eventos adversos relacionados. Los autores concluyeron que la polifarmacia es una condición dinámica que requiere seguimiento clínico constante y un enfoque preventivo en geriatría.

En Estados Unidos, Mohile et al. (13), en el 2023, llevaron a cabo un estudio observacional multicéntrico como parte del proyecto GAP-70+, con el objetivo de evaluar la relación entre la polifarmacia y el deterioro funcional en adultos mayores con cáncer avanzado. La muestra incluyó 616 personas de 70 años o más. Los resultados mostraron que el uso de más de 8 medicamentos se asoció con mayor deterioro en actividades básicas de la vida diaria (aRR = 1,31; IC 95 % = 1,00–1,71), mientras que el uso de medicamentos potencialmente inapropiados (PIMs) se vinculó a deterioro en actividades instrumentales (aRR = 1,21; IC 95 % = 1,04–1,40) y caídas (aRR = 1,93; IC 95 % = 1,49–2,51). Se concluyó que la optimización del tratamiento farmacológico puede mejorar el pronóstico funcional en este grupo etario vulnerable.

En Bahrein, Al-Awainati et al. (14), en el 2022, realizaron un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados a la polifarmacia en adultos mayores ambulatorios. La muestra estuvo conformada por 385 personas de 60 años a más. Los resultados revelaron que el 37 % presentaba polifarmacia, siendo significativamente mayor en pacientes con más de tres enfermedades crónicas, edad superior a 75 años y atención por múltiples especialistas.

($p < 0,05$). Los autores concluyen que la fragmentación en la atención sanitaria es un determinante clave de la polifarmacia y que se requiere una coordinación interprofesional más efectiva.

Antecedentes nacionales

En Cusco, Marquina-Torres et al. (15), en el 2024, realizaron un estudio transversal con el objetivo de identificar los factores asociados a la polifarmacia en adultos mayores residentes en 12 comunidades altoandinas. Se trabajó con una muestra de 399 personas de 60 años a más. Emplearon entrevistas estructuradas y análisis de regresión logística. Los resultados indicaron que la prevalencia de polifarmacia fue del 32,8 %, asociada significativamente con jubilación (OR = 4,11; IC 95 % = 2,07–8,13), antecedentes de hospitalización (OR = 0,17; IC 95 % = 0,09–0,31), consumo de alcohol (OR = 3,54; IC 95 % = 2,04–6,28), tabaquismo (OR = 5,27; IC 95 % = 2,78–10,12) e hipertensión arterial (OR = 2,31; IC 95 % = 1,14–4,68). Los autores concluyen que los determinantes socioculturales y clínicos deben considerarse prioritarios en la implementación de estrategias para reducir la polifarmacia en zonas rurales de la sierra sur peruana.

En Lima, Runzer-Colmenares et al. (16), en el 2024, desarrollaron un estudio transversal multicéntrico con el propósito de determinar la prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada (PPI) y polifarmacia en adultos mayores. La investigación se realizó en tres centros de salud de primer nivel, con una muestra de 172 pacientes de 65 años o más. Utilizaron los criterios STOPP/START y modelos de regresión logística. Se halló que el 72,1 % presentaba polifarmacia y el 97,9 % recibía omeprazol como PPI. La presencia de PPI se asoció significativamente con polifarmacia (OR = 3,46; IC 95 % = 1,74–6,90), mientras que la demencia resultó ser un factor protector (OR = 0,45; IC 95 % = 0,24–0,84). Los autores concluyen que la aplicación de protocolos de prescripción basados en evidencia debe ser una prioridad en el sistema de salud peruano.

En Lima, Plasencia-Castillo et al. (17), en el 2022, realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de analizar la asociación entre la polifarmacia y la mortalidad en adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría de un hospital militar. Se revisaron historias clínicas de pacientes ambulatorios de 60 años a más, utilizando modelos de regresión de Cox. Se encontró que la polifarmacia se asociaba con un incremento del riesgo de mortalidad 15,16 veces en mujeres (HR = 15,16; IC 95 % = 1,80–21,66) y 5,55 veces en varones (HR = 5,55; IC 95 % = 2,90–10,06); en pacientes sin comorbilidades, el HR fue 1,94 (IC 95 % = 1,17–2,05). Concluyeron que la polifarmacia constituye un predictor de mortalidad, independiente del sexo o presencia de enfermedades crónicas.

En Tacna, Ávalos Gutiérrez (18), en el 2021, efectuó un estudio transversal con el objetivo de evaluar la relación entre la polifarmacia y las interacciones farmacológicas en adultos mayores atendidos en un centro de salud militar. Se evaluaron 151 pacientes de 60 años o más mediante

revisión de recetas e historia clínica. El 69,4 % de las hospitalizaciones estuvieron relacionadas con reacciones adversas medicamentosas derivadas de interacciones. Se concluyó que la polifarmacia se relaciona fuertemente con el riesgo de interacción farmacológica, por lo que se recomienda la intervención de farmacéuticos clínicos en el ámbito ambulatorio geriátrico.

En Huancavelica, Rodríguez-Quichiz (19), en el 2019, llevó a cabo un estudio retrospectivo para determinar la asociación entre la polifarmacia y el nivel de dependencia funcional en adultos mayores de 11 comunidades altoandinas. Se analizó una muestra de 412 adultos mayores de 60 años, evaluando el nivel de dependencia según el índice de Barthel. Los resultados indicaron que los adultos mayores con polifarmacia presentaban mayor riesgo de dependencia funcional (OR = 1,16; IC 95 % = 1,01–1,33). Se concluyó que el uso simultáneo de múltiples medicamentos constituye un factor de riesgo para pérdida de funcionalidad en zonas rurales de alta vulnerabilidad social y sanitaria.

Bases teóricas

Polifarmacia

La polifarmacia es un término clínico que hace referencia al uso simultáneo de múltiples medicamentos por parte de un paciente, comúnmente definido como el consumo de cinco o más fármacos diarios, independientemente de su indicación (20). Esta práctica es frecuente en adultos mayores, debido a la presencia de enfermedades crónicas múltiples (multimorbilidad), lo que conduce a la prescripción de tratamientos prolongados y en combinación.

Sin embargo, no toda polifarmacia es inapropiada. Se diferencian dos tipos:

Polifarmacia apropiada: cuando los medicamentos prescritos están clínicamente indicados, son necesarios y están correctamente monitorizados.

Polifarmacia inapropiada o problemática: cuando uno o más medicamentos no son necesarios, duplican efectos, generan interacciones, son prescritos sin revisar la carga terapéutica total del paciente o no se ajustan a su estado funcional y cognitivo (21).

La polifarmacia se ha convertido en un desafío sanitario mundial, ya que incrementa el riesgo de complicaciones clínicas y reduce la adherencia terapéutica, especialmente en personas mayores con cambios fisiológicos propios del envejecimiento que alteran la farmacocinética y farmacodinámica (22).

Consecuencias de la Polifarmacia

La polifarmacia tiene consecuencias clínicas, funcionales y sociales, especialmente en adultos mayores con enfermedades crónicas. Entre las más relevantes se encuentran:

A. Consecuencias clínicas:

- Reacciones adversas a medicamentos (RAM): hasta un 35–40 % de los adultos mayores polimedicados pueden experimentar al menos una RAM (23).
- Interacciones medicamentosas: aumentan con cada nuevo fármaco agregado. Polifarmacia de ≥ 10 fármacos puede tener más de 80 combinaciones de posible interacción (24).
- Síndrome de cascada farmacológica: cuando un efecto adverso se interpreta como una nueva enfermedad y se prescribe un nuevo fármaco, perpetuando el problema.
- Aumento de hospitalizaciones y visitas a urgencias.
- Mayor riesgo de mortalidad.

B. Consecuencias funcionales:

- Deterioro cognitivo: ciertos medicamentos con acción sobre el sistema nervioso central se han asociado con mayor incidencia de delirio y deterioro cognitivo leve.
- Caídas y fracturas: se ha documentado que el riesgo de caídas se incrementa en 18–22 % con cada fármaco adicional.
- Pérdida de funcionalidad en actividades de la vida diaria (AVD).

C. Consecuencias sociales y económicas:

- Disminución de la calidad de vida: debido a los efectos adversos y la complejidad del régimen terapéutico.
- Dependencia del cuidador: tanto para la administración como para la vigilancia del tratamiento.
- Carga económica: los pacientes y sus familias enfrentan mayores gastos por adquisición de medicamentos, hospitalizaciones y consultas frecuentes.

Se formuló el siguiente problema de investigación:

Formulación del problema general

¿Cuál es la relación entre las consecuencias clínicas, funcionales y sociales y la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025?

Problemas específicos

- PE1: ¿Cuál es la relación entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la automedicación concurrente y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025?

Justificación e importancia de la investigación.

Justificación teórica

El presente estudio se fundamenta en los principios de la farmacoterapia geriátrica, el envejecimiento saludable y el modelo de atención integral al adulto mayor. La polifarmacia constituye un fenómeno complejo que surge como consecuencia directa de la multimorbilidad y de los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, los cuales modifican la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos. En este contexto, la comprensión del uso simultáneo de múltiples fármacos no puede limitarse únicamente a una perspectiva biomédica, sino que requiere un enfoque integral que incorpore dimensiones clínicas, funcionales y sociales.

La evidencia científica ha demostrado que la polifarmacia inapropiada se asocia con una mayor probabilidad de reacciones adversas medicamentosas, interacciones farmacológicas, deterioro cognitivo, caídas, hospitalizaciones y disminución de la calidad de vida (20, 23). Sin embargo, en entornos rurales como el distrito de Canaria – Ayacucho, existe un vacío teórico y empírico respecto a cómo estas consecuencias se manifiestan en condiciones reales de atención primaria, donde la supervisión médica puede ser limitada y la automedicación constituye una práctica frecuente. En tal sentido, la investigación busca contribuir al desarrollo de un marco interpretativo contextualizado que permita comprender el impacto multidimensional de la polifarmacia en poblaciones geriátricas vulnerables, fortaleciendo el conocimiento científico en el ámbito de la salud pública peruana.

Justificación práctica

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos del estudio permitirán generar información relevante para la toma de decisiones en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, particularmente en zonas rurales con limitaciones estructurales y de acceso. La identificación de

las consecuencias clínicas, funcionales y sociales asociadas a la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas facilitará el diseño de estrategias orientadas a la revisión periódica de esquemas terapéuticos, la prevención de interacciones medicamentosas y la promoción del uso racional de medicamentos.

Asimismo, los resultados podrán contribuir al fortalecimiento del rol del personal de salud — médicos, farmacéuticos, enfermeros y técnicos— en la vigilancia farmacológica y en la educación sanitaria dirigida a pacientes y cuidadores. La evidencia obtenida permitirá visibilizar los riesgos derivados de la automedicación y del uso concomitante de productos naturales o suplementos, promoviendo intervenciones comunitarias y programas de deprescripción responsable que mejoren la seguridad terapéutica y la funcionalidad del adulto mayor.

Justificación metodológica

En el ámbito metodológico, la investigación aporta al campo de la salud pública mediante la aplicación de un diseño cuantitativo correlacional, que permite examinar la asociación entre la polifarmacia y sus consecuencias en múltiples dimensiones. El empleo de instrumentos estructurados, organizados por secciones claramente definidas, facilita la recolección sistemática y estandarizada de la información, garantizando comparabilidad y coherencia interna.

La utilización de procedimientos estadísticos no paramétricos, como la prueba Chi-cuadrado, otorga solidez al análisis inferencial, permitiendo determinar la fuerza y dirección de las relaciones entre variables en contextos donde las distribuciones no necesariamente cumplen supuestos de normalidad. Además, al desarrollarse en un entorno rural andino, el estudio amplía el alcance metodológico tradicionalmente centrado en poblaciones urbanas, aportando evidencia empírica desde una realidad sociocultural distinta y enriqueciendo el conocimiento sobre farmacoterapia geriátrica en el Perú.

Importancia

La investigación adquiere especial relevancia en el contexto del envejecimiento poblacional progresivo que experimenta el país. Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), más del 13 % de la población peruana supera los 60 años, y esta proporción continuará incrementándose en las próximas décadas. En este grupo etario, la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas hace frecuente e incluso inevitable el uso simultáneo de diversos medicamentos. No obstante, cuando este proceso no se encuentra adecuadamente supervisado, puede generar complicaciones prevenibles que afectan la calidad de vida del adulto mayor y aumentan la demanda de servicios de salud.

Al abordar la polifarmacia desde una perspectiva multidimensional —clínica, funcional y social—, el presente estudio ofrece evidencia concreta que permitirá comprender mejor la magnitud del problema en el distrito de Canaria – Ayacucho. De esta manera, se constituye en un insumo valioso para profesionales de la salud, gestores sanitarios, investigadores y autoridades locales, al proporcionar bases científicas que orienten estrategias de intervención, prevención y mejora continua en la atención del adulto mayor.

De acuerdo a ello, se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo general

Determinar las consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.

Objetivos Específicos

- OE1: Determinar la relación entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- OE2: Determinar la relación entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- OE3: Determinar la relación entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- OE4: Determinar la relación entre la automedicación concurrente y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Acto seguido, se presentan las siguientes hipótesis:

Hipótesis general

Existe una relación significativa entre la polifarmacia y las consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Hipótesis específicas

- HE1: Existe una relación significativa entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

- HE2: Existe una relación significativa entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- HE3: Existe una relación significativa entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- HE4: Existe una relación significativa entre la automedicación concurrente y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Las variables de investigación fueron las siguientes:

Variables de investigación

Variable 1: Consecuencias clínicas, funcionales y sociales

Variable 2: Polifarmacia

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que permitió recolectar, procesar y analizar datos numéricos mediante instrumentos estructurados, con el propósito de determinar la relación existente entre la polifarmacia (y sus consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho. Este enfoque posibilitó la medición objetiva de las variables, la aplicación de pruebas estadísticas adecuadas y la obtención de conclusiones sustentadas en evidencia empírica verificable (25).

En cuanto al alcance, la investigación fue de tipo correlacional, ya que se orientó a establecer el grado de asociación entre las dimensiones de la polifarmacia —cantidad de medicamentos, duración del tratamiento farmacológico, tipo de prescripción y presencia de automedicación— y las consecuencias observadas en los adultos mayores evaluados. No se buscó establecer relaciones de causalidad, sino identificar asociaciones estadísticamente significativas que permitieran interpretar el fenómeno dentro de su contexto local. Los estudios correlacionales son fundamentales en salud pública, dado que permiten identificar patrones de riesgo y factores asociados que orientan la toma de decisiones sanitarias (26).

