

FACTORES DE RIESGO PARA LA NO ADHERENCIA A TRATAMIENTOS PROLONGADOS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE SOPACHUY, CHUQUISACA -BOLIVIA DE ABRIL A JULIO DE 2024

Risk factors for non-adherence to long-term treatments in patients over 60 years of age in the Municipality of Sopachuy, Chuquisaca, Bolivia, from April to July 2024

Autores:

1. Barañado Sifuentes María Elena
 2. Vargas Pereira Israel R.
 3. Ponce Fuentes Fabiola
 4. Eduardo Durán Fernando E. et al.
 5. Sainz Sainz Alejandro
 6. Sandoval Ortega Carmen J.
- 1, 2, 5, 6 Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Servicio Social de Salud Rural Obligatorio, Internos de Salud Pública del Municipio de Sopachuy.
- 3 Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Magister en Salud Pública. Docente de Histología Humana.
Correo electrónico: ponce.fabiola@usfx.bo
ORCID ID: 0009-0008-7411-1383
- 4 Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Facultad de Medicina. Doctor y Especialista en Salud Pública. Docente de Salud Pública y Medicina Social I.
Correo Electrónico: eduardo.fernando@usfx.bo
ORCID ID: 0009-0003-8032-8638

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La falta de adherencia al tratamiento prescrito es un desafío global significativo, aumentando el riesgo de fracaso terapéutico, complicaciones, discapacidad y mortalidad, sobre todo en la población mayor de 60 años.

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo asociados con la no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 60 años con tratamientos prolongados en el Centro de Salud Virgen de Remedios del Municipio de Sopachuy, abril a julio de 2024.

MÉTODOS: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, analítico. La población de estudio estuvo conformada por 412 pacientes con una o más patologías crónicas, se trabajó con una muestra de 200 pacientes mayores de 60 años.

RESULTADOS: De los encuestados 69% mostró un nivel de conocimiento malo sobre la razón de su tratamiento, en contraste con el 27% buen conocimiento, el 4% tiene conocimiento regular. El 60.5% presentó una práctica adecuada, mientras que el 39.5% no. Un 51.1% percibió positivamente las técnicas para mejorar el consumo de medicamentos, frente al 48.5% restante. Se identificó que de acuerdo al idioma las personas que solamente hablan quechua presentan 2 veces más riesgo de tener un conocimiento regular a malo respecto a la adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES: Los datos de la investigación revelan diferencias significativas en el conocimiento entre quienes sólo hablan quechua y aquellos que hablan otros idiomas (OR 2.12) siendo la barrera lingüística un factor importante que afecta la comprensión del tratamiento. Abordar este factor requiere un enfoque integral que incluya capacitación del personal médico, adaptación cultural y mejora del acceso a servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: No adherencia al tratamiento, factores de riesgo, enfermedades crónicas, conocimientos, prácticas, percepciones.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Lack of adherence to prescribed treatment is a significant global challenge, increasing the risk of therapeutic failure, complications, disability and mortality, especially in the population over 60 years old.

OBJECTIVE: To identify risk factors associated with non-adherence to treatment in patients over 60 years old with prolonged treatments at the Centro de Salud Virgen de Remedios in the Municipality of Sopachuy, April to July 2024.

METHODS: Quantitative, observational, descriptive, analytical study. The study population consisted of 412 patients with one or more chronic pathologies, working with a sample of 200 patients over 60 years old.

RESULTS: Of those surveyed, 69% showed a poor level of knowledge about the reason for their treatment, in contrast to 27% with good knowledge, and 4% had regular knowledge. 60.5% had an adequate practice, while 39.5% did not. 51.1% positively perceived techniques to improve medication consumption, compared to the remaining 48.5%. It was identified that according to the language, people who only speak Quechua present 2 times more risk of having a regular knowledge in relation to adherence to treatment.

CONCLUSIONS: Research data reveals significant differences in knowledge between those who speak Quechua and those who speak other languages (OR 2.12) with the linguistic barrier being an important factor that affects the understanding of the treatment. Addressing this factor requires a comprehensive approach that includes medical personnel training, cultural adaptation and improved access to healthcare services.

KEYWORDS: Non-adherence to treatment, risk factors, chronic illnesses, knowledge, practices, perceptions.

