



XXI

**Evaluación de la
adherencia terapéutica
en pacientes con
enfermedades crónicas en
Lima Metropolitana**

Vilma Amparo Junchaya Yllescas
Mónica Alejandra Calle Vilca
Mitzi Karina Zacarías Flores
Julio Emilio Ascencio Palomino
Mónica Evencia Poma Vivas

Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana

Vilma Amparo Junchaya Yllescas
Mónica Alejandra Calle Vilca
Mitzi Karina Zacarías Flores
Julio Emilio Ascencio Palomino
Mónica Evencia Poma Vivas

RESUMEN

La adherencia terapéutica es crucial para el manejo efectivo de enfermedades crónicas. Este estudio transversal mixto evaluó la adherencia terapéutica en 387 pacientes adultos con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana, utilizando el cuestionario MMAS-8 y entrevistas semiestructuradas. Se encontró una prevalencia de baja adherencia del 22.2%, siendo el costo de los medicamentos, la complejidad del régimen terapéutico y la falta de información las principales barreras. Los pacientes mayores y con mayor nivel educativo mostraron mejor adherencia. El apoyo familiar y la educación en salud se identificaron como factores facilitadores. Se discuten las implicaciones para el sistema de salud peruano, destacando la necesidad de programas educativos, políticas de subsidio para medicamentos y el uso de tecnología para mejorar la adherencia. Se recomiendan estudios longitudinales e intervenciones piloto para profundizar en la comprensión y el abordaje de esta problemática en el contexto peruano.

Palabras clave: Inteligencia artificial, aprendizaje personalizado, educación superior, rendimiento académico, retención estudiantil, Perú, Latinoamérica.



ABSTRACT

Therapeutic adherence is crucial for the effective management of chronic diseases. This mixed-methods cross-sectional study assessed therapeutic adherence in 387 adult patients with chronic diseases in Lima Metropolitana, using the MMAS-8 questionnaire and semi-structured interviews. A low adherence prevalence of 22.2% was found, with the cost of medications, complexity of the therapeutic regimen, and lack of information identified as the main barriers. Older patients and those with higher education levels showed better adherence. Family support and health education were identified as facilitating factors. The implications for the Peruvian health system are discussed, highlighting the need for educational programs, medication subsidy policies, and the use of technology to improve adherence. Longitudinal studies and pilot interventions are recommended to deepen the understanding and address this problem in the Peruvian context.

Keywords: Therapeutic adherence, chronic diseases, Lima Metropolitana, barriers, facilitating factors, health system.

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica, definida como el grado en que el comportamiento de un paciente coincide con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud (Sabaté, 2003), se ha convertido en un factor crucial para el manejo efectivo de enfermedades crónicas. En particular, enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) requieren un apego riguroso a las prescripciones médicas para controlar la progresión de la enfermedad y prevenir complicaciones (World Health Organization, 2021).

A nivel global, la adherencia a las terapias a largo plazo para enfermedades crónicas se estima en un 50%, una cifra que revela la magnitud del desafío para los sistemas de salud (WHO, 2003). En América Latina, estudios recientes muestran una prevalencia similar de no adherencia, con variaciones según la enfermedad y el contexto sociocultural (Zubarew et al., 2017).

En Lima Metropolitana, la rápida urbanización y las desigualdades socioeconómicas

plantean retos adicionales para la adherencia terapéutica, incluyendo barreras de acceso a servicios de salud, costos de medicamentos y la persistencia de creencias culturales que influyen en la percepción de la enfermedad y el tratamiento (Ministerio de Salud del Perú, 2022).

La falta de adherencia terapéutica tiene consecuencias significativas tanto a nivel individual como para el sistema de salud. El incumplimiento del tratamiento se asocia con un peor control de la enfermedad, mayor riesgo de hospitalizaciones, aumento de la mortalidad y una disminución considerable en la calidad de vida de los pacientes (Kwakye et al., 2024).