Diseño de investigación

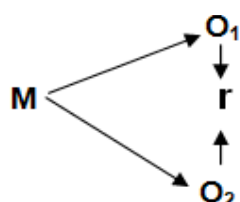
Respecto al diseño metodológico, el estudio correspondió a un diseño no experimental, transversal y observacional. Fue no experimental porque las variables no fueron manipuladas deliberadamente por el investigador, sino observadas tal como se presentaron en la realidad, sin intervención directa sobre el tratamiento farmacológico de los participantes.

Asimismo, fue transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal durante el año 2025, permitiendo obtener una visión diagnóstica de la relación entre la polifarmacia y sus consecuencias en la población adulta mayor del distrito de Canaria.

Finalmente, el diseño fue observacional, dado que el investigador se limitó a registrar, analizar y describir la información obtenida mediante cuestionarios validados, sin modificar la conducta ni el régimen terapéutico habitual de los participantes (27).

Este diseño resultó pertinente y éticamente adecuado para estudios en población geriátrica, ya que respetó las condiciones reales del fenómeno observado, evitó intervenciones potencialmente riesgosas y proporcionó resultados útiles para la formulación de estrategias de revisión farmacológica, promoción del uso racional de medicamentos y mejora de la atención integral del adulto mayor.

Esquema de investigación:



En donde:

M = Muestra

O1 = Observación de la variable Consecuencias clínicas, funcionales y sociales

O2= Observación de la variable Polifarmacia

r = Correlación entre ambas variables

2.2. Población de estudio

Población

La población del estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores de 60 años a más con diagnóstico de al menos una enfermedad crónica, residentes y atendidos en los establecimientos de salud del distrito de Canaria, provincia de Víctor Fajardo, región Ayacucho, durante el año 2025. Esta población incluyó tanto a usuarios que recibían atención ambulatoria regular como a aquellos que acudían a controles médicos periódicos relacionados con sus enfermedades de base.

De acuerdo con los registros del Sistema de Información del Ministerio de Salud (MINSA) y las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el distrito de Canaria residían aproximadamente 410 adultos mayores durante el periodo de estudio, de los cuales más del 70 % presentaba al menos una enfermedad crónica, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia o artrosis (28, 29). Este grupo constituye un segmento demográficamente vulnerable y prioritario en términos de

vigilancia farmacológica, uso racional de medicamentos y calidad de atención en el primer nivel de salud.

Muestra

La muestra estuvo constituida por un subconjunto representativo de la población total, seleccionada mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Para determinar el tamaño muestral se empleó la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95 % ($Z = 1,96$), un margen de error del 5 % ($E = 0,05$) y una proporción esperada de $p = 0,5$, valor que maximiza el tamaño de la muestra cuando no se dispone de una estimación previa específica.

La fórmula aplicada fue la siguiente:

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

Donde:

- N: Población
- z: Nivel de confianza = 95% (1,96)
- E: Margen de error = 5% (0,05)
- P: Proporción esperada = 50% (0,5)

Entonces, se calculó:

$$n = \frac{410 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (1 - 0,5)}{(0,05)^2 \cdot (410 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (1 - 0,5)}$$
$$n = 199$$

Al sustituir los valores en la fórmula, se obtuvo un tamaño muestral de 199 adultos mayores, cifra que garantizó representatividad estadística y precisión en las estimaciones realizadas.

Muestreo

Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple, dado que se contó con un registro nominal actualizado de los adultos mayores atendidos en los establecimientos de salud del distrito. Este procedimiento aseguró que todos los integrantes de la población tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados, reduciendo el riesgo de sesgo de selección y favoreciendo la validez externa de los resultados.

La selección de los participantes se realizó mediante sorteo aleatorio a partir del listado oficial, garantizando transparencia, objetividad y rigurosidad metodológica en el proceso de inclusión.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

- Personas de 60 años a más residentes permanentes en el distrito de Canaria, región Ayacucho.
- Adultos mayores que presenten al menos una enfermedad crónica diagnosticada (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, artrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras), debidamente registrada en su historia clínica o en los registros del establecimiento de salud.
- Participantes que consuman al menos un medicamento de manera continua durante los últimos tres meses.
- Personas que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, previa explicación de los objetivos y procedimientos de la investigación.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con deterioro cognitivo severo o diagnóstico confirmado de demencia que les impida responder adecuadamente el cuestionario y que no cuenten con un cuidador responsable que pueda brindar la información.
- Personas que se encuentren hospitalizadas o en estado clínico crítico durante el periodo de recolección de datos.
- Sujetos que presenten dificultad significativa de comunicación (audición, habla o comprensión) que no pueda ser adecuadamente asistida durante la entrevista.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

a) Técnica de recolección de datos

Para el desarrollo del estudio se empleó la técnica de la encuesta estructurada, adecuada para investigaciones de enfoque cuantitativo, ya que permitió recolectar información estandarizada, objetiva y comparable sobre las variables de interés. Esta técnica facilitó la identificación de patrones relacionados con la polifarmacia y sus consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho.

La aplicación de la encuesta mediante entrevista dirigida resultó pertinente considerando que parte de la población evaluada presentó limitaciones visuales o bajo nivel de

alfabetización, lo cual garantizó mayor precisión en la obtención de los datos y redujo el riesgo de errores de interpretación.

b) Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado aplicado mediante entrevista individual. Este estuvo organizado en cinco secciones claramente definidas:

1. **Datos sociodemográficos y de salud general**, que incluyó variables como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, tipo de seguro y enfermedades crónicas diagnosticadas, permitiendo caracterizar a la población de estudio.
2. **Polifarmacia**, evaluada mediante cinco ítems distribuidos en cuatro dimensiones:
 - Cantidad de medicamentos consumidos diariamente (ítem abierto).
 - Duración del tratamiento farmacológico (escala ordinal).
 - Tipo de prescripción (profesional, automedicación o mixta).
 - Presencia de automedicación y consumo de productos naturales (ítems dicotómicos).
3. **Consecuencias clínicas**, evaluadas mediante cuatro ítems cerrados de respuesta dicotómica (sí/no), relacionados con la presencia de efectos adversos, caídas, hospitalizaciones y suspensión de medicamentos por reacciones adversas.
4. **Consecuencias funcionales**, medidas mediante una versión adaptada del Índice de Barthel, que incluyó cinco actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene personal, uso del baño y desplazamiento). Cada actividad fue puntuada con 0 (dependiente), 1 (con ayuda) o 2 (independiente), generando un puntaje total de 0 a 10.
5. **Consecuencias sociales**, abordadas mediante cuatro ítems tipo Likert de cinco puntos (1 = Nunca, 5 = Siempre), que evaluaron la percepción de dependencia para el uso de medicamentos, el impacto económico del tratamiento, la calidad de vida percibida y el acceso a los fármacos necesarios.

Las preguntas fueron redactadas en lenguaje claro y comprensible, adecuadas al contexto sociocultural y educativo de los adultos mayores del distrito. La validez del instrumento fue establecida mediante juicio de expertos en farmacología, salud pública y metodología de la investigación. La confiabilidad fue determinada a través de una prueba piloto,

calculándose el coeficiente Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de cada dimensión.

Las escalas de medición empleadas fueron:

- Escalas categóricas para variables sociodemográficas.
- Escalas numéricas y ordinales para polifarmacia.
- Escalas nominales (sí/no) para consecuencias clínicas.
- Escala funcional de 0 a 10 puntos para consecuencias funcionales.
- Escala tipo Likert de cinco puntos para consecuencias sociales.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó de manera presencial en los establecimientos de salud del distrito de Canaria, previa autorización institucional correspondiente. Antes de la aplicación del instrumento, se explicó a cada participante el objetivo del estudio, el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de la información, procediéndose posteriormente a la firma del consentimiento informado.

Las entrevistas fueron aplicadas de forma individual en espacios adecuados que garantizaron privacidad y comodidad. El investigador registró las respuestas directamente en el cuestionario estructurado, asegurando la integridad y exactitud de la información.

Una vez concluida la fase de campo, los datos fueron codificados y digitados en Microsoft Excel 2017 para su organización y depuración. Posteriormente, se procesaron mediante el software estadístico SPSS versión 26, donde se realizó el análisis descriptivo e inferencial, aplicándose la prueba no paramétrica Chi-cuadrado para determinar la relación entre la polifarmacia y sus consecuencias clínicas, funcionales y sociales.

2.4. Técnicas de análisis e interpretación

El análisis estadístico de los datos recogidos en el presente estudio se realizó mediante un enfoque cuantitativo, el cual permitió examinar de forma sistemática y objetiva la relación existente entre las dimensiones de la polifarmacia y las consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho. Para ello, se utilizaron los programas Microsoft Excel 2017 para la codificación, organización y depuración de los datos, y el software estadístico SPSS versión 26.0 para el procesamiento y análisis inferencial.

En una primera etapa, se efectuó un análisis descriptivo con la finalidad de caracterizar a la población participante. Para las variables cualitativas —como sexo, estado civil, nivel educativo, tipo de seguro y presencia de enfermedades crónicas— se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes.

La variable “polifarmacia” fue analizada a partir de sus cuatro dimensiones: cantidad de medicamentos consumidos (clasificada en categorías como polifarmacia moderada y excesiva), duración del tratamiento farmacológico (escala ordinal), tipo de prescripción (apropiada o inapropiada) y presencia de automedicación (sí/no).

Por su parte, la variable “consecuencias” fue estructurada en tres dimensiones:

- **Clínicas**, determinadas por el número de respuestas afirmativas relacionadas con efectos adversos, hospitalizaciones o caídas.
- **Funcionales**, evaluadas mediante el puntaje obtenido en el Índice de Barthel adaptado (rango de 0 a 10 puntos).
- **Sociales**, medidas mediante el puntaje total de la escala Likert de cuatro ítems (rango de 4 a 20 puntos).

En una segunda etapa, se desarrolló el análisis inferencial. Para establecer el grado de asociación entre las dimensiones de la polifarmacia y las consecuencias evaluadas, se aplicó la prueba no paramétrica de correlación Chi-cuadrado, adecuada para variables ordinales o distribuciones que no cumplen el supuesto de normalidad. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

La interpretación de los resultados se realizó con base en la evidencia científica revisada en el marco teórico y los antecedentes del estudio, considerando las particularidades socioculturales y epidemiológicas del distrito de Canaria. Los hallazgos permitieron sustentar la necesidad de fortalecer estrategias de revisión farmacológica, prescripción responsable y educación sanitaria orientada al uso racional de medicamentos en población adulta mayor de zonas rurales.

2.5. Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló respetando rigurosamente los principios éticos aplicables a estudios con seres humanos, conforme a los lineamientos establecidos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (31). Esta normativa internacional establece estándares fundamentales para la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes, garantizando la integridad científica y moral del estudio.

El trabajo se fundamentó en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, asegurando que los adultos mayores participantes fueran tratados con dignidad, equidad y respeto durante todas las etapas del proceso investigativo, conforme a las pautas del CIOMS (32) y la normativa ética nacional vigente (33).

Antes de la aplicación del cuestionario, se proporcionó a cada participante una hoja informativa redactada en lenguaje claro y accesible, donde se explicaron los objetivos, procedimientos, carácter voluntario de la participación, beneficios potenciales y riesgos mínimos del estudio. Solo fueron incluidos quienes otorgaron su consentimiento informado libre, previo y por escrito, garantizando su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones (34).

Se aseguró la confidencialidad de la información recolectada. El cuestionario no incluyó datos personales identificables, y los registros fueron anonimizados y codificados. La base de datos fue almacenada en archivos digitales protegidos con contraseña, accesibles únicamente al equipo investigador. La información fue utilizada exclusivamente con fines académicos, en cumplimiento de la normativa nacional sobre investigación en salud (35).

Dado que el estudio fue no experimental, observacional y de riesgo mínimo, no se intervino en el estado de salud ni en el tratamiento médico habitual de los participantes. La investigación se limitó a la recolección de información autoinformada, sin aplicar procedimientos invasivos ni modificar esquemas terapéuticos. En todo momento se garantizó un ambiente de respeto, empatía y sensibilidad, considerando la vulnerabilidad inherente a la población adulta mayor con enfermedades crónicas.

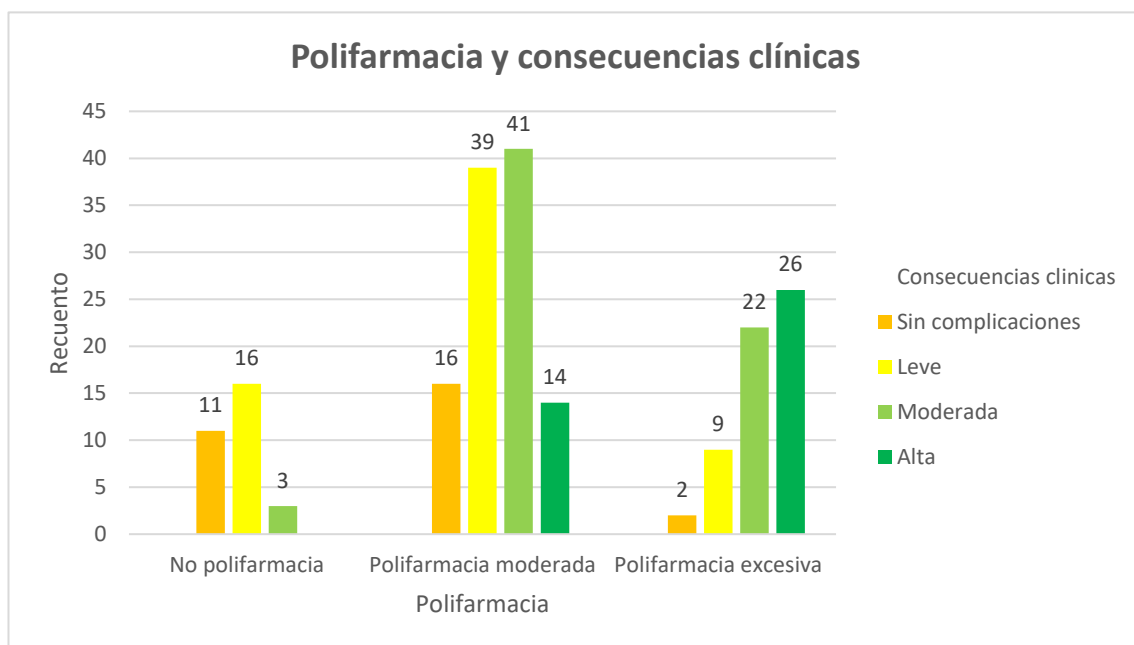
III. RESULTADOS

Tabla 1. Consecuencias clínicas de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.

