



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN PSICOFARMACOLÓGICA EN  
ADULTOS CON TRASTORNOS MENTALES DEL INSTITUTO DE  
NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL, ECUADOR. 2024**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO**

**AUTORES: BORIS ADRIAN DÉLEG SARI**

**JHERLING KARINE DÍAZ VARGAS**

**DIRECTOR: DR. ANDRÉS RAMÍREZ CORONEL**

**AZOGUES – ECUADOR**

**2026**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN PSICOFARMACOLÓGICA EN ADULTOS  
CON TRASTORNOS MENTALES DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE  
GUAYAQUIL, ECUADOR. 2024**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO**

**AUTORES: BORIS ADRAIN DÉLEG SARI**

**JHERLING KARINE DÍAZ VARGAS**

**DIRECTOR: DR. ANDRÉS RAMÍREZ CORONEL**

**AZOGUES – ECUADOR**

**2026**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Boris Adrián Déleg Sari** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107278665**. Declaro ser el autor de la obra: **“Adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos con trastornos mentales del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, Ecuador. 2024”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **09 de junio de 2026**



F: .....

**Boris Adrián Déleg Sari**

**C.I. 0107278665**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Jherling Karine Díaz Vargas** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0705980498**. Declaro ser el autor de la obra: **“Adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos con trastornos mentales del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, Ecuador. 2024”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **09 de junio de 2026**



F: .....

**Jherling Karine Díaz Vargas**

**C.I. 0705980498**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Dr. Andrés Ramírez Coronel

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: " **Adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos con trastornos mentales del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, Ecuador. 2024**", realizado por: **Déleg Sari Boris Adrián y Díaz Vargas Jherling Karine**, con documentos de identidad: **0107278665 y 0705980498**, previo a la obtención del título de **Médico** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 09 de junio de 2026



Dr. Andrés Ramírez Coronel

C.I. 0302185053

DIRECTOR

*Psic. Andrés A. Ramírez Coronel*  
C.I. 0302185053  
N° SENESCYT. 1029 - 14 - 1327946

## AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios, gracias a Él hoy puedo decir que estoy culminando mi vida universitaria, porque sin su ayuda esta meta no sería posible, con su guía y enseñanza me ha permitido seguir adelante sin desviar mi camino. También deseo agradecer a mi abuela Rosa Sari quien me ha inculcado la devoción a Dios, a mi tía abuela Mila Sari quien me enseñó que con el trabajo duro se llega lejos, a mi madre Dolores Sari quien me ha demostrado que con valentía y esfuerzo se puede sacar a una familia entera adelante, a mi hermana Nataly Déleg quien me enseñó que el esfuerzo y la dedicación dan grandes frutos, por último, quiero agradecer a mi hermano David Bermeo quien con su apoyo incondicional me ha impulsado a seguir adelante, al igual que mi amiga Jherling Diaz quien se convirtió en mi amiga incondicional y me ha estado apoyando durante toda mi carrera, gracias a estos pilares puedo decir que mi meta ha sido cumplida sin remordimiento alguno.

Con cariño, Déleg Sari Boris Adrian.

Primero quiero agradecer a Dios, porque sin Él no hubiera sido posible, ni siquiera haber estudiado esta carrera, porque cuando pensaba en desvanecer Él siempre estuvo ahí apoyándome y recordándome que a su lado todo es posible. También quiero agradecer a mi papá Jaír Díaz, a mi mamá Katherine Vargas, y a mi hermana Kemerly, porque por ellos estoy donde estoy ahora, de no ser por ellos, no lo hubiera podido hacer, por su apoyo incondicional, porque incluso en los momentos que ni yo creía en mí, ellos sí lo hicieron. Además, quiero agradecer a los amigos que me dio la carrera, principalmente a Gema Farfán, Mishel Castillo, Adrián Déleg y Marcelo Altamirano, ya que al no tener mi familia cerca, ellos fueron de mucho apoyo cuando más los necesité.

Además, queremos agradecer a nuestro tutor, el Dr. Andrés Ramírez Coronel, por habernos compartido su conocimiento, por su paciencia, profesionalismo e incondicionalidad durante todo el desarrollo de nuestra tesis, ya que sin su apoyo y guía este proceso hubiera sido aún más complicado.

Con cariño, Diaz Vargas Jherling Karine

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre Dolores Sari, quien ha sido mi inspiración para cumplir con esta meta, aquella mujer que con su esfuerzo me ha demostrado que no existen barreras que no se puedan superar, gracias a su apoyo he podido seguir adelante ante cada adversidad que se me ha presentado.

A mi hermana Nataly Déleg, quien me ha demostrado mediante su esfuerzo, que se puede salir adelante, siendo mi mayor ejemplo a seguir, con su responsabilidad y actitud ante problemas me demuestra que cada obstáculo puede ser superado.

También a mi familia, que me han apoyado durante todo este tiempo, al igual que a mi mejor amigo David Bermeo que es un hermano que me ha brindado su amistad durante varios años, siendo un amigo incondicional que me alienta a seguir adelante, brindándome consejos y estando para mí cuando me he sentido decaído.