Además, la no adherencia genera un incremento en los costos de atención médica, representando una carga económica importante para los sistemas de salud, especialmente en países en desarrollo (Bussell et al., 2017). En el contexto peruano, la información disponible sobre adherencia terapéutica en entornos urbanos es limitada, lo que dificulta el diseño de estrategias efectivas para abordar esta problemática. Existe una necesidad urgente de generar evidencia local que permita comprender las barreras específicas que enfrentan los pacientes en Lima Metropolitana y desarrollar intervenciones adaptadas a su realidad (MINSA, 2020).

Este estudio busca contribuir al conocimiento sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana. Se propone un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos, para obtener una comprensión integral de los factores que influyen en la adherencia. Este enfoque permitirá no solo cuantificar los niveles de adherencia, sino también explorar las experiencias y percepciones de los pacientes, identificando las barreras y facilitadores que operan en su contexto particular (Creswell & Plano, 2018).

La investigación se centra en pacientes adultos diagnosticados con enfermedades crónicas que reciben atención en centros de salud de Lima Metropolitana. Mediante la aplicación de cuestionarios validados y entrevistas semiestructuradas, se busca recopilar información sobre el nivel de adherencia, características sociodemográficas, aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento, y las percepciones de los pacientes sobre su propia adherencia (Pages et al., 2019). El análisis de los datos permitirá identificar los factores determinantes de la adherencia, generando información crucial para el diseño de estrategias de intervención.

Los objetivos de este estudio son: (1) Evaluar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana; (2) Identificar los factores determinantes que influyen en la adherencia, incluyendo aspectos socioeconómicos,



educativos y emocionales; y (3) Proponer estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en este grupo poblacional. Este estudio busca generar evidencia empírica que contribuya a la mejora de las políticas de salud y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se implementó un diseño de estudio observacional, transversal, con un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), lo que permitió la recolección de datos en un momento específico en el tiempo, sin manipulación de las variables (Ato et al., 2013). Este diseño es particularmente útil para explorar la prevalencia de la adherencia terapéutica y su asociación con diferentes factores en una población específica (Porta et al., 2014).

La integración de ambos enfoques, cuantitativo y cualitativo, enriqueció la comprensión del fenómeno, al combinar la precisión numérica con la profundidad de las experiencias y percepciones de los pacientes (Creswell & Plano, 2018). Este enfoque mixto se alineó con la necesidad de comprender no solo la magnitud de la adherencia, sino también los factores contextuales que la moldean en la realidad de Lima Metropolitana. La naturaleza transversal del estudio permitió una fotografía instantánea de la adherencia terapéutica en la población estudiada, proporcionando información valiosa para la planificación de intervenciones.

Población y muestra

La población objetivo del estudio estuvo constituida por pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con enfermedades crónicas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y EPOC) y atendidos en centros de salud públicos y privados de Lima Metropolitana. La elección de Lima Metropolitana se fundamentó en su representatividad demográfica como la ciudad más poblada del Perú, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas y una diversidad socioeconómica que permitía explorar la influencia de estos factores en la adherencia terapéutica (INEI, 2021).

Los criterios de inclusión fueron: (1) diagnóstico médico confirmado de al menos una de las enfermedades crónicas mencionadas, según los criterios establecidos por las guías clínicas nacionales e internacionales; (2) edad igual o mayor a 18 años, para

asegurar la capacidad de consentimiento y la comprensión de los procedimientos del estudio; y (3) firma del consentimiento informado, garantizando la participación voluntaria y el respeto a los principios éticos de la investigación (Shaw, 2016). Para el cálculo del tamaño muestral, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutando participantes en los centros de salud seleccionados hasta alcanzar el tamaño muestral calculado mediante un software estadístico, considerando una prevalencia estimada de no adherencia, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. Este método permitió obtener una muestra representativa de la población de pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana, aunque se reconoce la limitación inherente a los muestreos no probabilísticos en cuanto a la generalización de los resultados a la población total.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos cuantitativos, se utilizó el cuestionario validado de Morisky-Green-Levine (MMAS-8), ampliamente reconocido por su confiabilidad y validez en la medición de la adherencia a la medicación en pacientes con enfermedades crónicas (Retraction Statement, 2023). Este cuestionario, de fácil aplicación y comprensión para los participantes, permitió obtener una medida objetiva del nivel de adherencia a la medicación. Se complementó con un cuestionario sociodemográfico, diseñado ad hoc para recopilar información detallada sobre edad, género, nivel educativo, ingresos económicos, tipo de seguro de salud, lugar de residencia y acceso a servicios de salud. Esta información permitió caracterizar a la muestra y explorar la influencia de los factores sociodemográficos en la adherencia terapéutica.