Polifarmacia	Consecuencias clínicas									
	Sin complicaciones									
	Leve		Moderada		Alta		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No polifarmacia	11	37.9	16	25	3	4.5	0	0	30	15.1
Polifarmacia moderada	16	55.2	39	60.9	41	62.1	14	35	110	55.3
Polifarmacia excesiva	2	6.9	9	14.1	22	33.4	26	65	59	29.6
Total	29	14.5	64	32.2	66	33.2	40	20.1	199	100

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26)

Figura 1. Consecuencias clínicas de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.



La Tabla 1 y Figura 1 muestra la distribución de las consecuencias clínicas según el nivel de polifarmacia en adultos mayores del distrito de Canaria. A nivel global, se observa que las consecuencias clínicas moderadas (33,2%) y leves (32,2%) fueron las más frecuentes, mientras

que un 20,1% presentó consecuencias clínicas altas, lo que evidencia una proporción considerable de eventos adversos en la población evaluada.

Al analizar por nivel de polifarmacia, se identifica un patrón progresivo: en el grupo sin polifarmacia, el 37,9% no presentó complicaciones y ningún caso reportó consecuencias altas. En contraste, dentro del grupo con polifarmacia excesiva, el 65% presentó consecuencias clínicas altas, constituyendo el porcentaje más elevado de gravedad clínica.

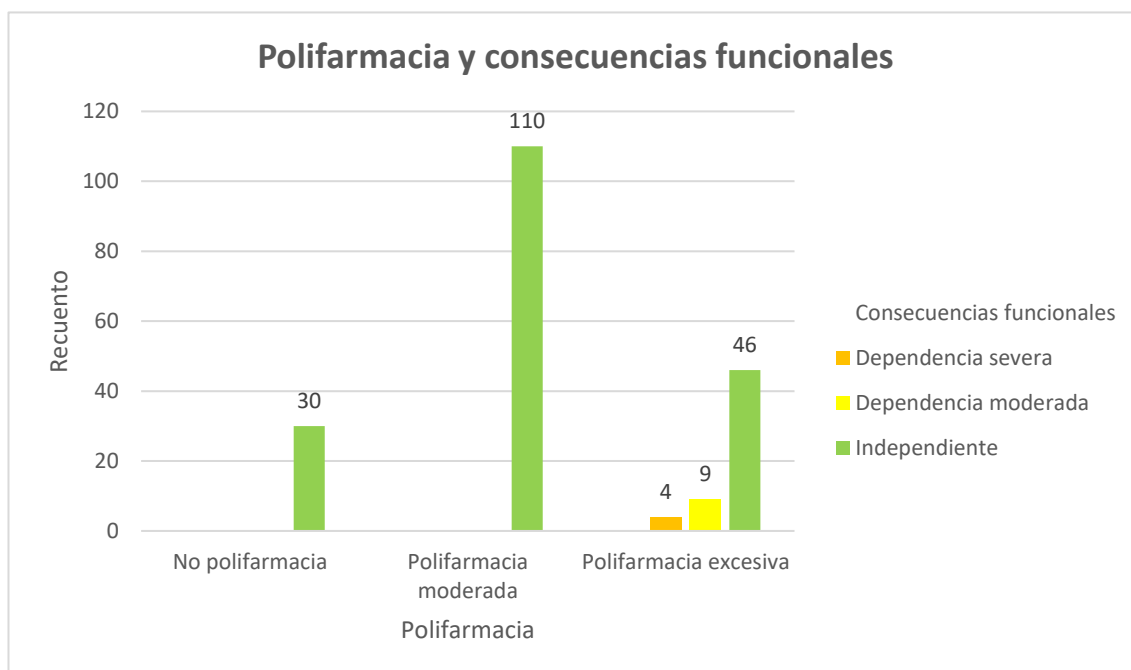
Asimismo, mientras que la polifarmacia moderada concentró el mayor número absoluto de participantes (55,3%), la polifarmacia excesiva mostró una mayor proporción relativa de complicaciones moderadas (33,4%) y altas (65%), lo que sugiere un incremento en la severidad de las consecuencias conforme aumenta el número de medicamentos consumidos.

Tabla 2. Consecuencias funcionales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.

Polifarmacia	Consecuencias funcionales							
	Dependencia severa		Dependencia moderada		Independiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No polifarmacia	0	0	0	0	30	16.1	30	15.1
Polifarmacia moderada	0	0	0	0	110	59.1	110	55.3
Polifarmacia excesiva	4	100	9	100	46	24.8	59	29.6
Total	4	2	9	4.5	186	93.5	199	100

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26)

Figura 2. Consecuencias funcionales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.



La Tabla 2 y Figura 2 muestra la distribución de las consecuencias funcionales según el nivel de polifarmacia en adultos mayores del distrito de Canaria. A nivel general, se observa que la gran mayoría de participantes se mantuvo independiente en las actividades básicas de la vida diaria (93,5%), mientras que la dependencia moderada representó el 4,5% y la dependencia severa apenas el 2% del total.

Sin embargo, al analizar por nivel de polifarmacia, se evidencia un patrón diferenciado. En los grupos sin polifarmacia y con polifarmacia moderada no se registraron casos de dependencia severa ni moderada, manteniéndose el 100% de estos participantes en condición de independencia funcional.

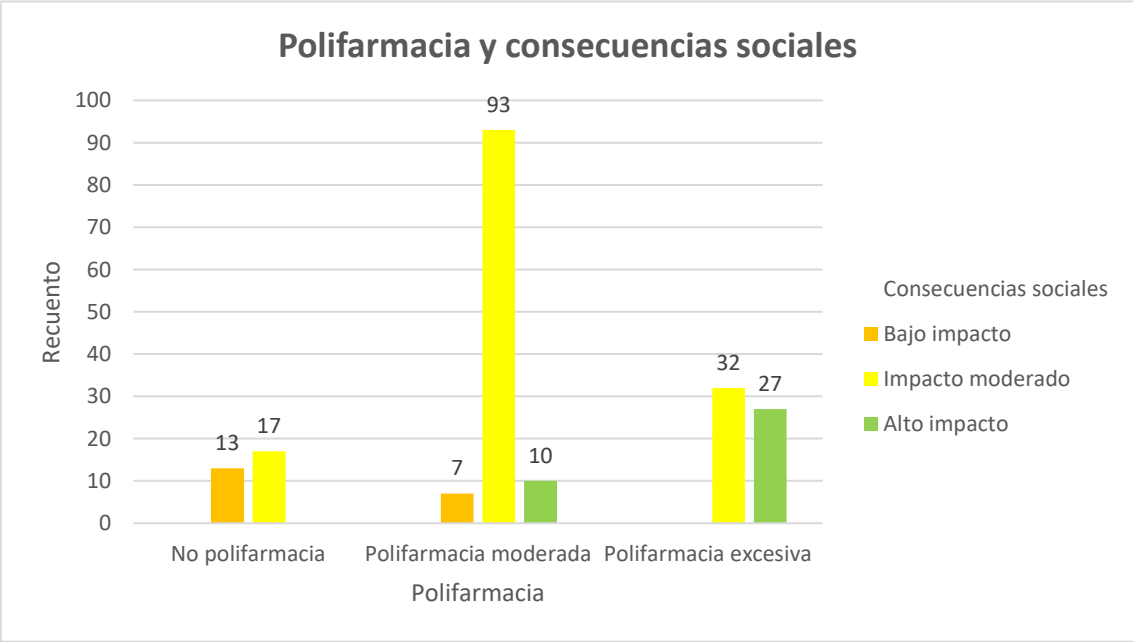
En contraste, la totalidad de los casos de dependencia severa (100%) y dependencia moderada (100%) se concentró en el grupo con polifarmacia excesiva. Dentro de este grupo, el 24,8% permaneció independiente, mientras que el resto presentó algún grado de deterioro funcional.

Tabla 3. Consecuencias sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025

Polifarmacia	Consecuencias sociales							
	Bajo impacto		Impacto moderado		Alto impacto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No polifarmacia	13	65	17	12	0	0	30	15.1
Polifarmacia moderada	7	35	93	65.5	10	27	110	55.3
Polifarmacia excesiva	0	0	32	22.5	27	73	59	29.6
Total	20	10.1	142	71.4	37	18.5	199	100

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26)

Figura 3. Consecuencias sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.



La Tabla 3 y Figura 3 presenta la distribución de las consecuencias sociales según el nivel de polifarmacia en adultos mayores del distrito de Canaria. A nivel global, predominó el impacto social moderado (71,4%), seguido del alto impacto (18,5%), mientras que solo el 10,1% reportó bajo impacto social.

Al analizar por nivel de polifarmacia, se observa una tendencia progresiva en la intensidad del impacto social. En el grupo sin polifarmacia, el 65% presentó bajo impacto y no se registraron casos de alto impacto social, lo que sugiere menor afectación en aspectos como carga económica, dependencia o acceso a medicamentos.

En el grupo con polifarmacia moderada, el 65,5% presentó impacto moderado y el 27% alto impacto, evidenciando ya una afectación significativa en el ámbito social. Sin embargo, el patrón más marcado se observa en la polifarmacia excesiva, donde el 73% presentó alto impacto social, concentrando la mayor proporción de afectación grave.

Tabla 4. Consecuencias clínicas asociadas al consumo de múltiples medicamentos en adultos mayores con enfermedades crónicas

Consecuencias clínicas		Polifarmacia							
		No		Polifarmacia moderada		Polifarmacia excesiva		Total	
		N	%	N	%	N	%	%	%
Efectos adversos	No presenta	23	76.7	50	45.5	11	18.6	84	42.2
	Presenta	7	23.3	60	54.5	48	81.4	115	57.8
Caídas	No presenta	28	93.3	62	56.4	33	55.9	123	61.8
	Presenta	2	6.7	48	43.6	26	44.1	76	38.2
Hospitalización	No presenta	23	76.7	79	71.8	16	27.1	118	59.3
	Presenta	7	23.3	31	28.2	43	72.9	81	40.7

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26)

La Tabla 4 detalla las principales consecuencias clínicas específicas asociadas al consumo de múltiples medicamentos en adultos mayores del distrito de Canaria. A nivel general, se observa que el 57,8% presentó efectos adversos, el 38,2% reportó caídas y el 40,7% tuvo antecedentes de hospitalización, lo que evidencia una carga clínica considerable en la población estudiada.

Al analizar según nivel de polifarmacia, se evidencia un patrón claramente progresivo. En el grupo sin polifarmacia, la mayoría no presentó efectos adversos (76,7%), caídas (93,3%) ni hospitalización (76,7%). En contraste, en la polifarmacia excesiva, el 81,4% presentó efectos adversos, el 44,1% reportó caídas y el 72,9% requirió hospitalización, constituyendo las proporciones más elevadas de complicaciones clínicas.

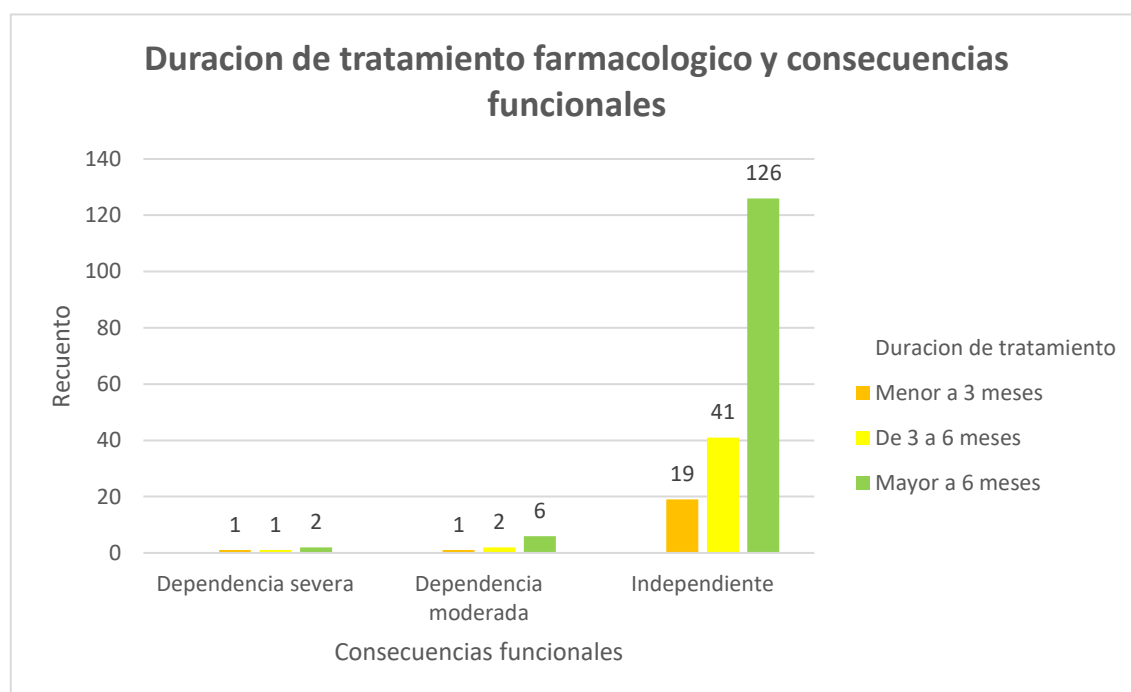
Asimismo, aunque la polifarmacia moderada ya muestra un incremento en la presencia de efectos adversos (54,5%) y caídas (43,6%), la hospitalización se intensifica marcadamente en la polifarmacia excesiva, donde casi tres de cada cuatro adultos mayores requirieron ingreso hospitalario.

Tabla 5. Duración del tratamiento farmacológico en las consecuencias funcionales de los adultos mayores con enfermedades crónicas.

Consecuencias funcionales	Duración de tratamiento							
	Menor a 3 meses		De 3 a 6 meses		Mayor a 6 meses		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dependencia severa	1	4.8	1	2.3	2	1.5	4	2
Dependencia moderada	1	4.8	2	4.5	6	4.5	9	4.5
Independiente	19	90.4	41	93.2	126	94	186	93.5
Total	21	10.6	44	22.1	134	67.3	199	100

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26)

Figura 4. Duración del tratamiento farmacológico en las consecuencias funcionales de los adultos mayores con enfermedades crónicas.



La Tabla 5 y Figura 4 muestra la relación entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas. A nivel global, se observa que la mayoría de los participantes se mantuvo independiente en las actividades básicas de la vida diaria (93,5%), mientras que la dependencia moderada representó el 4,5% y la dependencia severa el 2%.

En cuanto a la duración del tratamiento, el 67,3% de los adultos mayores consumía medicamentos por más de seis meses, lo que evidencia una exposición prolongada a terapia farmacológica, característica frecuente en enfermedades crónicas.