Con amor, Déleg Sari Boris Adrian.

A mi padre Jaír Díaz, porque siempre ha trabajado por darnos la mejor educación a mi hermana y a mí, porque ha sido de un gran ejemplo de perseverancia y dedicación, y nos ha enseñado a siempre luchar por nuestros sueños.

A mi madre Katherine Vargas, porque gracias a ella soy la mujer que soy, gracias a ella me pude levantar muchas veces y me llenaba de fuerzas para seguir cada que me quise rendir, a pesar de la distancia, siempre estuvo pendiente y al tanto de todas las cosas que tuve que pasar durante estos años de carrera.

También a mi hermana Kemerly, ya que me ha impulsado a seguir adelante, a ser mejor cada día, y poder ser un ejemplo para ella, por sus consejos, y por haberme escuchado siempre.

Con amor, Diaz Vargas Jherling Karine

Adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos con trastornos mentales del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, Ecuador. 2024

Boris Adrián Déleg Sari, Jherling Karine Díaz Vargas, Andrés Ramírez Coronel.

Universidad Católica de Cuenca, boris.deleg@est.ucacue.edu.ec jherling.diaz.98@est.ucacue.edu.ec

## RESUMEN

**Introducción:** La adherencia psicofarmacológica en pacientes con enfermedades mentales como la esquizofrenia, depresión, entre otros es importante para mejorar la calidad de vida del paciente, así como ayudar a prevenir recaídas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos con tratamiento de trastornos mentales, a largo plazo en el Centro de Salud Mental del Ecuador, en 2024. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional con 379 pacientes con trastornos mentales, atendidos en el Centro de Salud Mental del Ecuador, durante 2024. Se aplicó la escala de Morisky-Green para medir la adherencia a los psicofármacos. **Resultados:** La adherencia a los psicofármacos de la población de estudio resultó mayormente Baja (57,5%). La escala de Morisky presenta una fiabilidad y validez adecuadas. La adherencia a la medicación para psicofármacos es más baja en el sexo femenino, así como en los más jóvenes. El tipo de medicamentos no condiciona la adherencia. El número de psicofármacos a consumir tampoco resultó estadísticamente significativo, pero si se constató una menor adherencia a medida que aumenta la cantidad de medicamentos a tomar. **Conclusiones:** Los pacientes estudiados muestran una adherencia generalmente baja a los psicofármacos, sobre todo las mujeres y los sujetos menores de 40 años.

*Palabras clave:* trastornos mentales, adherencia, psicofármacos, Morisky

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Psychopharmacological adherence in patients with mental illnesses such as schizophrenia and depression, among others, is important for improving patients' quality of life, as well as for helping to prevent relapses. **Objective:** To determine the prevalence of adherence to psychopharmacological medication among adults undergoing long-term treatment for mental disorders at the Mental Health Center of Ecuador in 2024. **Methodology:** A quantitative, descriptive, observational study was conducted with 379 patients with mental disorders treated at the Mental Health Center of Ecuador in 2024. The Morisky-Green scale was applied to measure adherence to psychopharmacological medication. **Results:** Adherence to psychopharmacological medication in the study population was mostly low (57.5%). The Morisky scale showed adequate reliability and validity. Adherence to psychopharmacological medication was lower among women, as well as in younger individuals. The type of medication did not influence adherence. The number of psychopharmacological drugs taken was also not statistically significant; however, lower adherence was observed as the number of medications increased. **Conclusions:** The patients studied generally show low adherence to psychopharmacological medication, especially among women and individuals under 40 years of age.

*Keywords:* mental disorders, adherence, psychotropic drugs, Morisky.

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	I
DEDICATORIA .....	V
RESUMEN .....	VI
ABSTRACT .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
JUSTIFICACIÓN .....	4
MARCO TEÓRICO .....	6
Trastornos mentales .....	6
Clasificación de trastornos mentales.....	6
Adherencia a los psicofármacos.....	7
Prevalencia de adherencia en pacientes con enfermedades mentales.....	8
Factores de riesgo .....	8
MARCO LEGAL.....	9
ESTUDIOS PREVIOS .....	10
OBJETIVOS.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos Específicos.....	12
HIPÓTESIS .....	13
Hipótesis General (HG) .....	13
Hipótesis Específicas (HE) .....	13
METODOLOGÍA.....	14
Diseño de la investigación. ....	14
Población .....	14
Muestra .....	14

Tabla 1. *Descriptivos de las variables sociodemográficas, diagnósticos y grupo de medicamentos*