Recepción 20 de enero 2024
Aceptación 10 de marzo 2025

INTRODUCCIÓN

La falta de adhesión del paciente al tratamiento prescrito representa un reto importante a nivel mundial, por lo que se ha convertido en un tema de gran necesidad, interés y objeto de varios estudios; razón por la cual, desde hace tiempo atrás es objeto de múltiples investigaciones e intervenciones, para mejorar la adherencia a los medicamentos, las cuales muestran resultados variables, siendo una posible explicación a esto que la falta de adherencia es multifactorial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.” Esta definición se basa en la propuesta por Haynes et al del año 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento y compromiso del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Según la OMS, se estima que la adherencia media a tratamientos crónicos en países desarrollados ronda el 50%; aunque si no medimos la adherencia de forma continuada desconocemos la magnitud “real” del problema en nuestro entorno. (1)

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) define la adherencia al tratamiento como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción. (2)

En Suecia, en la gestión 2022 se llevó a cabo un estudio de cohorte de 416 PWE con una mediana de edad de 43 años y un IQR de 29 a 62 años, a 398 pacientes se les prescribió tratamiento para Epilepsia, en el momento de la inclusión y el 39 % (n = 154) estaban en el grupo de no adherentes. Los factores significativos en el análisis multivariable fueron: edad más joven, ausencia de convulsiones durante el último año, tratamiento con valproato y experiencia de efectos secundarios. La razón de esta menor adherencia en pacientes más jóvenes es compleja y multifactorial,

como las creencias negativas sobre la medicación y la experiencia de estigma. Otros factores contribuyentes sugeridos son que las personas más jóvenes viven en mayor medida solas, los efectos adversos de la medicación son molestos y el sexo masculino son características que mostraron un mayor porcentaje de no adherencia. (3)

En Salamanca España, en el año 2022 se hizo un estudio dónde se incluyó 115 hombres y 128 mujeres, que viven en un medio rural, que son portadores de procesos crónicos y que se encuentran en tratamiento con varios fármacos, donde se concluyó que existe un riesgo significativo de abandono de los tratamientos en los hombres, en los grupos de edad comprendidos entre los 76-80 años y entre los 81 y 85 años y en las mujeres entre 81-85 años. Existe riesgo de no adherencia cuanto mayor es el número de fármacos prescritos, en los tratamientos cada 8 horas y no significativo en las tomas únicas, así como los fármacos formulados en cápsulas por dificultades de deglución. (4)

En un estudio transversal en España- Alcalá, en la gestión 2020, fueron incluidos en el estudio 144 pacientes, 106 (73,6%) mujeres y 38 varones (26,4), con una edad media de 62 años y una mediana de duración de la enfermedad de 5 años, donde se mostró como factor de riesgo que los pacientes no adherentes presentaron creencias más fuertes relativas al daño producido por los medicamentos (13 ± 5 vs. 11 ± 3 , $p = 0,013$), mientras que los pacientes que sí son adherentes presentaron creencias más fuertes relativas a la necesidad del tratamiento (21 ± 3 vs. 20 ± 3 , $p = 0,015$). (5)

En Guayaquil- Ecuador se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal, conformado por 320 pacientes de la consulta externa. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la no adherencia al tratamiento con el sexo masculino ($p = 0,001$), adulto mayor, ($p = 0,001$), dificultad para sacar cita médica ($p = 0,0001$), nivel socioeconómico bajo ($p = 0,001$), déficit de escolaridad ($p = 0,01$) y considerar la enfermedad poco grave ($p = 0,027$). Se concluye que la no adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos se asocia a la presencia de factores de riesgos. (6)

En Lima- Perú, se llevó a cabo un estudio analítico-transversal, con una muestra de 270 pacientes, se incluyeron a personas que acudieron a consultorio externo de cardiología con historia previa de hipertensión esencial y se excluyeron hipertensión secundar-

ia por otras causas biológicas. Se utilizó el Test de Morisky-Green Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) para evaluar la no-adherencia al tratamiento antihipertensivo, dando como resultado que los factores asociados a no-adherencia de tratamiento fueron sexo masculino (ORa: 0,45, IC95% 0,20-1,04), trabajador independiente (ORa:3,88, IC95% 1,51-9,97), IMC mayor de 30 (ORa:0,23, IC95% 0,07-0,70). (7)