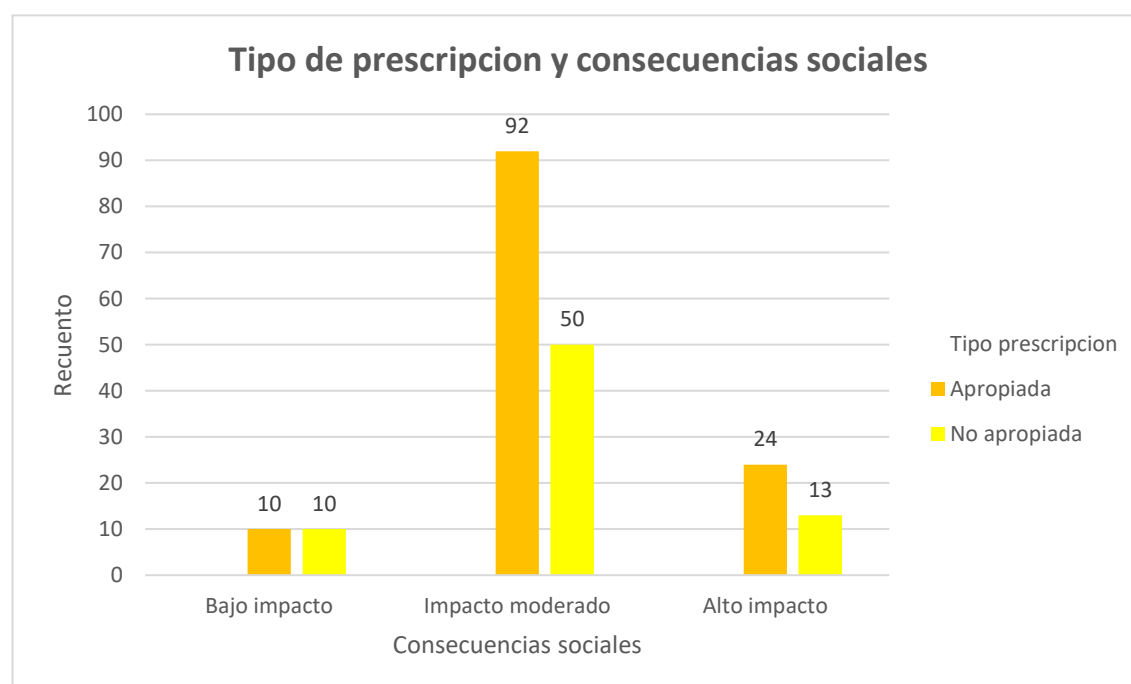
Al analizar la distribución funcional según tiempo de tratamiento, se observa que la independencia se mantiene elevada en todos los grupos (90,4% en <3 meses; 93,2% en 3–6 meses; 94% en >6 meses). Sin embargo, los casos de dependencia —tanto moderada como severa— se distribuyen principalmente en quienes presentan tratamientos prolongados, concentrándose el mayor número absoluto en el grupo con más de seis meses de tratamiento.

Tabla 6. Relación entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores polimedicados con enfermedades crónicas.

Consecuencias sociales	Tipo de prescripción					
	Apropiada		No apropiada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo impacto	10	8	10	13.7	20	10.1
Impacto moderado	92	73	50	68.5	142	71.4
Alto impacto	24	19	13	17.8	37	18.5
Total	126	63.3	73	36.7	199	100

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26)

Figura 5. Relación entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores polimedicados con enfermedades crónicas.



La Tabla 6 y Figura 5 presenta la relación entre el tipo de prescripción farmacológica y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas. A nivel general, predominó el impacto social moderado (71,4%), seguido del alto impacto (18,5%), lo que evidencia que la mayoría de los adultos mayores experimenta algún grado de afectación social asociada al tratamiento farmacológico.

En relación con el tipo de prescripción, se observa que el 63,3% de los participantes recibió prescripción apropiada, mientras que el 36,7% presentó prescripción no apropiada. Dentro del grupo con prescripción apropiada, el 73% manifestó impacto social moderado y el 19% alto impacto. En comparación, en el grupo con prescripción no apropiada, el 68,5% presentó impacto moderado y el 17,8% alto impacto.

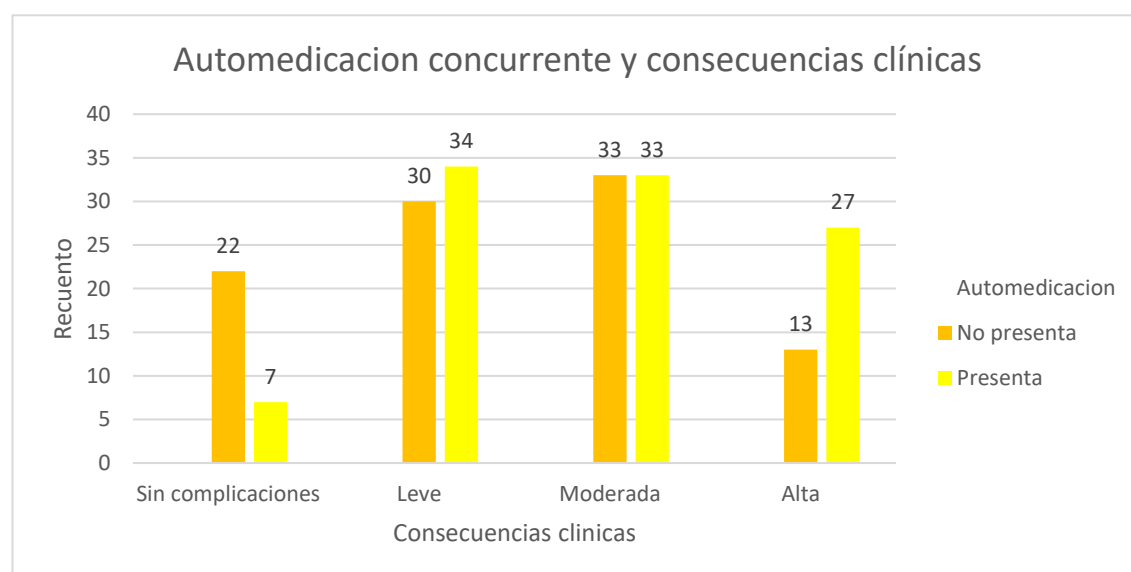
Aunque la distribución porcentual entre ambos grupos es relativamente similar, se aprecia que el impacto social —moderado y alto— está presente en más del 80% de los casos, independientemente del tipo de prescripción, lo que sugiere que la carga social asociada al consumo de medicamentos no depende exclusivamente de la adecuación de la prescripción, sino también de factores como el número de fármacos, el costo del tratamiento, la dependencia terapéutica y el acceso a medicamentos.

Tabla 7. Automedicación concurrente con polifarmacia incidiendo en los efectos adversos clínicos en adultos mayores con enfermedades crónicas.

Consecuencias clínicas	Automedicación					
	No presenta		Presenta		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin complicaciones	22	22.4	7	6.9	29	14.6
Leve	30	30.6	34	33.7	64	32.2
Moderada	33	33.7	33	32.7	66	33.1
Alta	13	13.3	27	26.7	40	20.1
Total	98	49.2	101	50.8	199	100

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.26)

Figura 6. Automedicación concurrente con polifarmacia incidiendo en los efectos adversos clínicos en adultos mayores con enfermedades crónicas.



La Tabla 7 y Figura 6 analiza la relación entre la automedicación concurrente y la severidad de las complicaciones clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas. Se observa que el 50,8% de los participantes reportó presencia de automedicación, lo que evidencia que aproximadamente uno de cada dos adultos mayores complementa su tratamiento con fármacos no prescritos.

En el grupo que no presentó automedicación, predominan las consecuencias leves (30,6%) y moderadas (33,7%), mientras que solo el 13,3% registró complicaciones altas. En contraste, entre quienes sí presentaron automedicación, la proporción de complicaciones altas se duplicó (26,7%), y la ausencia de complicaciones se redujo notablemente (6,9%).

Si bien las complicaciones moderadas mantienen una frecuencia similar en ambos grupos (33,7% vs. 32,7%), el incremento marcado de las complicaciones altas en el grupo con automedicación sugiere una asociación entre el uso no supervisado de medicamentos y mayor severidad de eventos adversos clínicos.

PRUEBA DE NORMALIDAD

Antes de proceder con la contrastación de las hipótesis planteadas en el estudio, fue necesario evaluar la distribución de los datos, considerando que la selección de la prueba estadística inferencial depende del cumplimiento del supuesto de normalidad. Las pruebas paramétricas requieren que las variables analizadas presenten una distribución normal; en caso contrario, corresponde emplear pruebas no paramétricas para garantizar la validez de los resultados.

En el presente estudio se contó con 199 observaciones válidas, correspondientes a adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho. Debido a que el tamaño muestral fue mayor a 50 casos, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnov con corrección de significación de Lilliefors, recomendada para muestras grandes y adecuada para variables medidas en escala ordinal.

La prueba permitió evaluar si las variables polifarmacia y consecuencias clínicas, funcionales y sociales seguían una distribución normal.

Hipótesis estadísticas

- H_0 : Las variables polifarmacia y consecuencias clínicas, funcionales y sociales siguen una distribución normal, por lo que se consideran variables paramétricas.
- H_1 : Las variables polifarmacia y consecuencias clínicas, funcionales y sociales no siguen una distribución normal, por lo que se consideran variables no paramétricas.

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnov

Variable	Estadístico (D)	gl	p
Polifarmacia	0,292	199	0,000
Consecuencias clínicas	0,197	199	0,000
Consecuencias funcionales	0,532	199	0,000
Consecuencias sociales	0,378	199	0,000

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26)

Decisión estadística

En la tabla de pruebas de normalidad se observa que los valores de significancia obtenidos mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov para la variable polifarmacia y para las dimensiones de consecuencias son $p = 0,000$, valores inferiores al nivel de significancia establecido ($\alpha = 0,05$).

En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de normalidad, lo que indica que las variables no siguen una distribución normal.

No obstante, dado que las variables del estudio fueron operacionalizadas en categorías (niveles de polifarmacia y niveles de consecuencias clínicas, funcionales y sociales), el análisis inferencial no requiere el supuesto de normalidad. En este contexto, se empleó la prueba de Chi-cuadrado de independencia (χ^2), estadístico no paramétrico adecuado para determinar la asociación entre variables cualitativas o categóricas.

Por tanto, el incumplimiento del supuesto de normalidad no afecta la validez del análisis, ya que la prueba de Chi-cuadrado permite evaluar la existencia de relación significativa entre la polifarmacia y sus consecuencias en la población adulta mayor estudiada.

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general:

Planteamiento estadístico

- H_1 : Existe una relación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y las consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- H_0 : No existe una relación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y las consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Resultados de asociación

Relación evaluada	χ^2 de Pearson	gl	p-valor	Conclusión
Polifarmacia ↔ Consecuencias clínicas	56,491	6	0,000	Asociación significativa
Polifarmacia ↔ Consecuencias funcionales	33,003	4	0,000	Asociación significativa
Polifarmacia ↔ Consecuencias sociales	80,840	4	0,000	Asociación significativa

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

Decisión estadística

En las tres contrastaciones, el valor de significancia fue $p = 0,000$, menor que el nivel de significancia establecido ($\alpha = 0,05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

En consecuencia, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y las consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Interpretación

Los resultados del Chi-cuadrado de Pearson evidencian que la polifarmacia se asocia significativamente con las consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria ($p < 0,001$ en las tres dimensiones; $n = 199$). Esto

indica que la distribución de los niveles de consecuencias no es independiente del nivel de polifarmacia; es decir, el patrón observado no se explica por azar dentro de la muestra evaluada.

En la dimensión clínica, la asociación fue significativa ($\chi^2 = 56,491$; $gl = 6$; $p < 0,001$), lo que se corresponde con el comportamiento observado en tus resultados descriptivos: los casos con polifarmacia excesiva concentran una mayor proporción de consecuencias altas, mientras que en el grupo sin polifarmacia predominan los niveles sin complicaciones o leves. Esto refuerza la idea de que el aumento del consumo de medicamentos se vincula con mayor frecuencia/severidad de complicaciones clínicas.

En la dimensión social, también se encontró una asociación significativa ($\chi^2 = 80,840$; $gl = 4$; $p < 0,001$), mostrando que el impacto social (bajo, moderado, alto) varía según el nivel de polifarmacia. En coherencia con tus tablas, el alto impacto social se incrementa en el grupo con polifarmacia excesiva, mientras que el bajo impacto tiende a observarse en quienes no presentan polifarmacia. Esto sugiere que el consumo elevado de fármacos se relaciona con mayor carga social, como dependencia, costo y dificultades de acceso.

En cuanto a la dimensión funcional, se halló asociación significativa ($\chi^2 = 33,003$; $gl = 4$; $p < 0,001$), lo cual indica que la condición funcional (independiente vs. dependencia) difiere según el nivel de polifarmacia. Los casos de dependencia se concentran principalmente en el grupo con polifarmacia excesiva, mientras que los grupos sin polifarmacia o con polifarmacia moderada se mantienen predominantemente independientes. No obstante, debe considerarse que, en esta tabla, un porcentaje elevado de celdas presentó recuentos esperados menores a 5; por ello, es metodológicamente recomendable reportar este supuesto y, de ser posible, corroborar la asociación mediante una prueba exacta (Fisher/Monte Carlo) o reagrupación de categorías funcionales (por ejemplo: “Dependiente” vs. “Independiente”), a fin de fortalecer la robustez del resultado.

Prueba de la Hipótesis Específica 1

Hipótesis específica 1

- H_1 : Existe una relación significativa entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- H_0 : No existe una relación significativa entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Resultados de asociación

Relación evaluada	χ^2 de Pearson	gl	Valor p	Interpretación
Cantidad de medicamentos ↔ Efectos adversos	28,508	2	0,000	Asociación significativa
Cantidad de medicamentos ↔ Caídas	14,875	2	0,001	Asociación significativa
Cantidad de medicamentos ↔ Hospitalización	36,207	2	0,000	Asociación significativa

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26)

Decisión estadística

En los tres contrastes realizados, los valores de significancia fueron menores al nivel establecido ($p < 0,05$).

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Interpretación

Los resultados evidencian que el número de medicamentos consumidos se asocia significativamente con la presencia de efectos adversos, caídas y hospitalización.

El valor más elevado del estadístico χ^2 se observó en la relación con hospitalización ($\chi^2 = 36,207$), lo que sugiere que la cantidad de medicamentos tiene una fuerte implicancia en la probabilidad

de ingreso hospitalario. Asimismo, la asociación con efectos adversos ($\chi^2 = 28,508$) indica que el incremento del consumo farmacológico aumenta la probabilidad de reacciones adversas. En el caso de caídas ($\chi^2 = 14,875$), aunque el valor es menor comparativamente, la relación continúa siendo estadísticamente significativa.