(n = 379) .....	16
Criterios de inclusión .....	17
Criterios de exclusión .....	17
Instrumentos para la obtención de la información .....	17
Variables .....	17
Dependientes .....	17
Independientes.....	17
Sesgos y control de sesgos.....	18
Procedimientos.....	18
Análisis estadístico .....	19
RESULTADOS .....	20
Tabla 2. <i>Análisis factorial de la escala de Morisky (n = 379)</i> .....	20
Figura 1. Modelo de la escala de Morisky (n = 379) .....	21
Tabla 3. <i>Adherencia según el sexo.</i> .....	22
Figura 2. Distribución de adherencia por sexo.....	22
Tabla 4. <i>Relación entre la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y el grupo etario.</i> ....	23
Tabla 5. <i>Medida de Adherencia psicofarmacológica</i> .....	23
Tabla 6. <i>Relación entre la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y la cantidad de psicofármacos que deben tomar.</i> .....	25
DISCUSIÓN .....	26
CONCLUSIONES .....	30
RECOMENDACIONES .....	31
BIBLIOGRAFÍA .....	32
ANEXOS .....	39
ANEXO NO.1 <i>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</i> .....	39
Anexo 1: <i>Cuadro de Operacionalización de variables</i> .....	41
CARTA DE COMPROMISO .....	44
Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8).....	46
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	47

¿DE QUÉ SE TRATA ESTA INVESTIGACIÓN?.....	47
¿QUÉ IMPLICARÁ PARA MÍ/MI FAMILIAR? .....	47
¿EXISTEN RIESGOS O DESVENTAJAS PARA MÍ O PARA MI FAMILIAR POR PARTICIPAR? .....	47
¿HAY ALGÚN BENEFICIO PARA MÍ O PARA MI FAMILIAR POR PARTICIPAR? .....	47
¿QUÉ SUCEDERÁ SI NO ACEPTO PARTICIPAR?.....	47
¿QUÉ SUCEDE CON LOS RESULTADOS DE LA ESCALA? .....	48
¿QUIÉN TENDRÁ ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE MÍ/MI FAMILIAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?.....	48
¿QUIÉN HA PERMITIDO QUE SE LLEVE A CABO ESTA INVESTIGACIÓN?.....	48
¿QUÉ PASA SI TENGO ALGUNA PREGUNTA? .....	48

## INTRODUCCIÓN

La adherencia farmacológica se define como el cumplimiento del paciente en seguir las órdenes prescritas por el médico al momento de tomar algún fármaco, la OMS declara que un mal seguimiento causa problemas en el estado de salud del paciente, principalmente la rehospitalización, en la actualidad cerca de 450 millones de personas presentan trastornos mentales, los más destacables son la ansiedad y depresión, los cuales son tratados con psicofármacos (1).

Por otro lado, los trastornos mentales son alteraciones cognitivas que se encargan de regular las emociones y el comportamiento de la persona. Existen varios tipos de trastornos que son: neurodesarrollo, psicóticos, bipolares, ansiedad, obsesivo-compulsivo, por trauma y estrés, disociativos, de personalidad, relacionados con sustancias y neurocognitivos, los cuales afectan al paciente en su vida diaria (2).

Al mismo tiempo, se ha investigado varios estudios que destaquen la adherencia farmacológica dependiendo del tipo de enfermedad que se esté por tratar, en donde un 50 al 70% lo cumplen, mientras que el restante no se adhiere al tratamiento, generando varias preguntas. Por lo tanto, se han plantado ver las barreras que impiden el cumplimiento del tratamiento, entre ellas tenemos, el factor socioeconómico, el sexo, la edad, el nivel de educación, la relación médico paciente y hasta la cantidad de medicamentos que deben tomar en un solo día (3)(4).

Simultáneamente, los estudios realizados en diversas partes del mundo como Colombia, España, Cuba, entre otros muestran cómo la falta de adherencia farmacológica perjudica a los diversos sistemas de salud, generando mayores costos, también se observa como la falta de interés por parte del paciente. te en seguir con las indicaciones del médico perjudica a largo plazo el estado de salud del paciente.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La OMS define la adherencia al medicamento como el comportamiento del paciente al tomar el fármaco, siguiendo los lineamientos previamente dados por el médico tratante, estas recomendaciones pueden ser: modificación alimentaria, cambios en el estilo de vida y recomendaciones. Una inadecuada adherencia puede causar problemas al paciente y al sistema de salud, la principal causa del paciente es la rehospitalización por una recaída y del sistema de salud son los múltiples ingresos a los cuidados psiquiátricos. Antiguamente en el año 1997, una revisión dada por Fenton demostró que los pacientes que no se adhieren al tratamiento psicofarmacológico recaen en un 3,7% de las veces en un periodo de 6 meses a 2 años en comparación de los que siguen el plan terapéutico (5).

Además de esto, la Organización Mundial de la Salud, menciona que cerca de 450 millones de personas sufren de trastornos mentales, estudios realizados en España en el año 2020 destacó que los problemas mentales más frecuentes son la depresión y ansiedad, con este principio se evalúa la adherencia al tratamiento siendo este esencial para la efectividad de los psicofármacos, cuando existe el incumplimiento del tratamiento terapéutico se genera una barrera para la salud, perjudicando y llegando a instancia más severas de la enfermedad, los tratamientos descritos actualmente para mejorar los trastornos mentales son de alta eficacia, pero una falta de compromiso al apego terapéutico dificulta la mejoría de cada uno de ellos, para ello se trabaja en la comunicación y la información adecuadas a cada paciente (6).