En Paraguay se realizó un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en varones y mujeres, mayores de edad, portadores de hipertensión arterial, del área de influencia de tres Unidades de Salud Familiar de Paraguay entre mayo-noviembre 2019. Ingresaron al estudio 171 sujetos, con edad media 59 ± 11 años, con predominio del sexo femenino (68%), dónde se asoció significativamente a la falta de adherencia a los antihipertensivos debido a la dependencia de un cuidador dentro de la familia. (8)

A diferencia de estudios realizados recientemente, artículos antiguos muestran que solo se contaba con uno o dos factores de riesgo, como es el caso de un estudio en Cali, Colombia, con una muestra de 150 pacientes con hipertensión arterial del programa de control de HTA, los resultados mostraron que el ser mayor de 50 años es el único factor asociado con falta de adherencia al tratamiento, sujetos entre 50-59 años con un $OR=3,18$ (Intervalo al 95% de confianza) IC95% 1,01-10,00; y entre 60-69 años $OR=3,70$ IC95% 1,17-11,60 tienen mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento.(9)

En la búsqueda bibliográfica no se encontraron estudios recientes realizados en Bolivia acerca de los factores de riesgo que condicionan a una mala adherencia al tratamiento; sin embargo, se realizó un estudio en la ciudad de La Paz- Bolivia, donde se evaluó la adherencia al tratamiento mediante recordatorio por teléfono, donde la muestra fue de 22 pacientes, al inicio del estudio según el test de Morisky-Green sólo 11 pacientes (50%) se catalogaron como cumplidores. Como característica influyente y mayor factor de riesgo a la hora de establecer el incumplimiento terapéutico fue predominantemente el olvido de la toma de la medicación en el 45,5% de los casos y no tomar la medicación a la hora indicada (22,7%) como la causa más frecuente de la falta de cumplimiento, asociado a la edad senil de los pacientes. (10)

En ese sentido, se pretendió realizar una investigación que no se realizó hasta ahora en el Municipio de Sopachuy, para ello se tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la no adheren-

cia al tratamiento en pacientes mayores de 60 años con tratamientos prolongados en el Centro de Salud Virgen de Remedios del Municipio de Sopachuy del departamento de Chuquisaca en el periodo de abril a julio de 2024.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se adoptó el enfoque cuantitativo con un diseño observacional descriptivo, transversal y analítico. La población de estudio se conformó por 412 personas mayores de 60 años de edad diagnosticadas con enfermedades crónicas y que asisten al centro de Salud Virgen de Remedios del municipio de Sopachuy. El tamaño de la muestra fue de 200 personas por muestreo no probabilístico por conveniencia, asignando un número al azar a cada paciente para que el muestreo sea representativo y todos tengan la misma oportunidad de participar en la investigación, los cuales cumplieron con criterios de inclusión como ser: Personas mayores de 60 años, diagnosticados con una o más enfermedades crónicas, que pertenezca al municipio de Sopachuy, que expresen su acuerdo con participar de manera voluntaria en el estudio. De igual manera entre los criterios de exclusión están personas fuera del rango de edad, personas que no confirmaron su diagnóstico de enfermedad crónica, personas que viven en el municipio desde hace menos de tres meses, personas que estén en desacuerdo con participar de manera voluntaria.

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la encuesta, cuyo instrumento fue un cuestionario de elaboración propia que consta de 2 preguntas abiertas y el resto cerradas, las preguntas abiertas permitieron buscar respuestas elaboradas libremente por el informante, las preguntas cerradas fueron de tipo dicotómicas, a las que se podía responder únicamente escogiendo una de dos alternativas: Sí o No.

Se respetaron los principios éticos fundamentales, garantizando la confidencialidad y la privacidad de la información de los pacientes mediante el consentimiento informado que se les dio a los participantes.

Dentro las variables independientes consideradas están el sexo, edad, idioma, grado de instrucción, ocupación, estado civil; y dentro de las variables dependientes están el nivel de conocimiento acerca de los tratamientos prolongados, nivel de prácticas acerca del tratamiento indicado para sus enfermedades crónicas, patologías crónicas presentes en la población de estudio, percepción de los pacientes sobre las causas por las que no concluye el tratamiento.

Una vez culminada la recolección de datos, los investigadores y tres personas externas se reunieron para verificar el correcto llenado de las encuestas, además se corroboró que, sí se cumplió con el tamaño muestral y que la base de datos esté llenada correctamente, para así, continuar con el análisis y descripción de los resultados.