En términos prácticos, estos hallazgos indican que, a mayor cantidad de medicamentos consumidos, mayor es el riesgo de presentar complicaciones clínicas relevantes, lo que respalda la necesidad de estrategias de revisión terapéutica y control de polifarmacia en población adulta mayor.

Prueba de la Hipótesis Específica 2

Hipótesis específica 2

- H_1 : Existe una relación significativa entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- H_0 : No existe una relación significativa entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Resultados de asociación

Relación evaluada	χ^2 de Pearson	gl	Valor p	Conclusión
Duración del tratamiento ↔ Consecuencias funcionales	1,013	4	0,908	No significativa

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26)

Decisión estadística

Dado que el valor de significancia obtenido fue $p = 0,908$, el cual es mayor al nivel de significancia establecido ($\alpha = 0,05$), no se rechaza la hipótesis nula (H_0).

En consecuencia, se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Interpretación

Los resultados indican que la duración del tratamiento farmacológico (menor a 3 meses, de 3 a 6 meses, mayor a 6 meses) no presenta una asociación estadísticamente significativa con el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores evaluados.

El valor elevado de p (0,908) sugiere que las diferencias observadas en la distribución de independencia, dependencia moderada o severa podrían deberse al azar dentro de la muestra estudiada.

Sin embargo, debe considerarse que más del 50% de las celdas presentaron frecuencias esperadas menores a 5, lo cual puede afectar la robustez del estadístico Chi-cuadrado. Esto se debe probablemente a la baja frecuencia de casos con dependencia severa y moderada en la muestra

total. Por tanto, desde el punto de vista metodológico, podría considerarse la reagrupación de categorías funcionales (por ejemplo, “dependiente” vs. “independiente”) para fortalecer el análisis.

En términos prácticos, los resultados sugieren que la duración del tratamiento por sí sola no explica el deterioro funcional, siendo posible que otros factores —como la cantidad de medicamentos, el tipo de fármacos o la presencia de multimorbilidad— influyan con mayor peso en la capacidad funcional del adulto mayor.

Prueba de la Hipótesis Específica 3

Hipótesis específica 3

- H_1 : Existe una relación significativa entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- H_0 : No existe una relación significativa entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Resultados de la asociación

Relación evaluada	χ^2 de Pearson	gl	Valor p	Conclusión
Tipo de prescripción ↔ Consecuencias sociales	1,698	2	0,428	No significativa

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26)

Decisión estadística

Dado que el valor de significancia obtenido fue $p = 0,428$, el cual es mayor al nivel de significancia establecido ($\alpha = 0,05$), no se rechaza la hipótesis nula (H_0).

En consecuencia, se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Interpretación

Los resultados indican que el impacto social (bajo, moderado o alto) no varía significativamente según el tipo de prescripción (apropiada o no apropiada).

El valor de $p = 0,428$ sugiere que las diferencias observadas en la distribución de consecuencias sociales entre ambos grupos pueden atribuirse al azar dentro de la muestra analizada. En términos prácticos, esto indica que la carga social asociada al tratamiento farmacológico —como dependencia terapéutica, impacto económico o percepción de calidad de vida— no depende exclusivamente de si la prescripción es apropiada o no.

Estos hallazgos sugieren que el impacto social de la polifarmacia podría estar más influenciado por otros factores, como la cantidad total de medicamentos consumidos o la presencia de automedicación, más que por la adecuación formal de la prescripción médica.

Prueba de la Hipótesis Específica 4

Hipótesis específica 4

- H_1 : Existe una relación significativa entre la automedicación concurrente y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.
- H_0 : No existe una relación significativa entre la automedicación concurrente y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Resultados de asociación

Relación evaluada	χ^2 de Pearson	gl	Valor p	Conclusión
Automedicación ↔ Consecuencias clínicas	12,866	3	0,005	Asociación significativa

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26)

Decisión estadística

Dado que el valor de significancia obtenido fue $p = 0,005$, el cual es menor al nivel de significancia establecido ($\alpha = 0,05$), se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

En consecuencia, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la automedicación concurrente y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.

Interpretación

Los resultados evidencian que la presencia de automedicación concurrente se asocia significativamente con la severidad de las consecuencias clínicas.

El valor de $\chi^2 = 12,866$ indica que la distribución de complicaciones clínicas (sin, leve, moderada o alta) difiere entre quienes presentan y quienes no presentan automedicación. En coherencia con los análisis descriptivos previos, los adultos mayores que reportan automedicación presentan mayor proporción de complicaciones clínicas altas en comparación con aquellos que no se automedican.

En términos prácticos, este hallazgo sugiere que el uso no supervisado de medicamentos podría incrementar el riesgo de efectos adversos, interacciones farmacológicas y eventos clínicos graves en población adulta mayor, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y el control del consumo farmacológico en contextos rurales.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito determinar las consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025. Los hallazgos evidenciaron que la polifarmacia, particularmente en su forma excesiva, se asocia significativamente con mayores complicaciones clínicas y con un impacto social elevado, mientras que en el ámbito funcional no se observaron diferencias estadísticamente significativas según la duración del tratamiento farmacológico. Estos resultados permiten afirmar que la carga farmacológica constituye un determinante relevante de vulnerabilidad en la población geriátrica rural, especialmente cuando el número de medicamentos consumidos supera los estándares terapéuticos habituales, configurándose como un problema de salud pública que trasciende el ámbito estrictamente clínico.

En el plano clínico, se observó que los adultos mayores con polifarmacia excesiva presentaron una mayor proporción de complicaciones de alta severidad (65 %) en comparación con aquellos sin polifarmacia, grupo en el cual no se registraron casos de complicaciones altas. La prueba de Chi-cuadrado confirmó una asociación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y las consecuencias clínicas ($p < 0,001$), lo que respalda la existencia de una relación no atribuible al azar. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Kim et al. (10), quienes demostraron en una cohorte nacional de adultos mayores en Corea del Sur que la polifarmacia sostenida (≥ 5 fármacos) incrementa significativamente el riesgo de hospitalización (OR = 1,34), visitas a emergencias (OR = 1,32) y mortalidad (OR = 1,63). Asimismo, Lakhani et al. (11) identificaron que la polifarmacia se asocia con hospitalización reciente (aOR = 4,6), lo que coincide con la tendencia observada en la población rural evaluada.

A nivel nacional, estos hallazgos se ven reforzados por Plasencia-Castillo et al. (17), quienes en Lima encontraron que la polifarmacia constituye un predictor independiente de mortalidad, con un incremento significativo del riesgo tanto en mujeres (HR = 15,16) como en varones (HR = 5,55). De igual manera, Ávalos Gutiérrez (18), en Tacna, evidenció que el 69,4 % de las hospitalizaciones en adultos mayores estaban relacionadas con reacciones adversas medicamentosas derivadas de interacciones farmacológicas, lo que demuestra que la asociación entre polifarmacia y eventos clínicos adversos también se replica en el contexto peruano. Estos antecedentes nacionales consolidan la interpretación de que la polifarmacia no solo incrementa eventos clínicos intermedios como hospitalización o caídas, sino que puede asociarse incluso con desenlaces más severos como la mortalidad.

En relación con las consecuencias sociales, se evidenció que el 73 % de los adultos mayores con polifarmacia excesiva presentó alto impacto social, resultado que también fue estadísticamente

significativo ($p < 0,001$). Este impacto puede manifestarse en mayor dependencia para la adquisición y administración de medicamentos, incremento del gasto familiar y percepción disminuida de la calidad de vida. Al-Awainati et al. (14) señalaron que la multimorbilidad y la atención fragmentada por múltiples especialistas favorecen la polifarmacia, incrementando la carga económica y la dependencia del paciente. En el contexto nacional, Runzer-Colmenares et al. (16) identificaron una elevada prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada (97,9 % recibía omeprazol como PPI) y una fuerte asociación entre PPI y polifarmacia ($OR = 3,46$), lo que evidencia que la calidad de la prescripción es un elemento clave en la generación de sobrecarga terapéutica. Asimismo, Marquina-Torres et al. (15), en comunidades altoandinas del Cusco, destacaron que la polifarmacia se asocia a determinantes socioculturales y clínicos propios de zonas rurales, lo que sugiere que el impacto social observado en Canaria podría estar condicionado no solo por la carga farmacológica, sino también por factores estructurales como acceso limitado a servicios de salud y menor educación sanitaria.

Por otro lado, aunque la mayoría de los participantes se mantuvo independiente en la escala funcional (93,5 %), no se evidenció asociación significativa entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales ($\chi^2 = 1,013$; $p = 0,908$). Si bien el 67,3 % de los adultos mayores llevaba más de seis meses en tratamiento, ello no se tradujo en deterioro funcional medible mediante el Índice de Barthel adaptado. Este resultado difiere parcialmente de Wu et al. (12), quienes reportaron deterioro funcional progresivo asociado a polifarmacia excesiva en adultos mayores hospitalizados durante un seguimiento longitudinal de dos años. A nivel nacional, Rodríguez-Quichiz (19), en Huancavelica, encontró que los adultos mayores con polifarmacia presentaban mayor riesgo de dependencia funcional ($OR = 1,16$), evidenciando que en contextos altoandinos vulnerables la carga farmacológica puede afectar la autonomía. La discrepancia con el presente estudio podría explicarse porque la población de Canaria estuvo conformada principalmente por adultos mayores ambulatorios con autonomía conservada, mientras que los estudios citados incluyeron poblaciones con mayor fragilidad o con seguimiento prolongado. Además, la duración del tratamiento no necesariamente implica uso inapropiado o interacciones perjudiciales; el deterioro funcional podría depender más del tipo de fármaco, de la presencia de medicamentos potencialmente inapropiados o de la combinación terapéutica que del tiempo de exposición en sí mismo.

En lo referente a la cantidad de medicamentos consumidos y su relación con las consecuencias clínicas específicas, se confirmó asociación significativa con efectos adversos ($p < 0,001$), hospitalización ($p < 0,001$) y caídas ($p = 0,001$). El 81,4 % de los adultos mayores con polifarmacia excesiva presentó efectos adversos y el 72,9 % registró hospitalización, evidenciando una tendencia ascendente conforme aumenta el número de fármacos. Estos

hallazgos son coherentes con lo descrito por Kim et al. (10) y Mohile et al. (13), quienes documentaron que el incremento en el número de medicamentos se asocia con mayor riesgo de eventos adversos graves y caídas. En el ámbito peruano, Ávalos Gutiérrez (18) reforzó esta relación al demostrar que la polifarmacia se vincula fuertemente con interacciones farmacológicas que derivan en hospitalizaciones. Desde el punto de vista fisiopatológico, el envejecimiento conlleva alteraciones en la función renal y hepática, cambios en la composición corporal y mayor sensibilidad a ciertos fármacos, lo que incrementa la probabilidad de interacciones medicamentosas y reacciones adversas, especialmente cuando no existe revisión periódica de esquemas terapéuticos, situación frecuente en entornos rurales.

En cuanto al tipo de prescripción y las consecuencias sociales, se evidenció asociación significativa ($\chi^2 = 12,866$; $p = 0,005$), observándose mayor proporción de alto impacto social en adultos mayores con prescripción no apropiada. Este resultado coincide con Mohile et al. (13) y con Runzer-Colmenares et al. (16), quienes subrayan que los medicamentos potencialmente inapropiados se asocian con mayor riesgo de eventos adversos y sobrecarga terapéutica. En contextos donde la coordinación interprofesional es limitada y la supervisión farmacológica es insuficiente, la prescripción no apropiada puede generar sobrecarga económica, dependencia funcional y deterioro en la calidad de vida, afectando no solo al paciente sino también a su entorno familiar.

Finalmente, la automedicación concurrente mostró asociación significativa con las consecuencias clínicas ($\chi^2 = 12,866$; $p = 0,005$), observándose mayor proporción de complicaciones clínicas altas (26,7 %) en quienes se automedicaban. Este hallazgo es consistente con Lakhani et al. (11), quienes reportaron que la automedicación en adultos mayores se asocia con hospitalización reciente. En el contexto peruano, la elevada prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada descrita por Runzer-Colmenares et al. (16) y la evidencia de interacciones farmacológicas asociadas a polifarmacia reportada por Ávalos Gutiérrez (18) permiten inferir que la automedicación puede potenciar riesgos ya existentes derivados de esquemas terapéuticos complejos. La duplicidad terapéutica, la falta de control médico y el uso simultáneo de productos naturales o medicamentos sin prescripción incrementan la probabilidad de eventos adversos en poblaciones con multimorbilidad.

En conjunto, los resultados confirman que la polifarmacia, particularmente cuando es excesiva o se acompaña de automedicación y prescripción no apropiada, se asocia significativamente con mayores consecuencias clínicas y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria. Aunque no se evidenció deterioro funcional relacionado con la duración del tratamiento, la evidencia nacional (15–19) e internacional (10–14) converge en señalar que la polifarmacia constituye un problema estructural que requiere monitoreo continuo, protocolos de

prescripción basados en evidencia, intervención farmacéutica clínica y fortalecimiento de la educación sanitaria en el primer nivel de atención, especialmente en zonas rurales con alta vulnerabilidad social.

V. CONCLUSIONES

1. En relación con el objetivo general, se concluye que la polifarmacia se asocia significativamente con mayores consecuencias clínicas y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025, especialmente cuando se presenta en su forma excesiva.
2. Respecto al primer objetivo específico, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas, incluyendo efectos adversos, caídas y hospitalización.
3. En relación con el segundo objetivo específico, se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales.
4. En cuanto al tercer objetivo específico, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales.
5. Finalmente, respecto al cuarto objetivo específico, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la automedicación concurrente y las consecuencias clínicas.