Es importante conocer que la mala adherencia al tratamiento en trastornos mentales es influenciada por una variedad de factores. La falta de insight o conciencia sobre la enfermedad hace que muchos pacientes no reconozcan la necesidad de tratamiento, lo cual es común en la esquizofrenia. Los efectos adversos de los medicamentos y el temor a estos efectos también son causas significativas para la discontinuación del tratamiento, especialmente en el caso de los antidepresivos. Además, el estigma social y la autoestima asociada con los trastornos mentales disuaden a los pacientes de seguir sus tratamientos, ya que la internalización de estereotipos negativos reduce la confianza en el sistema de salud. La relación médico-paciente también es crucial; una comunicación deficiente y la falta de apoyo adecuado pueden llevar a que los pacientes abandonen el tratamiento o lo modifiquen sin consultar. Los factores socioeconómicos, como la falta de recursos para costear los medicamentos y asistir a consultas, y la presencia de comorbilidades como la ansiedad, complican aún más el

seguimiento adecuado de los tratamientos (7).

En efecto, tener una mala adherencia a un tratamiento médico puede llevar a un empeoramiento de la enfermedad, incremento de hospitalizaciones, complicaciones graves que podrían haberse evitado, y por lo tanto, genera una mayor tasa de morbimortalidad. Además, esta falta de cumplimiento puede aumentar los costos para el sistema de salud y disminuir la calidad de vida del paciente, quienes pueden experimentar síntomas más severos y frecuentes. A largo plazo, una mala adherencia puede llevar a la resistencia a los medicamentos, lo que dificulta el tratamiento de la patología y reduce las opciones terapéuticas disponibles (8).

## JUSTIFICACIÓN

Este estudio es relevante, debido a que permitirá identificar la prevalencia de adherencia a la medicación en una población específica y significativa, proporcionando datos que pueden mejorar las estrategias de intervención y manejo de los trastornos mentales, para garantizar la efectividad de los tratamientos, previniendo una recaída, mejorando los resultados clínicos y reduciendo las hospitalizaciones. Es por esto que es de suma importancia que el personal de salud identifique las barreras que se le pueden presentar a cada uno de los pacientes y de este modo mejorar la adherencia, ya que este es un problema de salud pública que debe ser intervenido (9).

Una adecuada adherencia significa que los pacientes siguen las indicaciones de los profesionales de la salud, lo cual puede llevar a una mejor eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y a una mejora en la salud mental de las personas afectadas. Por otro lado, la inadecuada adherencia puede resultar en recaídas en los pacientes y en un aumento de costos y recursos para el sistema de salud, como rehospitalizaciones y múltiples ingresos a cuidados psiquiátricos. Esto no solo afecta la salud individual de los pacientes, sino también la sostenibilidad y eficiencia de los servicios de salud en general. Es crucial poner énfasis en la importancia de la adherencia al tratamiento en trastornos mentales, ya que el incumplimiento puede llevar a un empeoramiento de la condición del paciente y dificultar su recuperación. Por lo tanto, promover la conciencia sobre la adherencia y trabajar en estrategias para mejorarla son aspectos fundamentales para abordar de manera efectiva los trastornos mentales y mejorar la salud mental de la población (10).

En igual forma, la prevalencia de la adherencia de tratamiento con psicofármacos es un estudio nuevo y relevante a la población, porque de esta manera se genera información que es útil para realizar una comparación con otros estudios que se hayan realizado tanto a nivel nacional, como internacional. En cuanto a su valor metodológico, este trabajo se basa en valorar la escala de Morisky para el diagnóstico de pacientes con trastornos mentales (11).

Cabe considerar, por otra parte, que los beneficiarios directos de este trabajo son los pacientes que padecen trastornos mentales, ya que una adecuada adherencia al tratamiento puede llevar a una mejora en su salud mental. Por otro lado, los beneficiarios indirectos incluyen a los familiares de estos pacientes, porque una buena adherencia puede contribuir a la estabilidad y bienestar de sus seres queridos. Es importante también

mencionar que los profesionales de la salud que trabajan con este grupo poblacional, como psiquiatras, psicólogos, enfermeros especializados en salud mental, entre otros, son también beneficiarios directos de una adecuada adherencia, ya que les permite brindar un tratamiento más efectivo y contribuir a la mejoría de sus pacientes (12)

## MARCO TEÓRICO

### Trastornos mentales

La OMS (1) establece que los trastornos mentales o trastornos psiquiátricos son caracterizados por alteraciones clínicas, cognitivas, regulación de emociones o del comportamiento de una persona. Estos se asocian a la pérdida o discapacidad funcional en distintas áreas, por lo que el paciente presenta dificultades en su calidad de vida, mantener relaciones, llevar a cabo actividades cotidianas y pueden tener un comportamiento autolesivo.

### Clasificación de trastornos mentales

En los trastornos del neurodesarrollo se incluyen aspectos que se manifiestan durante la infancia y alteran el desarrollo del sistema nervioso, tales como el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y las discapacidades intelectuales; estos trastornos pueden afectar las habilidades sociales, académicas y de comunicación (18).