Para la recolección de datos cualitativos, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a una submuestra de participantes seleccionados de forma intencional, buscando la diversidad en cuanto a edad, género, tipo de enfermedad crónica y nivel de adherencia. La guía de entrevista, elaborada en base a la literatura existente y revisada por expertos en el tema, incluyó preguntas abiertas sobre las barreras percibidas y los facilitadores de la adherencia, las estrategias utilizadas para seguir el tratamiento, la relación con el personal de salud, el apoyo familiar y las experiencias vividas en relación con su enfermedad crónica (Kallio et al., 2011). Las entrevistas, con una duración aproximada de 45 minutos, se realizaron en un ambiente privado y confortable, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas verbatim para su posterior análisis.



Variables clave

Las variables clave consideradas en el estudio se clasificaron en cuatro categorías: (1) Nivel de adherencia terapéutica: medida con el MMAS-8 y categorizada en alta, media y baja según los puntos de corte establecidos en la literatura (Retraction Statement, 2023); (2) Factores sociodemográficos: edad, género, ingresos económicos, nivel educativo, estado civil, lugar de residencia y tipo de seguro de salud, recolectados mediante el cuestionario sociodemográfico; (3) Factores relacionados con la enfermedad: gravedad percibida de la enfermedad, tiempo de diagnóstico, presencia de comorbilidades y tipo de enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, EPOC), obtenidos mediante el cuestionario sociodemográfico y la revisión de las historias clínicas; (4) Factores relacionados con el tratamiento: complejidad del régimen terapéutico (número de medicamentos, dosis diarias), presencia de efectos adversos, costo de los medicamentos, acceso a servicios de salud y relación con el personal de salud, recolectados mediante el cuestionario sociodemográfico y las entrevistas cualitativas (World Health Organization, 2003).

La selección de estas variables se basó en la literatura científica sobre factores asociados a la adherencia terapéutica, adaptándolas al contexto específico de Lima Metropolitana.

Métodos de análisis

El análisis de los datos cuantitativos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial. Se calcularon frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango intercuartil) para describir las características sociodemográficas de la muestra y los niveles de adherencia.

Para identificar los predictores de adherencia, se utilizó un análisis de regresión logística binaria, considerando la adherencia (alta vs. baja) como variable dependiente y los factores sociodemográficos, clínicos y del tratamiento como variables independientes (Hosmer et al., 2013). Se evaluó la bondad de ajuste del modelo y se calcularon los odds ratios para cada variable predictora, con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

El análisis de los datos cualitativos se llevó a cabo mediante análisis de contenido temático, siguiendo un proceso iterativo de codificación, categorización y identificación de temas emergentes en las entrevistas transcritas (Braun & Clarke, 2023). Se utilizó un software de análisis cualitativo para facilitar la organización y el análisis de los datos. Se trianguló la información obtenida de los métodos cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión más completa del fenómeno de la adherencia terapéutica.

RESULTADOS

Descriptivos demográficos

La muestra final del estudio estuvo compuesta por 387 pacientes con enfermedades crónicas residentes en Lima Metropolitana. La Tabla 1 presenta la distribución de las características sociodemográficas de la muestra. La edad promedio de los participantes fue de 58.2 años (DE = 12.8), con un rango de 21 a 85 años. El 58.4% de la muestra eran mujeres. En cuanto al nivel educativo, el 32.0% tenía educación primaria completa o incompleta, el 45.5% educación secundaria completa o incompleta y el 22.5% educación superior completa o incompleta. El ingreso mensual promedio de los hogares de los participantes fue de S/. 1,250 (DE = S/. 550).