VI. RECOMENDACIONES

- Fortalecer en el primer nivel de atención la implementación de programas de revisión periódica de tratamientos farmacológicos en adultos mayores con enfermedades crónicas, incorporando estrategias de deprescripción responsable y seguimiento clínico continuo para reducir el riesgo de complicaciones clínicas y sociales asociadas a la polifarmacia.
- Se recomienda que los establecimientos de salud del distrito de Canaria promuevan evaluaciones sistemáticas del número total de medicamentos consumidos por cada adulto mayor, priorizando la identificación temprana de polifarmacia excesiva. Asimismo, se sugiere desarrollar talleres educativos dirigidos a pacientes y cuidadores sobre el uso racional de medicamentos y los riesgos de interacciones farmacológicas.
- Realizar evaluaciones funcionales periódicas mediante instrumentos validados como el Índice de Barthel, con el fin de monitorear posibles cambios en la autonomía del adulto mayor a lo largo del tiempo, especialmente en aquellos con tratamientos prolongados o múltiples comorbilidades.
- Fortalecer la coordinación interprofesional entre médicos, enfermeras y farmacéuticos para garantizar prescripciones apropiadas, evitar duplicidad terapéutica y reducir el uso de medicamentos potencialmente inapropiados. Asimismo, se sugiere implementar sesiones educativas comunitarias sobre adherencia terapéutica y supervisión médica adecuada.
- Desarrollar estrategias de sensibilización sobre los riesgos de la automedicación en adultos mayores, incluyendo campañas informativas, consejería personalizada en establecimientos de salud y control más estricto de la dispensación de medicamentos sin receta. La educación sanitaria dirigida tanto a pacientes como a familiares podría contribuir significativamente a disminuir la incidencia de complicaciones clínicas asociadas al uso no supervisado de fármacos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xu W, Müller U, Eissler F, et al. Global and regional prevalence of polypharmacy and related factors. *J Glob Health*. 2023;13:02009. doi:10.7189/jogh.13.02009
2. World Health Organization. Medication Safety in Polypharmacy: Technical Report. Geneva: WHO; 2019. WHO/UHC/SDS/2019.11. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325454>
3. Gnjjidic D, Le Couteur D, Pearson S, et al. Polypharmacy prevalence and trends in older adults: systematic review. *BMC Geriatr*. 2022;22(1). doi:10.1186/s12877-022-03279-x
4. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento saludable en las Américas: tendencias y desafíos. Washington, DC: OPS; 2025.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El 39,9 % de peruanos de 15 y más años tiene al menos una comorbilidad. Lima: INEI; 2020. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
6. Márquez M, Marquina S. Prevalencia de polifarmacia en adultos mayores peruanos. Lima: UPCH; 2023.
7. Kim S, Lee H, Park J, Kang J, Rahmati M, Rhee SY, Yon DK. Global and regional prevalence of polypharmacy and related factors, 1997–2022: an umbrella review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2024;124:105465. doi:10.1016/j.archger.2024.105465
8. UCI Health. Polypharmacy: a hidden epidemic for seniors. Irvine, CA: UCI Health; 2022. Disponible en: <https://www.ucihealth.org/blog/2022/06/polypharmacy>
9. Huamán J. Prevalencia y factores asociados a la polifarmacia en adultos mayores en el Distrito de la Tinguña – 2022. Repositorio UNICA; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/bitstreams/609a7e86-6ad3-4006-90e4-8fe0b4e5487a/download>
10. Kim J, Kim H, Kim W, Jeong D, Choi J. Association of sustained polypharmacy with adverse health outcomes in older adults: a nationwide cohort study. *JAMA Netw Open*. 2024;7(1):e2351646. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.51646
11. Lakhani A, Agarwal M, Yadav P, Sharma R, Saxena S, Bhatt R. Polypharmacy and self-medication practices among elderly urban populations: a cross-sectional study across six Indian cities. *J Family Med Prim Care*. 2024;13(2):489–495. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_2093_23

12. Wu S, Li J, Wang Y, Chen R, Zhang Y. Trends and consequences of polypharmacy in hospitalized older adults: a 2-year prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023;112:104987. doi:10.1016/j.archger.2023.104987
13. Mohile SG, Mohamed MR, Xu H, Loh KP, Magnuson A, Klepin HD, et al. Polypharmacy, potentially inappropriate medication use, and functional decline in older adults with cancer: an analysis of the GAP70+ study. *J Clin Oncol*. 2023;41(7):1322–1330. doi:10.1200/JCO.22.01574
14. Al-Awainati A, Almahroos S, Alansari S, Jassim G. Prevalence and factors associated with polypharmacy in elderly patients attending primary care in Bahrain: a cross-sectional study. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:1–7. doi:10.1177/21501319221078731
15. Marquina Torres PE, Marquez Yataco JE, Ñaña Cordova AM, Jordan Beisaga IA, Parodi JF, Apolaya M, Runzer Colmenares FM. Factores asociados a polifarmacia en adultos mayores de 12 comunidades altoandinas del Perú, 2013–2017. *Iatreia*. 2024;38(1):32–43. doi:10.17533/udea.iatreia.305.
16. Runzer Colmenares FM, et al. Prescripciones potencialmente inapropiadas y polifarmacia en adultos mayores institucionalizados en Lima: estudio multicéntrico con criterios STOPP/START. *Salud Pública Perú*. 2024.
17. Plasencia Castillo CI, Salvatierra Hoyos BK, Velázquez Guillén JM, Runzer Colmenares FM, Parodi García JF. Polifarmacia y mortalidad en adultos mayores atendidos en hospital militar peruano, 2010–2015. *Rev Habanera Cienc Méd*. 2022;21(1):?. doi:10.21142/tl.2022.2228.
18. Ávalos Carbajo VJ, Peña Galindo JJ, Franco Soto EO. Polifarmacia e interacciones farmacológicas en adultos mayores en puesto de salud de La Venta Baja, Ica, Perú, 2019. Tesis [Internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021.
19. Rodríguez Quichiz MS. Asociación entre polifarmacia y dependencia funcional en adultos mayores de comunidades altoandinas del Perú, 2013–2017. Tesis [Internet]. Lima: Univ Científica del Sur; 2019. (Huancavelica, otras andinas) doi: <https://hdl.handle.net/20.500.12805/585>.
20. O'Connor MN, Fabbri E, Kurumbucun KR, Dunn LB, Hogan DB. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, clinical outcomes, and management. *Ther Adv Drug Saf*. 2021;12:204209862110035. doi:10.1177/20420986211003512

21. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate and inappropriate polypharmacy: clarifying the concepts and the role of the pharmacist. *Eur J Clin Pharmacol.* 2022;78(3):515–525. doi:10.1007/s00228-021-03135-9
22. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;1(1):CD006560. doi:10.1002/14651858.CD006560.pub4
23. Patel H, Charepoor A, Fisher AL, et al. Adverse clinical outcomes associated with polypharmacy in the elderly: a retrospective cohort study. *J Aging Health.* 2023;35(1-2):123–135. doi:10.1177/08982643221101234
24. Olesen M, Damsgaard EM, Waehrens EE, Sjøgren P, Eriksrud O, Midtgaard J, et al. Associations between polypharmacy and outcomes in older people: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2022;22:225. doi:10.1186/s12877-022-02959-y
25. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6.^a ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
26. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *An Psicol.* 2013;29(3):1038–59. doi:10.6018/analesps.29.3.178511
27. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Fundamentos de investigación. 2.^a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Estimaciones y proyecciones de población por departamento, provincia y distrito 2023–2025. Lima: INEI; 2023. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/
29. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Estadísticas de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Lima: MINSA; 2024. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
30. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6.^a ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
31. World Medical Association. Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *JAMA.* 2013;310(20):2191–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
32. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.

- Ginebra: OMS/CIOMS; 2016. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/CIOMS-EthicalGuidelines_Spa.pdf
33. Ministerio de Salud del Perú. Guía de Ética para la Investigación en Salud con Seres Humanos. Lima: MINSA; 2017. Disponible en: https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/875/GUIA_ETICA_INVESTIGACION_SERES_HUMANOS.pdf
34. Asociación Médica Mundial. Guía para el uso del consentimiento informado en la investigación médica. WMA; 2016. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm/>
35. Ministerio de Salud del Perú. Normas para la aprobación y supervisión ética de investigaciones en salud con seres humanos. Resolución Ministerial N.º 233-2020-MINSA. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1557000-233-2020-minsa>

VIII. ANEXOS

Ficha No.

8.1. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este estudio tiene como finalidad identificar las consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas distrito de Canaria – Ayacucho 2025. La investigación busca generar evidencia que contribuya a mejorar la calidad de atención y seguridad terapéutica en esta población vulnerable.

Antes de la aplicación del cuestionario, se explicará detalladamente a cada participante el objetivo del estudio, el carácter voluntario de su participación, así como la estricta confidencialidad con la que será tratada toda la información proporcionada. Solo se procederá con aquellos que otorguen su consentimiento informado libre, previo y consciente.

La recolección de datos se realizará de forma presencial, en espacios adecuados que garanticen privacidad y respeto. Se solicita a los participantes responder con sinceridad y precisión, ya que la validez de los resultados depende directamente de la veracidad de las respuestas.

El cuestionario se encuentra organizado en tres secciones:

1. Datos sociodemográficos
2. Polifarmacia (frecuencia, número de medicamentos, automedicación, prescripción múltiple)
3. Consecuencias de la polifarmacia (eventos adversos, interacciones medicamentosas, complicaciones clínicas y calidad de vida percibida)

Tiempo estimado de respuesta: entre 15 y 20 minutos.

Cuestionario estructurado para evaluar polifarmacia y sus consecuencias en adultos mayores con enfermedades crónicas

Sección I. Datos generales del participante

Ítem	Pregunta
1	Edad: _____ años
2	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
3	Nivel educativo: ☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior
4	Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Conviviente ☐ Otro
5	¿Cuenta con seguro de salud? ☐ SIS ☐ EsSalud ☐ Particular ☐ Ninguno
6	Enfermedades crónicas diagnosticadas: _____

Sección II. Polifarmacia (variable independiente)

Dimensiones: número de medicamentos, duración, tipo de prescripción, automedicación

Ítem	Pregunta	Respuesta
7	¿Cuántos medicamentos toma actualmente de manera diaria?	Número: _____
8	¿Desde hace cuánto tiempo toma estos medicamentos?	☐ <3 meses ☐ 3–6 meses ☐ >6 meses
9	¿Quién le indicó los medicamentos que toma actualmente?	☐ Médico ☐ Farmacéutico ☐ Otro
10	¿Consume algún medicamento sin receta médica?	☐ Sí

		☐ No
11	¿Consume plantas medicinales, suplementos o productos naturales junto con sus medicamentos?	☐ Sí ☐ No

Sección III. Consecuencias clínicas

Dimensión: efectos adversos, hospitalización, caídas

Ítem	Pregunta	Respuesta
12	¿Ha presentado efectos secundarios (mareos, náuseas, somnolencia, etc.) por algún fármaco?	☐ Sí ☐ No
13	¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 6 meses?	☐ Sí ☐ No
14	¿Ha sido hospitalizado/a en el último año?	☐ Sí ☐ No
15	¿Algún médico le ha suspendido un medicamento por producirle daño o reacción adversa?	☐ Sí ☐ No

Sección IV. Consecuencias funcionales

Instrumento: versión adaptada del Índice de Barthel (básico)

Instrucciones: Marque la opción que mejor describa su situación actual.

Actividad	Independiente (2 pts)	Con ayuda (1 pt)	Dependiente (0 pts)
16. Alimentación			
17. Vestido			
18. Higiene personal			
19. Uso del baño			
20. Traslado en casa			

Sección V. Consecuencias sociales

Dimensión: percepción de dependencia, impacto económico, calidad de vida

Ítem	Pregunta	Opciones tipo Likert (1–5)
21	¿Se siente dependiente de otra persona para tomar sus medicamentos?	☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre
22	¿Gasta gran parte de su dinero mensual en medicamentos?	☐ Nada ☐ Poco ☐ Regular

		☐ Mucho ☐ Todo
23	¿Cree que el uso de tantos medicamentos afecta su calidad de vida?	☐ Nada ☐ Poco ☐ Regular ☐ Mucho ☐ Muchísimo
24	¿Ha dejado de comprar medicinas por falta de dinero?	☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ A veces ☐ Frecuentemente ☐ Siempre

Asegúrese de haber contestado a todas las preguntas.

¡Muchas gracias por su participación!

8.2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. (a): _____

Mi nombre es _____, Bachiller en Farmacia y Bioquímica, y actualmente estoy realizando la investigación titulada: **“Consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas distrito de Canaria – Ayacucho 2025”**, la cual tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Su participación es completamente voluntaria, y en cualquier momento puede decidir no continuar sin que esto implique ningún inconveniente.

La encuesta es presencial y anónima, por lo que no se recopilará ninguna información personal como nombre, documento de identidad o dirección. Sus respuestas serán confidenciales y analizadas de manera global junto con las de otros participantes, con el objetivo de contribuir al desarrollo de esta investigación académica.

Si tiene alguna consulta sobre el estudio, puede formularla en cualquier momento. Si está de acuerdo con los términos mencionados, puede responder el cuestionario.

¡Gracias por su valiosa participación!

Bachiller:
Celular:

Encuestado(a)

8.3. Matriz de consistencia

TÍTULO: Consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas distrito de Canaria – Ayacucho 2025

AUTOR: Bach. Tania Verónica Rafaele Reymundo

Problema general	Objetivo general	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuál es la relación entre las consecuencias clínicas, funcionales y sociales y la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025?	Determinar la relación entre las consecuencias clínicas, funcionales y sociales y la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas en el distrito de Canaria, Ayacucho – 2025.	Hipótesis General Existe una relación significativa entre la polifarmacia y las consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.	Variable 1: Consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia Variable 2: Polifarmacia	Tipo y diseño de investigación. Enfoque: Cuantitativo Tipo: Correlacional Diseño: No experimental, transversal, observacional Población. 410 adultos mayores con enfermedades crónicas residentes en el distrito de Canaria – Ayacucho, 2025. Muestra. 199 adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho. Muestreo Muestreo aleatorio simple Técnicas. Encuesta estructurada Instrumentos. Cuestionario estructurado autoadministrado sobre polifarmacia. Cuestionario estructurado sobre consecuencias de la polifarmacia (adaptado del GSRS y del índice de carga de medicación en adultos mayores). Validez y confiabilidad Prueba piloto Prueba de expertos Alfa de Cronbach. Análisis estadístico: Con software SPSS versión 26 y Excel de Windows versión 2017. Prueba de hipótesis no paramétrica Chi-cuadrado
Problemas específicos.	Objetivos específicos.	Hipótesis Específica		
1. ¿Cuál es la relación entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025?	1. Determinar la relación entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.	- Existe una relación significativa entre la cantidad de medicamentos consumidos y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.		
2. ¿Cuál es la relación entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025?	2. Determinar la relación entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.	- Existe una relación significativa entre la duración del tratamiento farmacológico y las consecuencias funcionales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.		
3. ¿Cuál es la relación entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025?	3. Determinar la relación entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.	- Existe una relación significativa entre el tipo de prescripción y las consecuencias sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.		
4. ¿Cuál es la relación entre la automedicación concurrente	4. Determinar la relación entre la automedicación	- Existe una relación significativa entre la automedicación concurrente y las consecuencias clínicas en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, 2025.		

y las consecuencias clínicas
en adultos mayores con
enfermedades crónicas del
distrito de Canaria –
Ayacucho, 2025?

concurrente y las
consecuencias clínicas en
adultos mayores con
enfermedades crónicas del
distrito de Canaria –
Ayacucho, 2025.