Además, tenemos los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que son caracterizados por alteraciones en el pensamiento, percepción y comportamiento; dentro de este grupo la esquizofrenia es uno de los más conocidos, implicando síntomas como alucinaciones y delirios. Además, en esta categoría se incluyen el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante. Por otro lado, los trastornos bipolares son caracterizados por cambios extremos en el estado de ánimo, que van desde episodios maníacos de energía y euforia hasta episodios depresivos de tristeza y desesperanza (18).

Podemos incluir, dentro de los trastornos depresivos, condiciones como el trastorno depresivo mayor, que implica sentimientos persistentes de tristeza y pérdida de interés en actividades, mientras que los trastornos de ansiedad abarcan condiciones caracterizadas por miedo y ansiedad excesivos. También tenemos los trastornos obsesivo-compulsivos, los cuales se caracterizan por pensamientos intrusivos y conductas repetitivas. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es el más conocido, donde los individuos experimentan obsesiones y realizan compulsiones para aliviar la ansiedad. Otros trastornos en esta categoría incluyen el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de acumulación (18).

Además, existen los trastornos relacionados con el trauma y el estrés que surgen a partir de la exposición a eventos traumáticos o estresantes. El trastorno de estrés

postraumático (TEPT) es un ejemplo destacado, donde los individuos reviven el trauma a través de recuerdos intrusivos y pesadillas. Otros trastornos en esta categoría incluyen el trastorno de estrés agudo y el trastorno de adaptación. Los trastornos disociativos implican una desconexión en la conciencia, la memoria y la identidad. El trastorno de identidad disociativo, antes conocido como trastorno de personalidad múltiple, es uno de los más conocidos (18).

Otros incluyen la amnesia disociativa y el trastorno de despersonalización/desrealización. Así como los trastornos de la personalidad que son patrones persistentes de comportamiento y experiencia interna que se desvían de las expectativas culturales y causan disfunción. Ejemplos incluyen el trastorno de personalidad límite, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de personalidad paranoide (18).

Por último, como menos frecuentes, tenemos los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta: Incluyen condiciones como el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno de la conducta, caracterizados por comportamientos impulsivos y disruptivos; los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, que abarcan la adicción a sustancias como el alcohol y las drogas, así como comportamientos adictivos como el juego patológico. Estos trastornos tienen un impacto significativo en la vida personal y social de los afectados; y los trastornos neurocognitivos que implican un deterioro en la función cognitiva debido a condiciones como el delirium y los trastornos neurocognitivos mayores, tal es el caso de la demencia, y menores. Estos trastornos afectan la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar tareas cotidianas (18).

### **Adherencia a los psicofármacos.**

La palabra adherencia proviene del latín *adherentia* que es la aglutinación o el pegamento físico en distintos elementos. La adherencia en medicina en específico al tratamiento farmacológico hace referencia a la toma de la medicación de una manera ordenada y estricta que está regida bajo los parámetros del médico tratante, la cual estará basado en: horarios de la toma del medicamento, cómo tomar el medicamento, la especificación de que si existen efectos adversos al igual que la explicación de síntomas que podría presentar y también los diferentes controles que deberá realizar el paciente para comprobar si está cumplido con las recomendaciones propuestas por el médico (19).

### **Prevalencia de adherencia en pacientes con enfermedades mentales.**

La prevalencia de adherencia farmacológica depende netamente del tipo de enfermedad que se esté por tratar, estudios realizados en varias partes del mundo muestran que el cumplimiento de la toma de medicamentos varía entre un 50 a 70%, el artículo realizado por María Alvear y colaboradores toman como referencia la inclusión de 15 artículos, donde se menciona que cerca del 7,7 al 60,6% no se adhieren al plan psicofarmacológico. Por otro lado, en un estudio realizado por el profesor John Weinman, evalúa el ¿Por qué el paciente no toma el medicamento correctamente?, dando como resultado que el 30% de los pacientes olvida tomar el medicamento o no sigue los lineamientos propuestos correctamente por el médico, mientras que el otro 70% de los pacientes han tomado la decisión propia de no seguir con el tratamiento (3, 19).

### **Factores de riesgo**

Los factores mencionados por la OMS son cinco: primero tenemos el factor socioeconómico, seguido de este tenemos el factor relacionado con el tratamiento, el tercer factor se relaciona con el paciente, otro factor se relaciona con la enfermedad y por último el relacionado con el equipo. Los factores mencionados anteriormente hacen referencia a la falta de atención sobre los pacientes, debido a que los factores como el socioeconómico limitan al paciente al igual que la falta de educación donde la interacción médico paciente es de suma importancia para que pueda guiar de una manera correcta al paciente al momento de seguir con un tratamiento psicofarmacológico (4)

Como se mencionó anteriormente, existen estudios realizados sobre factores asociados a la adherencia farmacológica, en los cuales se menciona que el seguimiento o control varía dependiendo del paciente en esto se incluye la edad, el sexo, el nivel de educación y la cantidad de medicamentos a tomar, en cambio, un estudio realizado en Colombia determina que el factor socioeconómico influye de una manera perjudicial al cumplimiento del tratamiento sin olvidar el nivel de educación que tiene el paciente. Otros estudios recalcan que el factor demográfico afecta más a la falta de adherencia, en este contexto hace referencia a la edad, sexo y raza, también factores como las creencias religiosas relacionadas con tratamientos alternativos (4).