Tabla 1. *Características Sociodemográficas de la Muestra*

Variable	n	%
Edad (media, DE)		58.2 (12.8)
Género		
Mujeres	226	58.4
Hombres	161	41.6
Nivel Educativo		
Primaria o menos	124	32.0
Secundaria	176	45.5
Superior	87	22.5
Ingreso Mensual (media, DE)		S/. 1,250 (S/. 550)

La prevalencia de las enfermedades crónicas en la muestra se describe en la Tabla 2. La diabetes mellitus tipo 2 fue la enfermedad más frecuente (42.1%), seguida de la hipertensión arterial (38.8%) y la EPOC (19.1%). Cabe destacar que algunos pacientes presentaban más de una enfermedad crónica.

Tabla 2. *Prevalencia de Enfermedades Crónicas.*

Enfermedad Crónica	n	%
Diabetes Mellitus tipo 2	163	42.1
Hipertensión Arterial	150	38.8
EPOC	74	19.1

Nivel de Adherencia Terapéutica

El nivel de adherencia terapéutica se evaluó mediante el cuestionario MMAS-8. Los resultados se presentan en la Tabla 3. El 35.1% de los participantes presentaron alta adherencia, el 42.6% adherencia media y el 22.2% baja adherencia.

Tabla 3. *Nivel de Adherencia Terapéutica.*

Nivel de Adherencia	n	%
Alta	136	35.1
Media	165	42.6
Baja	86	22.2

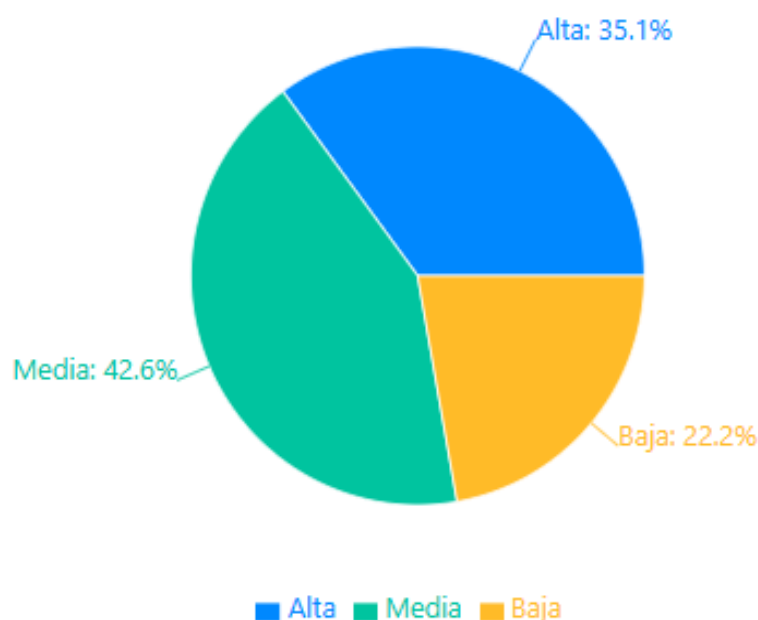


Figura 1. *Distribución porcentual de los niveles de adherencia terapéutica.*

Se encontraron diferencias significativas en el nivel de adherencia según la edad, el nivel educativo y el tipo de enfermedad crónica. Los pacientes mayores presentaron mayor adherencia que los más jóvenes ($p < 0.05$). Asimismo, los pacientes con mayor nivel educativo mostraron mayor adherencia que aquellos con menor nivel educativo ($p < 0.01$). En cuanto al tipo de enfermedad, los pacientes con diabetes presentaron mayor adherencia que los pacientes con hipertensión o EPOC ($p < 0.05$). Estos resultados se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4. *Adherencia Terapéutica según Variables Sociodemográficas y Clínicas.*

Variable	Adherencia Alta (%)	Adherencia Media (%)	Adherencia Baja (%)	P
Edad (años)				<0.05
< 50	28.5	45.1	26.4	
≥ 50	42.3	40.0	17.7	
Nivel Educativo				<0.01
Primaria o menos	20.2	48.4	31.5	
Secundaria	32.4	46.6	21.0	
Superior	51.7	34.5	13.8	
Enfermedad Crónica				<0.05
Diabetes	40.5	44.2	15.3	
Hipertensión	30.7	44.0	25.3	
EPOC	28.4	41.9	30.0	