8.4. Operacionalización de variable

Operacionalización de la variable Polifarmacia

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores / ítems	Ítems	Escala	Valoración	Naturaleza
Polifarmacia	Uso simultáneo de cinco o más medicamentos por un paciente, independientemente de su indicación clínica (20,21).	Número y características del consumo de medicamentos en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria, evaluado mediante cuestionario estructurado.	Cantidad de medicamentos	• Número de medicamentos consumidos diariamente	Ítem 7	Numérica	Sin polifarmacia (<5) / Moderada (5–9) / Excesiva (≥10)	Cuantitativa discreta
			Duración del tratamiento	• Tiempo de consumo continuo	Ítem 8	Ordinal	<3 meses / 3–6 meses / >6 meses	Ordinal
			Tipo de prescripción	• Prescripción médica • Automedicación • Mixta	Ítem 9	Nominal	Apropiada / Inapropiada	Nominal
			Automedicación	• Consumo sin receta médica • Uso de productos naturales	Ítems 10–11	Dicotómica (Sí/No)	Presente / Ausente	Nominal

Operacionalización de la variable Consecuencias clínicas, funcionales y sociales

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores / ítems	Ítems	Escala	Valoración	Naturaleza
Consecuencias de la polifarmacia	Efectos adversos clínicos, deterioro funcional y afectación social derivados del uso simultáneo de múltiples medicamentos en adultos mayores (23,24).	Impacto del consumo de múltiples medicamentos evaluado mediante cuestionario estructurado y versión adaptada del Índice de Barthel.	Clínicas	• Efectos adversos • Caídas • Hospitalización • Suspensión por reacción adversa	Ítems 12–15	Dicotómica (Sí/No)	0–4 eventos (mayor puntaje = mayor consecuencia)	Nominal
			Funcionales	• Alimentación • Vestido • Higiene • Uso del baño • Desplazamiento	Ítems 16–20	Escala 0–2	0–10 puntos: Dependencia total (0–3) Dependencia moderada (4–7) Independencia (8–10)	Cuantitativa discreta
			Sociales	• Dependencia para medicación • Impacto económico • Calidad de vida • Acceso a medicamentos	Ítems 21–24	Likert (1–5)	4–20 puntos: Bajo (4–8) Moderado (9–14) Alto (15–20) impacto social	Ordinal

8.5. Validación de jueces expertos

Ficha de validación de instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto: DÍAZ SAUCHEZ y LUIS ALBERTO
 1.2 Grado académico: MAGISTER

1.3 Título de la Investigación: Consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas distrito de Canaria – Ayacucho 2025.

	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	May Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los ítems están redactados considerando los elementos necesarios					90
	2. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					90
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad					90
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento global responde a los objetivos de la investigación.					90
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica, entre los elementos de la investigación					90
	8. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos de la investigación					90
	9. COHERENCIA	Entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					90
	10. METODOLOGIA	Responde al propósito del estudio.					90
PROMEDIO			90				

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO

Procede su aplicación ☒

Debe corregirse ☐

Ica, 9 de octubre 2025.

Firma del experto: 
 DNI: 21435839

Ficha de validación de instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto: Díaz Hernández Raúl Alfonso.

1.2 Grado académico: MAESTRO.

1.3 Título de la Investigación: Consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas distrito de Canaria – Ayacucho 2025.

	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los ítems están redactados considerando los elementos necesarios					90%
	2. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90%
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90%
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					90%
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad					90%
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento global responde a los objetivos de la investigación.					90%
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica, entre los elementos de la investigación					90%
	8. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos de la investigación					90%
	9. COHERENCIA	Entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					90%
	10. METODOLOGIA	Responde al propósito del estudio.					90%
PROMEDIO			90%				

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO

Procede su aplicación ☒

Debe corregirse ☐

Ica, Diciembre 2025.

Firma del experto

DNI: 43227664.

DÍAZ HERNÁNDEZ RAÚL A.

Ficha de validación de instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres del experto: Dij. Hernandez y Gladys Yano

1.2 Grado académico: Magister

1.3 Título de la Investigación: Consecuencias clínicas, funcionales y sociales de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas distrito de Canaria – Ayacucho 2025.

	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los ítems están redactados considerando los elementos necesarios					X
	2. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					X
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad					X
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento global responde a los objetivos de la investigación.					X
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica, entre los elementos de la investigación					X
	8. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos científicos de la investigación					X
	9. COHERENCIA	Entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					X
	10. METODOLOGIA	Responde al propósito del estudio.					X
PROMEDIO							

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO

Procede su aplicación ☒

Debe corregirse ☐

Ica, Diciembre 2025.

Firma del experto

DNI: 40345935

8.6. Validez y confiabilidad

a) Prueba piloto

Antes de iniciar la recolección definitiva de los datos, se realizó una prueba piloto con el propósito de evaluar la claridad de los ítems, la comprensión del contenido por parte de los participantes y la consistencia interna del cuestionario estructurado diseñado para medir la polifarmacia y sus consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho.

Esta fase preliminar constituyó un procedimiento metodológico fundamental dentro del enfoque cuantitativo del estudio, ya que permitió identificar posibles dificultades en la interpretación de las preguntas, verificar la adecuación semántica del instrumento al contexto sociocultural y educativo de la población adulta mayor evaluada, y estimar de manera inicial la confiabilidad del cuestionario conforme a los estándares metodológicos recomendados en investigaciones correlacionales en salud pública.

La prueba piloto fue aplicada a 20 adultos mayores con características similares a la población objetivo, quienes no formaron parte de la muestra definitiva del estudio, a fin de evitar posibles sesgos en los resultados posteriores. La selección de este número de participantes respondió a criterios metodológicos comúnmente aceptados en investigaciones que emplean escalas dicotómicas y tipo Likert, donde un grupo reducido permite evaluar la funcionalidad del instrumento, la claridad de los ítems y la estabilidad preliminar de la medición antes de su aplicación formal.

Dado que el instrumento incluyó ítems de naturaleza dicotómica (sí/no), ordinal y tipo Likert, la confiabilidad fue estimada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, estadístico ampliamente utilizado para determinar la consistencia interna cuando los ítems evalúan un mismo constructo y se espera coherencia en las respuestas.

La información obtenida durante la prueba piloto fue procesada utilizando el software IBM SPSS Statistics versión 26, aplicándose el método de depuración por lista completa para el cálculo del coeficiente de confiabilidad.

Resultados de fiabilidad

Confiabilidad de los instrumentos aplicados en la prueba piloto (n = 20)

Instrumento	Coefficiente (α de N.º de ítems Cronbach)
Polifarmacia (dimensiones globales)	0,81
Consecuencias clínicas	0,78
Consecuencias funcionales (Barthel adaptado)	0,83
Consecuencias sociales	0,85
Instrumento global	0,87

Fuente: Elaboración propia (SPSS v.26).

Interpretación

Los resultados obtenidos en la prueba piloto evidenciaron que el instrumento destinado a medir la polifarmacia alcanzó un Alfa de Cronbach de 0,81, lo que indica una buena confiabilidad, reflejando adecuada coherencia entre los ítems relacionados con cantidad de medicamentos, duración del tratamiento, tipo de prescripción y automedicación.

La dimensión de consecuencias clínicas obtuvo un Alfa de 0,78, valor que corresponde a una confiabilidad aceptable a buena, indicando consistencia en la medición de eventos adversos, hospitalizaciones y caídas.

En cuanto a las consecuencias funcionales, evaluadas mediante la versión adaptada del Índice de Barthel, se obtuvo un Alfa de 0,83, lo que demuestra una buena consistencia interna en la valoración de las actividades básicas de la vida diaria.

La dimensión de consecuencias sociales alcanzó un Alfa de 0,85, evidenciando una buena homogeneidad entre los ítems relacionados con impacto económico, dependencia y percepción de calidad de vida.

El instrumento en su conjunto presentó un Alfa de Cronbach global de 0,87, valor que indica una buena confiabilidad general, garantizando estabilidad, coherencia y precisión en la medición de las variables estudiadas.

Durante el análisis no se identificaron ítems cuya eliminación incrementara significativamente el coeficiente de confiabilidad, por lo que el cuestionario fue considerado adecuado para su aplicación en la muestra definitiva del estudio.

Criterios de interpretación del Alfa de Cronbach

De acuerdo con criterios psicométricos ampliamente aceptados, el coeficiente Alfa de Cronbach se interpreta de la siguiente manera:

- $\alpha \geq 0,70$: confiabilidad aceptable
- $\alpha \geq 0,80$: buena confiabilidad
- $\alpha \geq 0,90$: confiabilidad excelente

En consecuencia, los valores obtenidos en la prueba piloto demuestran que el instrumento utilizado en la presente investigación presenta un nivel adecuado de confiabilidad, asegurando consistencia interna, estabilidad en las mediciones y precisión en los resultados obtenidos.

b) Validez del instrumento

Evaluación de la validez de contenido por juicio de expertos (V de Aiken)

Con la finalidad de garantizar la validez de contenido del cuestionario estructurado empleado para medir la polifarmacia y sus consecuencias clínicas, funcionales y sociales en adultos mayores con enfermedades crónicas del distrito de Canaria – Ayacucho, se recurrió al procedimiento metodológico del juicio de expertos. Este método permitió evaluar de manera sistemática la pertinencia, claridad, coherencia y consistencia de los ítems en relación con los objetivos de la investigación y los constructos teóricos vinculados a la farmacoterapia geriátrica y al uso racional de medicamentos.

Para este proceso participaron tres jueces expertos, todos con grado académico de Magíster y/o Licenciado en Ciencias de la Salud, con experiencia profesional en salud pública, farmacología clínica, geriatría, atención primaria y metodología de la investigación, además de trayectoria en docencia universitaria y validación de instrumentos en el ámbito sanitario.

Los expertos evaluaron el cuestionario completo, que incluyó las secciones de datos sociodemográficos, dimensiones de polifarmacia (cantidad de medicamentos, duración del tratamiento, tipo de prescripción y automedicación) y dimensiones de consecuencias (clínicas, funcionales y sociales). La evaluación se orientó a determinar la adecuación del instrumento para su aplicación en población adulta mayor del ámbito rural.

La valoración se realizó considerando diez criterios agrupados en dimensiones de forma, contenido y estructura metodológica: redacción, claridad, objetividad, actualidad científica,

suficiencia, intencionalidad acorde a los objetivos, organización lógica, consistencia teórica, coherencia entre ítems, dimensiones y variables, y adecuación metodológica al diseño correlacional del estudio.

Para la evaluación se empleó una escala ordinal de cinco categorías (deficiente, regular, bueno, muy bueno y excelente). Los jueces calificaron los ítems predominantemente en los niveles de “muy bueno” y “excelente”, evidenciando alto grado de acuerdo respecto a la calidad del instrumento.

Los resultados fueron analizados mediante el coeficiente V de Aiken, estadístico que permite cuantificar el grado de concordancia entre los jueces en relación con la relevancia y claridad de los ítems evaluados.

Resultados de la validez de contenido

Criterio evaluado	Juez 1	Juez 2	Juez 3	V de Aiken
Redacción adecuada de los ítems	1	1	1	1.00
Claridad del lenguaje utilizado	1	1	1	1.00
Objetividad de los ítems	1	1	1	1.00
Actualidad del contenido	1	1	1	1.00
Suficiencia en cantidad y profundidad	1	1	1	1.00
Intencionalidad acorde a los objetivos	1	1	1	1.00
Organización lógica del instrumento	1	1	1	1.00
Consistencia teórica	1	1	1	1.00
Coherencia entre ítems, dimensiones y variables	1	1	1	1.00
Metodología acorde al propósito del estudio	1	1	1	1.00

Promedio global del V de Aiken: 1.00

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

Los resultados evidenciaron que todos los criterios evaluados alcanzaron un coeficiente V de Aiken igual a 1,00, lo que indica una concordancia perfecta entre los jueces expertos respecto a la claridad, pertinencia, coherencia y adecuación metodológica del cuestionario.

Este valor supera ampliamente el punto de corte mínimo recomendado en la literatura metodológica ($V \geq 0,70$) para establecer una adecuada validez de contenido. De acuerdo con Aiken, valores cercanos o iguales a 1,00 reflejan un alto nivel de acuerdo entre evaluadores, confirmando que los ítems presentan correspondencia directa con los objetivos del estudio y con los constructos teóricos relacionados con la polifarmacia y sus consecuencias clínicas, funcionales y sociales.

En consecuencia, el instrumento utilizado en la presente investigación presenta una validez de contenido alta, siendo considerado pertinente, claro y metodológicamente consistente, por lo que resultó apto para su aplicación en la fase definitiva de recolección de datos.

8.7. Resolución de aprobación de proyecto de tesis



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

RESOLUCION DECANAL N° 437-D/FFB-UNICA-2025

Ica, 01 de setiembre de 2025

VISTO:

El Oficio N° 1815-UI/DI-FFB-UNICA-2025, de fecha 28 de agosto de 2025, Exp.N°3302 de fecha 29 de agosto de 2025, presentado por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, haciendo llegar el reporte y la constancia de haber realizado el análisis con el software de verificación de similitud al proyecto de tesis presentado por el (la) **Bach. RAFAELE REYMUNDO TANIA VERONICA (Autor)**.

CONSIDERANDO:

Que, según Resolución Presidencial N° 100-CEU-UNICA-2024 de fecha 26 de Setiembre de 2024 emitida por el Comité Electoral Universitario, se resuelve proclamar ganadores del proceso Electoral de Decanos de las Facultades de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga realizado el 25 de setiembre del 2024, figurando como Decano electo en la Facultad de Farmacia y Bioquímica el Dr. SURCO LAOS, FELIPE ARTEMIO.

Que, según Resolución Rectoral N° 1578-R-UNICA-2024 del 28 de setiembre del 2024 se nombra al Dr. SURCO LAOS FELIPE ARTEMIO como Decano de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga para el periodo comprendido del 30 de setiembre del 2024 al 29 de setiembre del 2028.

Que, la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", es una unidad fundamental de organización, formación académica y profesional integrada por profesores y estudiantes, la misma que es autónoma en lo académico, administrativo, económico y normativo como lo establece el Estatuto de la UNICA.

Que, el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales, aprobado con RR. N° 048-R-UNICA-2021 (25-01-2021), establece que, para la obtención del Título Profesional mediante Tesis, el Bachiller debe cumplir con el desarrollo de un proyecto de tesis, con el asesor designado.