## **MARCO LEGAL**

Reglamento de la Constitución de la República del Ecuador del año 2008, el artículo 32 “Derecho a la salud” garantiza que todas las personas tengan derecho a una salud integral, para ello se da un acceso total a la atención médica necesaria para contar con un diagnóstico y un tratamiento adecuado (20).

Adicionalmente, en el artículo 36 “Derechos de las personas adultas mayores” se garantiza el acceso al servicio de salud sin discriminación, enfocándose en la atención física, psíquica y social para asegurar una inclusión justa (20).

El artículo 43 “Derechos de las personas con discapacidad” se enfoca en personas con discapacidad, pero también se incluye a los adultos mayores que presenten enfermedades crónicas y necesitan un tratamiento psicofarmacológico que afecten la adherencia al momento de medicarse (20).

El artículo 43 “Derecho a la protección de la salud mental” garantiza una atención integral en el sistema de salud público y privado para la salud mental del adulto mayor, permitiéndole la medicación psicofarmacológica (20).

## **ESTUDIOS PREVIOS**

El primer estudio se realizó en el país de Colombia el cual reveló que la falta de adherencia al tratamiento son por las barreras que dan acceso al paciente geriátrico como lo son la dependencia funcional, la parte socioeconómica, el déficit cognitivo, tiempos de la toma del medicamento entre otros, donde ellos usaron la Escala de adherencia de Morisky de 8 ítems con la finalidad de abordar el incumplimiento al tratamiento psicofarmacológico (13).

Dentro de este orden de ideas, se destaca que la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes geriátricos se ve influenciada por múltiples factores que afectan la vida diaria de los pacientes, tales como la dependencia funcional y los problemas cognitivos (13).

En cuanto, al segundo estudio se presenta un enfoque descriptivo y transversal. Este análisis profundiza en los factores que dificultan la adherencia al tratamiento, incluyendo aspectos como el nivel socioeconómico, el grupo etario, el sexo y la cantidad de medicamentos consumidos (14). De este modo, uno de los puntos que resalta el estudio es que la barrera más relevante para la falta de adherencia es el deterioro cognitivo asociado a la edad de los pacientes. Este factor contribuye a que los pacientes olviden tomar sus medicamentos, lo que impacta negativamente en el control de sus enfermedades crónicas (14).

En relación con este tema, el tercer estudio, revela que factores como el consumo de tabaco y alcohol son determinantes en la no adherencia al tratamiento. Se utilizó el Test de Morisky-Green en una muestra de 216 pacientes, encontrando que los problemas relacionados con el consumo de sustancias tienen un impacto importante en el cumplimiento de los tratamientos. En resumidas cuentas, el estudio muestra que la polifarmacia y la presencia de comorbilidades no son las únicas barreras, sino que también el consumo de tabaco es un factor clave para la falta de adherencia. En este sentido se comprende, que las intervenciones deben centrarse en abordar estos hábitos, además de considerar los aspectos médicos (15).

En este contexto, el estudio realizado en Cuba, identifico varios factores como el nivel de educación, el sexo y la ocupación como determinantes claves en la adherencia al tratamiento. Así mismo, se destaca que la resistencia al tratamiento y las reacciones adversas son factores que afectan la decisión del paciente de continuar con el tratamiento prescrito (16).

Finalmente, el estudio realizado en España, manifiesta que, en los países desarrollados, la adherencia al tratamiento es también un desafío significativo, con un cumplimiento que no supera el 50%. El siguiente punto, trata de los factores principales, donde el costo del tratamiento, junto con el número de medicamentos que los pacientes deben tomar diariamente más la falta de comunicación entre médicos y pacientes sobre los tratamientos puede llevar a que los pacientes abandonen el tratamiento debido a la falta de comprensión (17).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la prevalencia de la adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos con tratamiento de trastornos mentales, a largo plazo en el centro de salud mental del Ecuador, en el período 2024.

### **Objetivos Específicos**

*OE1.* Validar la escala de Morisky de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en adultos ecuatorianos con trastornos mentales mediante la fiabilidad y validez (convergente y divergente) con el análisis factorial confirmatorio.

*OE2.* Identificar la prevalencia de la adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos en función a los trastornos mentales.

*OE3.* Relacionar la adherencia a la medicación según sexo, grupo etario, grupos de psicofármacos frecuentes, y cantidad de fármacos que deben consumir, de los pacientes de la muestra.

## HIPÓTESIS

### Hipótesis General (*HG*)

***HG.*** En el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, en el año 2024, menos del 50% de los adultos con trastornos mentales mostrarán una adherencia completa a la medicación psicofarmacológica.

### Hipótesis Específicas (*HE*)

***HE1.*** La escala de Morisky (MMAS-8) presenta una fiabilidad y validez adecuadas para evaluar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en adultos ecuatorianos con trastornos mentales, mostrando índices satisfactorios en el análisis factorial confirmatorio y en las pruebas de validez convergente y divergente (*OE1*).