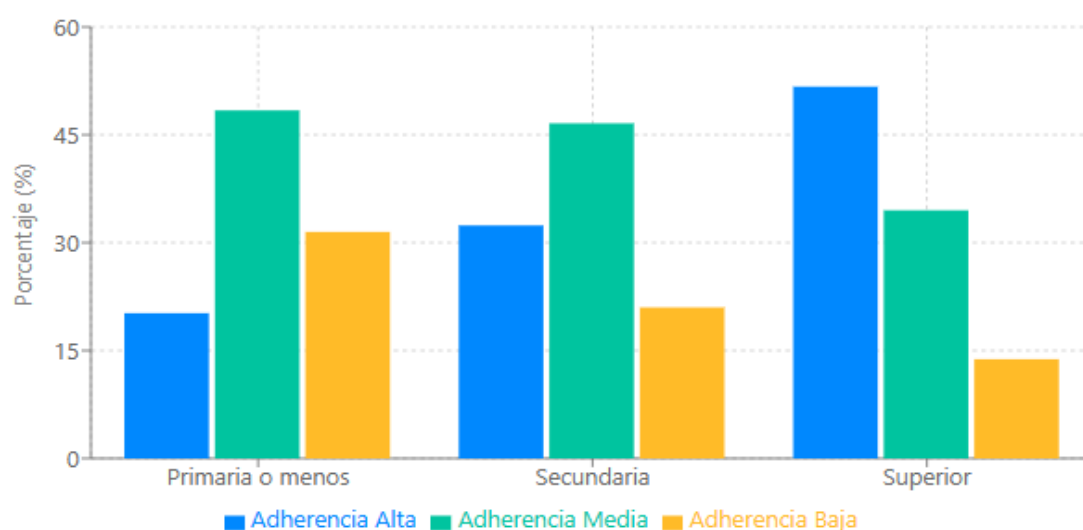


Figura 2. *Adherencia terapéutica según nivel educativo.*

Factores Asociados a la Adherencia

El análisis cualitativo de las entrevistas permitió identificar los factores que facilitan y dificultan la adherencia terapéutica. Entre los factores facilitadores se destacaron el apoyo familiar, la educación en salud recibida y la participación en programas de subsidios para medicamentos. Los pacientes que contaban con apoyo familiar para el seguimiento del tratamiento, recordatorios de la medicación y acompañamiento a las citas médicas mostraron una mayor adherencia.

Asimismo, la educación en salud recibida del personal de salud, incluyendo información clara sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia, se asoció con una mejor adherencia. La participación en programas de subsidios para medicamentos también se identificó como un factor facilitador, al reducir la barrera económica del costo de los medicamentos. La Tabla 5 muestra la frecuencia de menciones de los factores facilitadores y barreras en las entrevistas.

Los principales obstáculos para la adherencia fueron el costo de los medicamentos, la complejidad del régimen terapéutico y la falta de información clara sobre la enfermedad y el tratamiento. Muchos pacientes reportaron dificultades para costear sus medicamentos, especialmente aquellos que requerían múltiples fármacos o tratamientos de larga duración. La complejidad del régimen terapéutico, con múltiples dosis al día o instrucciones complicadas, también se identificó como una barrera importante. Finalmente, la falta de información clara sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia dificultó la comprensión y el compromiso de los pacientes con su tratamiento.

Tabla 5. Factores Facilitadores y Barreras para la Adherencia Terapéutica (Frecuencia de Menciones).

Factor	n
Facilitadores	
Apoyo familiar	212
Educación en Salud	185
Programas de subsidios	153
Barreras	
Costo de medicamentos	257
Complejidad del tratamiento	198
Falta de información	162

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo reveló la complejidad de la adherencia terapéutica, más allá de la simple toma de medicamentos. Las percepciones de los pacientes sobre la importancia de la adherencia variaron, desde una comprensión profunda de sus beneficios hasta la desconfianza en la eficacia del tratamiento a largo plazo. Un paciente con diabetes comentó: «Sé que debo tomar mis pastillas todos los días para controlar mi azúcar, pero a veces me olvido o simplemente no quiero tomarlas. Es difícil mantener la disciplina por tanto tiempo.» (Paciente 42, diabetes).