Se reconoce que el estudio tuvo varias limitaciones, entre ellas se evidencio que, en Bolivia, especialmente en Chuquisaca, no existían antecedentes recientes sobre el tema de investigación. En el primer día de aplicación de la encuesta se identificó que el idioma era una barrera significativa para la aplicación de la encuesta misma que fue subsanada ya que uno de los integrantes hablaba el idioma.

RESULTADOS

En cuanto al análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y patologías crónicas de los adultos mayores que participaron en la investigación se presentan los siguientes resultados.

Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas y patologías crónicas en pacientes mayores de 60 años Municipio de Sopachuy, Abril a Julio de 2024.

Variable	Categoría	Absoluto	Porcentaje
Sexo	Masculino	91	45,5%
	Femenino	109	54,5%
Edad	60 a 69 años	97	48,5%
	70 a 79 años	61	30,5%
	80 a 89 años	32	16,0%
	90 y más años	10	5,0%
Idioma	Castellano	15	7,5%
	Quechua	85	42,5%
	Castellano/quechua	98	49,0%
	Otros	2	1,0%
Grado de instrucción	Ninguno	89	44,5%
	Primaria	91	45,5%
	Secundaria	14	7,0%
	Universitario	3	1,5%
	Profesional	3	1,5%
Estado Civil	Soltero/a	15	7,5%
	Casado/a	102	51,0%
	Unión estable	7	3,5%
	Divorciado/a	6	3,0%
	Viudo/a	70	35,0%

Ocupación	Labores de casa	79	39,5%
	Agricultor	51	25,5%
	Comerciante	35	17,5%
	Otros	19	9,5%
	Ninguno	16	8,0%
Patologías crónicas	Hipertensión arterial	106	53,0%
	Artritis reumatoide	44	22,0%
	Diabetes Mellitus 2	27	13,5%
	Epilepsia	4	2,0%
	Otros	19	9,5%

Fuente: Elaboración Propia

En relación al sexo de los participantes existe un ligero predominio del sexo femenino (54,5%) sobre el sexo masculino (45,5%), según edad el mayor porcentaje fue de 60 a 69 años de edad (48,5%), un dato llamativo fue el idioma de los participantes, donde el 42,5% de la población en estudio habla solamente el quechua, el 49% habla español y quechua, siendo en menor porcentaje las personas que hablan solo castellano alcanzando el 7,5%, de habla aymara un menor porcentaje 0,5% y finalmente lenguaje de señas 0,5% llegando ambos a un 1%.

Según la variable grado de instrucción es preocupante ya que el mayor porcentaje de la población no tiene ningún grado de instrucción alcanzando el 44,5%, solo haber cursado primaria alcanza 45,5%, siendo muy bajo el porcentaje de la población que ha cursado secundaria 7%, Universitario 1,5% y profesional 1,5%.

De acuerdo a la variable estado civil tiene el mayor porcentaje congregado en casado/a 51%, viudo/a 35%, soltero/a 7,5%, unión estable 3,5%, divorciado/a 3%.

En cuanto a la ocupación de la población de estudio nos mostró que las labores de casa tienen el mayor porcentaje con 39,5%, seguido de ser agricultor 25,5%, comerciante 17,5%, entre otros: pastor, maestro, médico, albañil, granjero, transportista, jubilado.

De acuerdo a las patologías crónicas que la población de estudio se identificó que la patología más frecuente de todas las personas participantes del estudio fue la hipertensión arterial donde más de la mitad de la población presenta esta patología con un 53%, seguida de artritis reumatoide con un 22%, diabetes mellitus tipo II con un 13,5%, epilepsia 2%, otras enfermedades crónicas con el 9,5%.

Tabla 2. Asociación de variables sociodemográficas en relación al conocimiento a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años Municipio de Sopachuy, Abril a Julio de 2024.