***HE2.*** La prevalencia de adherencia a la medicación para psicofármacos varía significativamente entre los distintos tipos de trastornos mentales en adultos ecuatorianos, siendo mayor en pacientes con trastornos de ansiedad en comparación con aquellos con trastornos del estado de ánimo (*OE2*).

***HE3.*** La adherencia a la medicación para psicofármacos es significativamente diferente entre sexo, y grupos etarios y grupos de psicofármacos, siendo mayor en adultos mayores y en aquellos que utilizan antidepresivos en comparación con antipsicóticos y ansiolíticos en adultos jóvenes (*OE3*).

## METODOLOGÍA

### Diseño de la investigación.

La investigación siguió un diseño observacional descriptivo de corte transversal (21). Este diseño fue adecuado para describir la prevalencia de adherencia al tratamiento y los factores epidemiológicos asociados en pacientes con trastornos neuropsiquiátricos.

### Población

La población de estudio fueron los pacientes que fueron atendidos en consulta subsecuente de área de consulta externa en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (22) debido a la heterogeneidad de la población y riesgo de sesgo por población. En el Ecuador existen 1.099.703 pacientes diagnosticados con trastornos mentales. Específicamente, en el Instituto de Neurociencias de la junta de beneficencia de Guayaquil se atiende un promedio de 7000 consultas mensuales.

### Muestra

Se realizó un muestreo (23) en el cual se demostró de 379 pacientes que tienen enfermedades mentales del instituto en la que se utilizó la fórmula de Sierra Bravo, donde se tuvo una N de 7000 pacientes, un valor de k de 95% que equivale a una z de 1.96, un valor de probabilidad de que ocurra el evento de 50% y 50% de que no ocurra, y un margen de error de 0.05.

Muestra: 379

$$n = \frac{k^2 p * q * n}{(e^2 * (n - 1)) + k^2 * p * q}$$
$$n = 7000$$
$$k = 95\% = z = 1.96$$
$$p = 50$$
$$q = 50$$
$$e = 0.05$$
$$n = \frac{4 * 0.5 * 0.5 * 7000}{0.0025 * (7000 - 1) + 4 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{18.49}{7000}$$
$$n = 379$$

Se realizó un análisis descriptivo donde se presenta las características sociodemográficas, los diferentes diagnósticos clínicos y por último la variedad de medicamentos, esta muestra se realizó en un total de 379 pacientes (Tabla 1), la siguiente muestra se compuso mayormente por el sexo femenino en un porcentaje del 54% ( $n = 206$ ) y el restante en un valor del 46% de masculinos ( $n = 173$ ), donde la edad media era de los 47,3 años ( $\pm 19,4$ ) y una mediana de 43 años (rango: 18 a 88 años), predominando los 18 a 39 años (39%), seguidos de los de 60 años o más (30,9%) y los de 40 a 59 años representaban el 30,1%. La edad promedio fue de  $47,3 \pm 19,4$  años; Mediana: 43 [Mín: 18 - Máx: 88]

Con respecto al diagnóstico se usó la clasificación del CIE-10, los grupos más fuertes corresponden a diferentes trastornos como esquizofrénicos, esquizotípicos y delirantes (F20-F29), representando el 31% ( $n = 116$ ), sobre los trastornos neuróticos, se encontró el estrés y los somatomorfos (F40 - F48), los cuales representan el 27% ( $n = 102$ ), continuando tenemos a los trastornos del humor (F30 - F39), con el 14% ( $n = 53$ ), también tenemos los trastornos mentales orgánicos donde se incluye a los sintomáticos (F00 - F09), con el 13% ( $n = 51$ ), así mismo tenemos los trastornos episódicos y paroxísticos con un 6,6 % ( $n = 25$ ), en cuanto al retraso mental se representa con un 3,4% ( $n = 13$ ) y por último tenemos a los trastornos mentales por comportamiento inducido por sustancias psicoactivas con un 2,6% ( $n = 10$ ).

Los caracteres en términos de comorbilidades se inician con pacientes que tienen hipertensión arterial en un 17% ( $n = 64$ ), seguidos de diabetes mellitus, con un 6,9% ( $n = 26$ ).

Por otra parte, los grupos de medicamentos que se utilizaron con mayor frecuencia son los neurolepticos atípicos, con un 34% ( $n = 127$ ), también había neurolepticos típicos, con un 20% ( $n = 75$ ), continuando teníamos a los antidepresivos, con un 23% ( $n = 87$ ), seguido había los antiepilépticos, con un 12% ( $n = 44$ ) y por último teníamos a los anticolinérgicos 2,9% ( $n = 11$ ) y los sedantes, con el 2,4% ( $n = 9$ ).