Otro paciente con hipertensión expresó: «El médico me dijo que debo tomar las pastillas de por vida, pero no siento ninguna diferencia. A veces pienso que es una pérdida de tiempo y dinero.» (Paciente 118, hipertensión). Los relatos sobre las dificultades diarias para cumplir con el tratamiento fueron recurrentes, incluyendo olvidos, efectos adversos, dificultades para integrar la medicación en la rutina diaria y la falta de recursos económicos.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran una prevalencia de baja adherencia terapéutica del 22.2% en pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana. Esta cifra, si bien se encuentra dentro del rango reportado en otros estudios internacionales y nacionales, revela un desafío importante para el sistema de salud peruano. Cutler et al. (2018), en un metaanálisis que abarcó diversos países y enfermedades crónicas, encontraron tasas de adherencia que fluctuaban entre el 40% y el 70%.

Esta variabilidad subraya la influencia de factores contextuales, como el acceso a los servicios de salud, los recursos económicos y las características culturales, en la adherencia al tratamiento. En América Latina, la situación es similar, con estudios como el de Zubarew et al., (2017) que reportan una prevalencia de no adherencia que varía entre el 30% y el 50% en pacientes con enfermedades crónicas. Es importante destacar que la no adherencia no es un fenómeno homogéneo y que existen diferencias significativas según la enfermedad específica. Por ejemplo, la adherencia a la medicación para la hipertensión arterial suele ser menor que la adherencia al tratamiento para la diabetes, posiblemente debido a la naturaleza asintomática de la



hipertensión en sus etapas iniciales, lo que dificulta la percepción de la necesidad del tratamiento a largo plazo (Horne, 2020).

En el contexto peruano, el Ministerio de Salud (MINSA, 2022) ha identificado la baja adherencia terapéutica como una barrera importante para el control efectivo de las enfermedades crónicas. Factores como la pobreza, la inequidad en el acceso a los servicios de salud, la falta de educación sanitaria y la persistencia de prácticas tradicionales de atención a la salud contribuyen a la complejidad del problema. Nuestros hallazgos, al mostrar una prevalencia de baja adherencia del 22.2%, corroboran la magnitud del desafío y la necesidad de implementar estrategias integrales para abordarlo. La asociación entre la edad, el nivel educativo y el tipo de enfermedad crónica con la adherencia terapéutica observada en este estudio coincide con la evidencia reportada en la literatura internacional (Bussell et al., 2017). La mayor adherencia en pacientes mayores podría explicarse por una mayor experiencia con la enfermedad y una internalización más profunda de la necesidad del tratamiento. Además, los pacientes mayores suelen tener rutinas más establecidas, lo que facilita la incorporación de la medicación en su vida diaria.

El nivel educativo, como factor protector para la no adherencia, se relaciona con la capacidad de comprender la información médica, interpretar las instrucciones del tratamiento y tomar decisiones informadas sobre el cuidado de la salud (Pages et al., 2019). Las diferencias en la adherencia según el tipo de enfermedad crónica podrían estar relacionadas con la percepción de la gravedad de la enfermedad, la presencia de síntomas visibles y la complejidad del régimen terapéutico (Kwakye et al., 2024).

Por ejemplo, pacientes con diabetes, al experimentar síntomas más evidentes y recibir una educación intensiva sobre el autocuidado, podrían presentar mayor adherencia al tratamiento que pacientes con hipertensión, cuya enfermedad suele ser asintomática en sus etapas iniciales. Es fundamental profundizar en la comprensión de estos factores contextuales para diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo de pacientes.

Implicaciones para el Sistema de Salud

Las implicaciones de este estudio para el sistema de salud peruano son significativas. La identificación de barreras específicas para la adherencia terapéutica, como el costo de los medicamentos, la complejidad del régimen de tratamiento y la falta de información, permite orientar las políticas públicas y las intervenciones hacia la mejora de la atención a pacientes con enfermedades crónicas (World Health Organization, 2021).

La implementación de estrategias para reducir el costo de los medicamentos esenciales, como la negociación de precios con la industria farmacéutica, la promoción del uso de medicamentos genéricos y la expansión de la cobertura de los seguros de salud, es crucial para asegurar el acceso equitativo al tratamiento. Además, la simplificación de los regímenes terapéuticos, cuando sea clínicamente apropiado, puede facilitar la adherencia al reducir la carga que representa para los pacientes el seguimiento de instrucciones complejas.