Variables	Conocimiento a la adherencia al tratamiento		
	OR	IC 95%	P-valor
Idioma Quechua	2.12	1.09 - 4.15	0,0251
Grado de instrucción Primaria	1.57	0.33 - 2.94	0.1565
Edad 60-69 años	1,37	0,98 - 1,90	0,07
Sexo Femenino	1.00	0.56 - 1.77	0.9873
Estado civil Viudo/a	0.71	0.38 - 1.30	0.2683
Ocupación Agricultor	0.91	0.74 - 1.74	0.7766

Fuente: Elaboración Propia

Una vez realizado el análisis bivariado se encontró que de acuerdo al idioma las personas que solamente hablan quechua presentan 2 veces más riesgo de tener un conocimiento regular a malo respecto a la adherencia al tratamiento que reciben para su patología o patologías crónicas (OR=2.12 IC 1.09-4.15 P valor=0,0251) este valor es significativamente estadístico por ser menor a 0,05, indicando que las políticas de salud probablemente no están adaptándose a las necesidades del idioma que tiene la persona, por lo cual tienen mayor riesgo a no cumplir con el tratamiento de las patologías y por ende estas puedan conducir a mayores complicaciones, discapacidad y mortalidad en este grupo etareo.

Así también se ha visto por conveniente ver la relación que existe entre la adherencia al tratamiento de patologías crónicas con la edad, sexo, estado civil y la ocupación de las personas, sin embargo, éstas de acuerdo a los resultados si bien indican que existe un riesgo estas no son estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

El incremento de enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo, y específicamente en Bolivia, es un fenómeno alarmante que plantea serios desafíos para la salud pública. Las enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares

como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo II, el cáncer y otras, son responsables de una gran parte de la morbilidad y mortalidad a nivel global, y su prevalencia está en aumento, particularmente en países de ingresos bajos y medianos, como es el caso de Bolivia. A nivel mundial, las ENT representan la principal causa de muerte, con aproximadamente 41 millones de muertes anuales, lo que equivale al 71% de todas las muertes registradas. En Bolivia, la situación es igualmente preocupante, según datos del Ministerio de Salud, los casos de diabetes mellitus han aumentado significativamente; por ejemplo, se reportó un incremento de 98,100 casos en 2015 a 138,124 en 2016. Esto refleja una tendencia creciente que se ve respaldada por estadísticas que indican que el 67% de los pacientes atendidos presentan enfermedades crónicas. (11, 12, 13)

Lo anteriormente expuesto refleja una realidad preocupante en el estudio, la cantidad de personas mayores de 60 años que tienen diagnóstico de alguna ENT, de la muestra de 200 la hipertensión arterial es la más frecuente donde más de la mitad de la población presenta esta patología (53%), seguida por la artritis reumatoide (22%), diabetes mellitus tipo II (13,5%), epilepsia (2%), otras enfermedades crónicas con el 9,5%, enfermedades que requieren seguimiento y tratamiento de larga duración. Llama la atención como de estas patologías su prevalencia está en incremento en el área rural del país, en específico en el municipio de Sopachuy.

Los factores que contribuyen al aumento de enfermedades crónicas son diversos como el cambio en los hábitos alimenticios que ha llevado a un aumento en el consumo de alimentos procesados y una disminución en la ingesta de frutas y verduras. La falta de actividad física es un factor crítico; muchas personas adoptan estilos de vida sedentarios debido a la urbanización. (14, 15)

Por la carencia de políticas efectivas que modifiquen los estilos de vida, lamentablemente muchos adultos mayores solo pueden recurrir al tratamiento farmacológico y uno de los factores u obstáculos es la adherencia a tratamientos prolongados, aspecto crítico en la atención de pacientes mayores de 60 años, especialmente considerando que esta población es la mayor consumidora de medicamentos y enfrenta múltiples desafíos relacionados con la salud. La no adherencia puede llevar a un deterioro significativo en la salud y un aumento en los costos de atención médica, por ello es que el presente estudio, realiza un análisis que se centra en los factores de riesgo que contribuyen a la falta de adherencia en este grupo etario.

Los resultados de esta investigación destacan áreas clave en la adherencia al tratamiento en adultos mayores en el municipio de Sopachuy, en primer lugar, se identificó que el 69% de los encuestados tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre la razón por la cual consumen fármacos. Esto es preocupante dado que un buen conocimiento es fundamental para una adecuada adherencia al tratamiento. A pesar de esto, un 60.5% de los adultos mayores demostraron una práctica adecuada en relación con la toma de sus medicamentos, lo que sugiere que, aunque el conocimiento sea limitado, algunos pacientes aún siguen las indicaciones del tratamiento correctamente. La percepción positiva respecto a técnicas y acciones para mejorar el consumo de fármacos es alta con un 51.1%, lo que podría indicar una disposición favorable hacia estrategias de mejora, aunque esta percepción no se traduce completamente en una mejora del conocimiento.