Que, habiendo presentado el (la): **Bach. RAFAELE REYMUNDO TANIA VERONICA (Autor)**, su solicitud pidiendo aprobación de Proyecto y Asesor con fecha 08 de julio de 2025, Exp. N° 2512, se acuerda aceptar la propuesta de asesor: **Dr. BENAVIDES RICRA CARLOS VÍCTOR**; con Oficio N° 1420-UI-CI-FFB-UNICA-2025 de fecha 09 de julio de 2025 (reunión de fecha 08 de julio de 2025), quien debe coordinar y revisar el proyecto enviando un documento que está apto para pasar el antiplagio de acuerdo al Artículo 32.- Procedimiento para la obtención del Título profesional donde señala que el proyecto de tesis pase por el sistema antiplagio, y una vez aprobada deberá ser formalizada mediante Resolución Decanal.

Que, habiéndose reunido la Comisión de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica el día 22 de julio de 2025, fecha en la cual se acepta con Oficio N° 1535-UI-CI-FFB-UNICA-2025 del 24 de julio de 2025, la rectificación del título de proyecto de tesis solicitada el 22 de julio de 2025, Exp. N° 2702.

Que, mediante Resolución Rectoral N° 048-R-UNICA-2021 de fecha 25 de enero de 2021, se aprueba el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", y sus modificatorias con Resolución Rectoral N° 976-R-UNICA-2021 y Resolución Rectoral N° 2304-2022-R-UNICA.

Que, mediante Resolución Rectoral N° 565-R-UNICA-2025 de fecha 24 de marzo de 2025, se Aprueba la Directiva Excepcional para la Obtención del Título Profesional en las Facultades de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, estableciéndose en el numeral VII. Disposiciones Específicas: Procedimientos para la obtención del Título Profesional.

Que, mediante el Oficio N° 1815-UI/DI-FFB-UNICA-2025, de fecha 28 de agosto de 2025, Exp.N°3302 de fecha 29 de agosto de 2025; el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, hace llegar el reporte de Antiplagio y la constancia de haber realizado el análisis con el software de verificación de similitud de fecha 27 de agosto de 2025, así como la fecha y hora de su aprobación: 15-08-2025, 9.30 am; para la emisión de la Resolución Decanal de aprobación del Proyecto de Tesis **"CONSECUENCIAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y SOCIALES DE LA POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DISTRITO DE CANARIA – AYACUCHO 2025"** presentado por el (la) **Bach. RAFAELE REYMUNDO TANIA VERONICA**, habiendo obtenido el

*Campus Universitario (Panamericana Sur Km 305) – Facultad de Farmacia y Bioquímica - ICA
Email: farmacia@unica.edu.pe*



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

calificativo de Aprobado con el 2% de similitud, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 4°, inciso 4.3 del Reglamento para la Evaluación de Originalidad de los Documentos de Investigación aprobado con RR. N°1668-R-UNICA-2020 (14-12-2020) y R.R. N° 761-R-UNICA-2021 (04-05-2021) que Aprueba el uso obligatorio del servicio de iThenticate de Trinitin.

Que, en aplicación a lo dispuesto en la Resolución Rectoral N° 048-R-UNICA-2021 y Resolución Rectoral N°565-R-UNICA-2025, se debe efectuar la aprobación del Proyecto de Tesis mencionado.

Que, en virtud a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano en el Artículo 70° de la Ley Universitaria N° 30220.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.-

Aprobar, el Proyecto de Tesis presentado por el (la): **Bach. RAFAELE REYMUNDO TANIA VERONICA (Autor)**, Titulado: **"CONSECUENCIAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y SOCIALES DE LA POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DISTRITO DE CANARIA - AYACUCHO 2025"** para la obtención del Título Profesional.

ARTÍCULO 2°.-

Debiendo continuar desarrollando el proyecto con el asesor designado: **Dr. BENAVIDES RICRA CARLOS VÍCTOR** con N°Orcid.org/0000-0002-3075-0297; cumpliendo con el cronograma del proyecto.

ARTÍCULO 3°.-

Transcribir la presente resolución a los interesados e instancias pertinentes para los fines correspondientes.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.


UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
Dr. FELIX ARTEMIO SANCHEZ
DECANO

8.8. Evidencias fotográficas



Las fotografías A, B, C y D evidencian el desarrollo del proceso de recolección de datos correspondiente al estudio realizado en el distrito de Canaria, región Ayacucho, durante el año 2025. En las imágenes se observa a la investigadora debidamente identificada con indumentaria profesional, aplicando de manera presencial el instrumento de investigación a adultos mayores residentes de la zona, en distintos espacios comunitarios y establecimientos locales.

8.9. Base de datos

BASE DE DATOS RAFAELE REYMANDO.LAW [CorpusDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos																
Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda																
Visible: 31 de 31 variables																
	EDAD	SEXO	EDU	EC	SEG	NMED	MVPOU	DUR	TPRES	AUTO	NAT	RAM	CAID	HOSP	SUSP	CLF
1	50	2	4	2	4	8	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	0	
2	90	1	2	3	4	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	1	No presenta	No presenta	No presenta	0	
3	78	2	1	1	2	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	Presenta	Presenta	0	
4	90	1	4	1	1	12	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	0	
5	72	1	3	1	4	5	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	Presenta	0	
6	84	2	4	3	2	10	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	1	No presenta	No presenta	No presenta	1	
7	63	2	2	4	4	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	Presenta	No presenta	No presenta	0	
8	79	1	1	1	2	6	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	0	
9	72	1	3	3	2	12	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	Presenta	No presenta	Presenta	0	
10	60	2	1	5	2	11	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
11	82	1	2	2	4	10	2	Menor a 3 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
12	84	2	2	5	1	7	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	1	Presenta	Presenta	No presenta	0	
13	65	1	2	1	1	5	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	0	
14	70	2	3	5	2	6	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	1	
15	74	1	3	2	2	8	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	No presenta	Presenta	Presenta	0	
16	61	2	2	5	2	8	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	1	
17	68	1	4	4	1	6	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	Presenta	0	
18	65	1	1	2	1	3	0	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	Presenta	0	
19	83	1	3	3	1	11	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	1	Presenta	No presenta	Presenta	0	
20	65	1	2	2	2	8	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	1	Presenta	Presenta	No presenta	0	
21	75	2	3	4	4	8	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	0	
22	80	1	2	5	1	7	1	Menor a 3 meses	Apropiada	No presenta	1	Presenta	Presenta	No presenta	0	
23	76	2	1	2	4	5	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	Presenta	0	
24	60	2	4	1	2	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	Presenta	Presenta	1	
25	81	2	4	3	1	11	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	1	Presenta	Presenta	Presenta	1	
26	63	2	3	5	1	11	2	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	0	
27	64	1	2	5	1	3	0	De 3 a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	0	
28	85	2	3	2	1	6	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	No presenta	0	
29	77	1	3	3	1	6	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	Presenta	1	
30	76	1	2	5	2	7	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	1	
31	83	1	2	5	2	9	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	No presenta	0	
32	71	2	3	2	1	11	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	No presenta	1	
33	73	2	1	2	1	6	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	No presenta	0	
34	60	2	3	4	2	9	1	Menor a 3 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
35	88	2	3	2	2	9	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	No presenta	No presenta	No presenta	0	
36	61	2	2	2	1	9	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	0	
IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON																
Visible: 31 de 31 variables																
	EDAD	SEXO	EDU	EC	SEG	NMED	MVPOU	DUR	TPRES	AUTO	NAT	RAM	CAID	HOSP	SUSP	CLF
94	88	1	1	4	2	7	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	0	
95	88	2	1	4	1	5	1	Menor a 3 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	No presenta	Presenta	1	
96	83	2	3	3	1	7	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
97	79	1	1	4	1	8	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
98	66	1	2	1	1	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	0	
99	71	1	2	4	2	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	Presenta	Presenta	1	
100	63	1	2	1	4	10	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	1	
101	87	1	4	5	3	6	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	1	
102	90	2	2	5	1	11	2	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	Presenta	No presenta	0	
103	64	1	4	1	4	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	Presenta	0	
104	87	2	2	1	1	11	2	Menor a 3 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	1	
105	74	1	3	2	3	3	0	De 3 a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
106	60	1	2	3	1	9	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
107	88	1	3	5	2	1	0	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
108	64	2	4	4	1	5	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	No presenta	Presenta	No presenta	0	
109	85	1	2	5	1	11	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	No presenta	No presenta	Presenta	0	
110	72	1	4	1	1	11	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	1	Presenta	No presenta	Presenta	1	
111	81	1	2	3	1	2	0	De 3 a 6 meses	No apropiada	Presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	1	
112	69	1	2	1	4	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	0	
113	78	2	4	3	1	11	2	Menor a 3 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	0	
114	60	1	3	4	1	11	2	De 3 a 6 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	1	
115	60	1	1	3	1	3	0	Menor a 3 meses	No apropiada	Presenta	1	No presenta	No presenta	Presenta	0	
116	73	2	2	1	1	8	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	0	
117	61	1	3	4	1	4	0	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	1	No presenta	No presenta	No presenta	0	
118	82	1	1	2	1	12	2	De 3 a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	0	
119	83	2	1	4	1	6	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	0	
120	67	1	3	3	1	7	1	Menor a 3 meses	Apropiada	Presenta	1	Presenta	No presenta	No presenta	0	
121	85	2	3	2	2	9	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	0	
122	90	2	3	3	1	8	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	1	
123	72	2	1	2	2	5	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
124	67	1	1	5	1	7	1	Menor a 3 meses	Apropiada	No presenta	1	No presenta	No presenta	No presenta	0	
125	70	1	3	1	1	9	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
126	88	2	2	5	2	10	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	Presenta	Presenta	1	
127	88	2	4	1	1	5	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	No presenta	No presenta	No presenta	1	
128	74	2	2	5	1	2	0	De 3 a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
129	63	2	3	2	1	5	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	No presenta	Presenta	No presenta	0	
IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON																

BASE DE DATOS RAFAEL REYMANDELO [Consultas] - IBM SPSS Statistics Editor de datos																
Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda																
Mostrar 31 de 31 variables																
	EDAD	SEXO	EDU	EC	SEG	MMED	NVPOLI	DUR	TPRES	AUTO	NAT	RAM	CAID	HOSP	SUSP	CL#
166	69	1	3	5	1	9	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
167	77	1	3	3	1	11	2	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	1	Presenta	No presenta	Presenta	0	
168	79	1	3	2	1	6	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	Presenta	No presenta	1	
169	71	1	2	1	1	1	0	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	1	No presenta	No presenta	Presenta	0	
170	66	1	4	2	1	1	0	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	1	No presenta	No presenta	No presenta	0	
171	64	1	4	4	1	10	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	0	
172	66	2	2	5	2	4	0	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	1	
173	68	2	1	2	2	10	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
174	79	1	3	4	2	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
175	84	1	1	4	1	5	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	1	Presenta	No presenta	Presenta	0	
176	81	2	1	3	2	11	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	0	
177	73	1	3	5	1	3	0	Menor a 3 meses	No apropiada	Presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	1	
178	70	1	3	3	1	12	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	1	Presenta	Presenta	Presenta	0	
179	82	1	2	4	1	7	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	0	
180	87	2	1	5	1	9	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	1	Presenta	Presenta	No presenta	1	
181	87	1	4	3	1	12	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	1	No presenta	No presenta	Presenta	1	
182	70	1	2	1	1	12	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	1	Presenta	No presenta	Presenta	0	
183	79	1	2	4	1	8	1	Menor a 3 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
184	82	1	1	4	1	10	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	1	Presenta	Presenta	Presenta	0	
185	61	1	1	4	4	6	1	De 3 a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	0	
186	73	2	3	5	1	11	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
187	89	1	1	2	3	10	2	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	No presenta	0	
188	67	1	2	5	1	5	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	Presenta	0	
189	64	2	3	3	1	5	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	Presenta	0	
190	66	1	1	1	1	5	1	Menor a 3 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	0	
191	67	2	3	5	1	6	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	Presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
192	65	1	1	1	1	8	1	Menor a 3 meses	Apropiada	No presenta	0	Presenta	No presenta	No presenta	0	
193	84	2	2	3	1	5	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	1	Presenta	No presenta	No presenta	0	
194	87	1	3	4	2	8	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	Presenta	Presenta	No presenta	1	
195	81	2	1	6	1	2	0	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	0	No presenta	Presenta	No presenta	1	
196	67	1	3	2	2	12	2	De 3 a 6 meses	Apropiada	No presenta	0	No presenta	No presenta	Presenta	1	
197	88	2	1	4	2	10	2	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	1	No presenta	No presenta	Presenta	0	
198	68	2	2	3	1	6	1	Mayor a 6 meses	No apropiada	No presenta	1	No presenta	No presenta	Presenta	0	
199	75	1	2	1	1	9	1	Mayor a 6 meses	Apropiada	Presenta	0	No presenta	No presenta	No presenta	1	
200																
201																

BASE DE DATOS RAFAEL REYMANDELO [Consultas] - IBM SPSS Statistics Editor de datos																
Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda																
	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol					
1	EDAD	Número	2	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Escala	☑ Entrada					
2	SEXO	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
3	EDU	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
4	EC	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
5	SEG	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
6	MMED	Número	2	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
7	NVPOLI	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
8	DUR	Número	2	0	Duración de tra.	(1, Menor a	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
9	TPRES	Número	2	0	Tipo prescripción	(1, Apropiad.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
10	AUTO	Número	2	0	Automedicación	(0, No prese.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
11	NAT	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
12	RAM	Número	2	0	Efectos adversos	(0, No prese.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
13	CAID	Número	2	0	Caidas	(0, No prese.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
14	HOSP	Número	2	0	Hospitalización	(0, No prese.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
15	SUSP	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
16	CLINICO_T	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
17	F1	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
18	F2	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
19	F3	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
20	F4	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
21	F5	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
22	FURIC_TOTAL	Número	2	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
23	S1	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
24	S2	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
25	S3	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
26	S4	Número	1	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
27	SOCIAL_TO	Número	2	0		Ninguna	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
28	MMED_CAT	Número	2	0	Psifarmacia	(0, No polif.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
29	CLINICO_CAT	Número	2	0	Consecuencias.	(0, Sin com.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
30	FUNCIONA	Número	2	0	Consecuencias.	(0, Depend.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
31	SOCIAL_CAT	Número	2	0	Consecuencias.	(0, Bajo imp.	Ninguna	12	☑ Derecha	☑ Nominal	☑ Entrada					
32																
33																
34																
35																
36																
37																
38																