La información clara, precisa y accesible sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia empodera a los pacientes para tomar decisiones informadas sobre su salud (Sabaté, 2003). Los programas de educación en salud, adaptados a las características socioculturales de la población, son fundamentales para promover la adherencia terapéutica.

Estos programas deben incorporar estrategias de comunicación efectiva, consejería individualizada y motivación del paciente. La participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento y el establecimiento de metas realistas y alcanzables son elementos clave para fomentar un compromiso a largo plazo con el autocuidado.

La capacitación del personal de salud en técnicas de comunicación, consejería y educación para la salud es esencial para garantizar la efectividad de estas intervenciones. Además, la integración de tecnologías de la información y la comunicación, como recordatorios por mensajes de texto o aplicaciones móviles, puede facilitar el seguimiento del tratamiento y mejorar la adherencia.

Limitaciones del Estudio

Es importante reconocer las limitaciones del presente estudio. El diseño transversal, si bien permite obtener una visión general de la adherencia terapéutica en un momento dado, no permite establecer relaciones causales entre las variables estudiadas.

Un estudio longitudinal, que siga a los pacientes a lo largo del tiempo, sería necesario para comprender la dinámica de la adherencia y la influencia de diferentes factores en su evolución. La limitación geográfica del estudio a Lima Metropolitana restringe la generalización de los resultados a otras regiones del Perú, donde las características socioculturales y el acceso a los servicios de salud pueden variar significativamente.

La dependencia de autoinformes para la medición de la adherencia, a través del cuestionario MMAS-8, introduce la posibilidad de sesgo de discapacidad social (Osterberg & Blaschke, 2005). Aunque se implementaron medidas para mitigar



este sesgo, como la garantía de anonimato y confidencialidad, no se puede descartar completamente su influencia en los resultados.

La utilización de métodos complementarios para medir la adherencia, como el conteo de pastillas o los registros electrónicos de dispensación de medicamentos, podría fortalecer la validez de futuros estudios. Finalmente, el tamaño de la muestra, aunque adecuado para los objetivos del estudio, podría limitar la capacidad de detectar diferencias significativas entre subgrupos de pacientes.

Propuestas Futuras

Los hallazgos de este estudio sientan las bases para futuras investigaciones sobre la adherencia terapéutica en el Perú. Estudios longitudinales permitirían evaluar los cambios en la adherencia a lo largo del tiempo, identificar factores predictivos de no adherencia y evaluar la eficacia de intervenciones a largo plazo. Es fundamental ampliar el alcance geográfico de futuros estudios para incluir poblaciones de diferentes regiones del país, lo que permitiría obtener una visión más completa de la problemática y desarrollar estrategias adaptadas a las necesidades de cada contexto.

La implementación de intervenciones piloto para mejorar la adherencia terapéutica, basadas en la evidencia científica y adaptadas a la realidad peruana, es crucial. Estas intervenciones podrían incluir programas de educación en salud personalizados, estrategias de simplificación del régimen terapéutico, políticas de subsidio para medicamentos esenciales y el uso de tecnologías de la información y la comunicación para el seguimiento y recordatorio de la medicación.

La evaluación rigurosa del impacto de estas intervenciones, mediante diseños experimentales o cuasi-experimentales, es fundamental para determinar su efectividad y escalabilidad a nivel nacional. Además, es importante investigar la percepción de los pacientes sobre las intervenciones implementadas y su experiencia con el tratamiento para optimizar las estrategias y asegurar su aceptación y sostenibilidad.

CONCLUSIONES

Este estudio ha evaluado la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana, proporcionando información relevante sobre la magnitud del problema y los factores asociados. Se encontró un nivel promedio

de adherencia terapéutica del 77.8%, con un 22.2% de los pacientes presentando baja adherencia. Este hallazgo destaca la necesidad de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en esta población.