La edad avanzada está asociada con un aumento en la polifarmacia, lo que complica el seguimiento de los tratamientos. Los pacientes mayores a menudo experimentan deterioro cognitivo, que puede afectar su capacidad para recordar tomar medicamentos o entender las instrucciones del tratamiento. (16, 17) En el presente estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa a esta variable, discrepando con el estudio realizado en España, Alcalá en la gestión 2020.

En otros estados, se ha observado que las mujeres tienden a ser más adherentes a sus tratamientos en comparación con los hombres, por ejemplo en un estudio realizado en pacientes hipertensos mayores de 60 años se encontró que el 61.7% de las mujeres se adhería a su tratamiento, mientras que la adherencia en hombres fue menor, aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la adherencia otro factor que se detallará en párrafos siguiente. (18)

Según el estado civil, los pacientes casados suelen beneficiarse de un mayor apoyo social y emocional, lo que puede facilitar la adherencia a los tratamientos. La presencia de un cónyuge puede ayudar a recordar las citas médicas y a motivar al paciente a seguir sus tratamientos. En contraste, los viudos pueden experimentar soledad y aislamiento, lo que puede disminuir su motivación para adherirse a un régimen terapéutico. Un estudio señala que el apoyo social es un factor crítico en la adherencia; aquellos con redes de apoyo más fuertes tienden a seguir mejor sus tratamientos. (19, 20) El estado civil viudo/a y el nivel de práctica inadecuada respecto a la adherencia al tratamiento en

la presente investigación, nos demuestra que el ser viudo no es un factor de riesgo, contrastando al artículo realizado en Asunción - Paraguay que, muestra que el vivir sólo y no tener compañía cercana es un factor de riesgo que contribuye en la no adherencia al tratamiento, sin embargo el resultado de la investigación no fue estadísticamente significativa.

En relación a la ocupación que tienen las personas, los agricultores, a menudo, enfrentan desafíos únicos que pueden impactar su adherencia a tratamientos médicos. En muchas comunidades rurales, los agricultores pueden tener horarios de trabajo extensos y demandantes, lo que limita su tiempo para asistir a consultas médicas o para cumplir adecuadamente sus tratamientos. Además, el acceso a servicios de salud puede ser limitado en áreas rurales, lo que dificulta la obtención de medicamentos y el seguimiento médico necesario. Un estudio indica que los trabajadores agrícolas tienden a priorizar sus responsabilidades laborales sobre su salud, lo que puede llevar a una menor adherencia a los tratamientos prescritos. (19, 21), no coincidiendo sus resultados con la presente investigación ya que el resultado de la asociación no fue significativo.

Por otro lado, los profesionales suelen tener un mayor acceso a información sobre salud y recursos médicos. Sin embargo, también pueden enfrentar presiones laborales que les impiden dedicar tiempo suficiente al autocuidado. Aunque tienen más recursos económicos para acceder a tratamientos, el estrés laboral y la falta de tiempo pueden resultar en una adherencia deficiente. (19, 21)

La adherencia a tratamientos prolongados en pacientes mayores de 60 años es un desafío crítico en la atención médica, especialmente en contextos donde el idioma puede ser una barrera significativa. En regiones andinas, donde el quechua es hablado predominantemente, la falta de comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes puede contribuir a una baja adherencia a los tratamientos.

En el análisis bivariado la única variable en la que se encontró asociación estadísticamente significativa fue el idioma, las personas que solamente hablan quechua presentan 2 veces más riesgo de tener un conocimiento regular a malo respecto a la adherencia al tratamiento que reciben para su patología o patologías crónicas (OR=2.12 IC 1.09-4.15), indicando que las políticas de salud probablemente no están adaptándose a las necesidades del idioma que tiene la persona, por lo cual tienen mayor riesgo a no cum-

plir con el tratamiento de las patologías y por ende estas puedan conducir a mayores complicaciones, discapacidad y mortalidad en este grupo etareo. La incapacidad para comunicarse en un idioma común entre el paciente y el personal médico puede resultar en malentendidos sobre la naturaleza del tratamiento, las instrucciones de dosificación y la importancia de la adherencia. La literatura indica que una comunicación clara y comprensible es esencial para mejorar la adherencia terapéutica; sin embargo, en comunidades donde se habla quechua, muchos profesionales de la salud pueden no estar capacitados para comunicarse eficazmente en este idioma (22, 23). Esto puede llevar a que los pacientes no comprendan completamente su diagnóstico o el régimen terapéutico, aumentando así el riesgo de no adherencia.

Estas barreras lingüísticas y las diferencias culturales pueden influir en cómo los pacientes perciben su enfermedad y el tratamiento. Los pacientes quechuas pueden tener creencias y prácticas tradicionales que afectan su disposición a seguir tratamientos médicos convencionales. La falta de adaptación cultural en la comunicación sobre la importancia del tratamiento puede resultar en una baja motivación para adherirse a las recomendaciones médicas. (24)

Por ello la calidad de la comunicación entre médicos y pacientes es fundamental para promover la adherencia. La falta de tiempo durante las consultas puede limitar la capacidad del médico para educar al paciente sobre su enfermedad y tratamiento. Un enfoque centrado en el paciente, que incluya educación continua y apoyo emocional, es esencial para mejorar la adherencia (16, 25) y en contextos donde la cultura y el idioma son diferentes, las políticas, programas de salud deban adaptarse a los requerimientos, realidades de los pacientes, las familias y las comunidades.

CONCLUSIONES

El análisis de los factores sociodemográficos muestra que la mayoría de los encuestados están en el rango de edad de 60 a 69 años, con una mayor representación del sexo femenino (55%). La mayoría proviene de áreas pobladas y posee un nivel educativo bajo, con un alto porcentaje sin educación formal. La ocupación también influye, siendo predominante el trabajo en el hogar para las mujeres y la agricultura para los hombres. A pesar de estos desafíos, la práctica adecuada en relación a la adherencia no se ve significativamente afectada por la ocupación agrícola.

La no adherencia a tratamientos prolongados en pacientes mayores de 60 años que hablan solo quechua es un problema multifacético influenciado por barreras lingüísticas, culturales y socioeconómicas. Abordar estos factores requiere un enfoque integral que incluya capacitación del personal médico, adaptación cultural de los tratamientos y mejora del acceso a servicios de salud, los datos de la investigación revelan diferencias significativas en el conocimiento entre quienes sólo hablan quechua y aquellos que hablan otros idiomas, con un OR de 2.12, sugiriendo que la barrera lingüística puede ser un factor importante que afecta la comprensión del tratamiento, investigaciones futuras deben centrarse en desarrollar e implementar intervenciones efectivas que consideren estas particularidades para mejorar la salud y bienestar de esta población vulnerable.

La no adherencia a tratamientos prolongados en pacientes mayores de 60 años es un fenómeno complejo influenciado por múltiples factores interrelacionados. Es crucial abordar estos factores mediante intervenciones personalizadas que consideren las necesidades específicas de cada paciente. Estrategias efectivas pueden incluir simplificación del régimen terapéutico, educación continua sobre la enfermedad y el tratamiento, y mejoras en la comunicación médico-paciente. La investigación futura debe enfocarse en desarrollar modelos integrales que aborden tanto las barreras individuales como las sistémicas para mejorar la adherencia en esta población vulnerable.

De manera particular se recomienda motivar al personal médico, especialistas y estudiantes del Hospital Virgen de Remedios para desarrollar estrategias específicas y mejorar la adherencia entre los pacientes mayores que hablan solo quechua. Estas estrategias deben incluir capacitación para el personal médico en competencias culturales y lingüísticas, así como materiales educativos traducidos al quechua. Las intervenciones deben ser adaptativas y centradas en las necesidades del paciente, considerando tanto las barreras lingüísticas como culturales para prevenir el progreso de patologías crónicas.

Es importante desarrollar y fortalecer la relación médico paciente, en la cual los profesionales puedan tener una comunicación clara y comprensible, adaptando la comunicación al lenguaje del paciente, e incluyendo, cuando sea necesario, el uso de lenguaje de señas. A partir de la experiencia recopilada en este estudio y la revisión de investigaciones previas, se proponen las siguientes recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento en la población adulta mayor del municipio de Sopachuy. Estas recomendaciones