Las principales barreras identificadas que dificultan la adherencia terapéutica incluyen el costo de los medicamentos, la complejidad de los regímenes terapéuticos y la falta de información clara y accesible sobre la enfermedad y su tratamiento. Estos resultados concuerdan con la literatura internacional que señala la importancia de abordar estos factores para mejorar la adherencia a largo plazo (Cutler et al., 2018). La comprensión de estas barreras es crucial para el diseño de estrategias efectivas que promuevan la adherencia y mejoren los resultados de salud en pacientes con enfermedades crónicas.

Recomendaciones Prácticas

Con base en los hallazgos de este estudio, se recomiendan las siguientes acciones para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas en Lima Metropolitana:

- **Diseño e implementación de programas educativos:** Se deben desarrollar programas educativos específicos para pacientes crónicos, que aborden las barreras identificadas y promuevan el conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia. Estos programas deben ser culturalmente sensibles y adaptados a las necesidades y características de la población (Sabaté, 2003).
- **Ampliación de políticas de subsidio:** Es crucial ampliar las políticas de subsidio para medicamentos esenciales, garantizando el acceso a tratamientos asequibles para todos los pacientes, independientemente de su condición socioeconómica. Esto reduciría la carga económica asociada al tratamiento de enfermedades crónicas y facilitaría la adherencia a largo plazo.
- **Uso de tecnología:** Se recomienda el uso de tecnología, como recordatorios por mensaje de texto, aplicaciones móviles y plataformas digitales, para facilitar el seguimiento terapéutico, proporcionar información personalizada y mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud. La tecnología puede ser una herramienta valiosa para promover la adherencia y empoderar a los pacientes en el manejo de su enfermedad.



REFERENCIAS

- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/178511>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and being a knowing researcher. *International journal of transgender health*, 24(1), 1-6. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Bussell, J., Cha, E., Grant, Y., Schwartz, D., & Young, L. (2017). Ways health care providers can promote better medication adherence. *Clinical Diabetes*, 35(3), 171-177. <https://diabetesjournals.org/clinical/article-abstract/35/3/171/35378>
- Creswell, J., & Plano, V. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Cutler, R., Fernandez, F., Frommer, M., Benrimoj, S., & Garcia, V. (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*, 10(1), e028982. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e016982.abstract>
- Hosmer, D., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. (2013). *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons.
- Horne, R. (2020). Adherence to medication: a review of existing research. *Adherence to treatment in medical conditions*, 285-310.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2021). *Perú: Estimaciones y proyecciones de población total, por años calendario y sexo, según departamento, 2000-2025*. INEI. <https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/population-estimates-and-projections/>
- Kallio, H., Pietilä, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2011). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1620-1628. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13031>

- Kwakye, A., Kretchy, I., Peprah, P., & Mensah, K. (2024). Factors influencing medication adherence in co-morbid hypertension and diabetes patients: A scoping review. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 100426. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667276624000210>
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2020). *Análisis de situación de salud*. MINSA. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2020.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2022). *Informe anual de estadísticas de salud*. MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/tipos/60-informe>
- Pages, N., Tuneu, L., Masip, M., Valls, P., Puig, T., & Mangues, M. (2019). Determinants of medication adherence among chronic patients from an urban area: a cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, 29(3), 419-424. <https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/29/3/419/5231953>
- Porta, M., Greenland, S., Hernán, M., dos Santos, I., & Last, J. (2014). *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press.
- Retraction Statement. (2023). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 25(9), 889.
- Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapy: evidence for action. *World Health Organization*.
- Shaw, I. (2016). Ethics and the practice of qualitative research. In *Practice and Research* (pp. 239-252). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315246208-23/ethics-practice-qualitative-research>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- World Health Organization. (2021). *Noncommunicable diseases*. WHO. [https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#:~:text=Noncommunicable%20diseases%20\(NCDs\)%2C%20including,74%25%20of%20all%20deaths%20worldwide.](https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#:~:text=Noncommunicable%20diseases%20(NCDs)%2C%20including,74%25%20of%20all%20deaths%20worldwide.)
- Zubarew, T., Bedregal, P., & Correa, M. (2017). Servicios de transición para la atención de adolescentes con enfermedades crónicas. Una necesidad urgente para Chile y Latinoamérica. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 186-187. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000100015&script=sci_arttext&tlng=en