**Tabla 1.** Descriptivos de las variables sociodemográficas, diagnósticos y grupo de medicamentos (n = 379)

VARIABLES	n (%)
<b>SEXO</b>	
Masculino	173 (46)
Femenino	206 (54)
<b>EDAD</b>	
18-39 años	148(39,0)
40-59 años	114(30,1)
60 años o más	117(30,9)
<b>CIE-10-1</b>	
F00-F09	51 (13)
F10-F19	10 (2.6)
F20-F29	116 (31)
F30-F39	53 (14)
F40-F48	102 (27)
F50-F59	6 (1.6)
F60-F69	1 (0.3)
F70-F79	13 (3.4)
G20-G26	2 (0.5)
G40-G47	25 (6.6)
<b>DIAGNOSTICO</b>	
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	116 (31)
Retraso mental	13 (3.4)
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	6 (1.6)
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	1 (0.3)
Trastornos del humor	53 (14)
Trastornos episódicos y paroxísticos	25 (6.6)
Trastornos extrapiramidales y del movimiento	2 (0.5)
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	51 (13)
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	10 (2.6)
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	102 (27)
<b>DM</b>	
Presencia	26 (6.9)
Ausencia	353 (93)
<b>HTA</b>	
Presencia	64 (17%)
Ausencia	315 (83)
<b>GRUPO MEDICAMENTOSO</b>	
ANTICOLINERGICO	11 (2.9)
ANTIDEPRESIVO ISRS	87 (23)
ANTIDEPRESIVO TRICICLICO	2 (0.5)
ANTIEPILEPTICO	44 (12)
HIPNOTICO	1 (0.3)
NEUROLEPTICO ATIPICO	127 (34)
NEUROLEPTICO TIPICO	75 (20)
NORMOTIMICO	1 (0.3)
OTROS	22 (5.8)
SEDANTE	9 (2.4)

### **Criterios de inclusión**

- El paciente debía ser diagnosticado de alguna patología neuropsiquiátrica.
- Tenía que ser mayor de 18 años.
- Tuvo que ser atendido por consulta subsecuente.
- Pacientes tratados con psicofármacos.
- Pacientes que poseían el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con alguna patología neuropsiquiátrica que no permita que responda de manera adecuada a los requerimientos.
- Pacientes que no posean consentimiento informado.
- Pacientes con trastornos mentales que sin tratamiento farmacológico.

### **Instrumentos para la obtención de la información**

Se utilizó la escala de Morisky-Green de 8 ítems, donde el objetivo principal fue medir de una manera sencilla la adherencia al tratamiento, para ello existe un sistema de puntuación que se valida en 8 puntos, donde se responderá Si o No a las diversas preguntas ya planteadas, la siguiente prueba tiene un alto valor predictivo sobre todo en enfermedades crónicas de igual forma el test es de costo bajo, por otra parte, los pacientes se dividen en grados mediante la puntuación obtenida (24). Fue validada en España con un CFI = .90, GFI = .99 y RMSEA = 0.06 (25). En Tailandia, la escala obtuvo una fiabilidad de Cronbach  $\alpha$  de .70. (26)

### **VARIABLES**

#### **Dependientes**

La variable dependiente para esta investigación fue la adherencia del tratamiento psicofarmacológico utilizando la puntuación total de la Escala de Morisky.

#### **Independientes**

- Edad: Se establecen intervalos entre las edades partiendo desde los 18 años.
- Sexo: Femenino o Masculino.
- Nivel educativo: Sin educación, educación primaria, educación secundaria, educación superior, posgrado.
- Grupo de medicamentos para psicofármacos

## **Sesgos y control de sesgos**

El sesgo representa un error sistemático que puede ocurrir en cualquier etapa de la investigación, comprometiendo la validez interna y externa de los resultados. Por tanto, es fundamental implementar estrategias de control para minimizar su impacto y obtener resultados que reflejen la realidad con la mayor objetividad posible, permitiendo así que el estudio pueda servir como referencia para futuras investigaciones (27).

En este estudio, se identificó el sesgo de información, asociado a la confiabilidad de las preguntas utilizadas en los instrumentos de recolección de datos. Para mitigar este sesgo, se sometieron los ítems a una validación por expertos en la materia, asegurando que las preguntas fueran adecuadas para cuantificar y analizar las variables de interés. Además, los instrumentos fueron adaptados al contexto sociocultural específico del país y ciudad donde se llevó a cabo el estudio, garantizando así su pertinencia y validez (27).

Respecto al sesgo de selección, se detectó el sesgo de aceptabilidad social. Este sesgo ocurre cuando los participantes tienden a responder de manera que perciben como socialmente deseable, ocultando aspectos de su patología o proporcionando respuestas que creen que el entrevistador espera escuchar. Para minimizar este sesgo, se buscó crear un ambiente de confianza durante las entrevistas, favoreciendo una comunicación honesta y veraz entre el entrevistador y el entrevistado (27).

Finalmente, se identificó un sesgo de diseño, específicamente el sesgo de confusión. Este sesgo surge cuando no se logra diferenciar adecuadamente entre asociaciones espurias y causales. Para controlarlo, se implementaron rigurosas técnicas de análisis estadístico, que permitieron ajustar por posibles factores de confusión, mejorando así la validez de los hallazgos del estudio (27).

## **Procedimientos**

Esta investigación estuvo basada en el proyecto “Validación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) para psicofármacos y características en adultos con regímenes de tratamiento de trastornos mentales a largo plazo en un centro de salud mental de Ecuador, 2023-2024”, del hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, en la cual el código de ética asignado fue *7-EO-CEISH-HLV-2023*. Los investigadores del Instituto de Neurociencias de Guayaquil recolectaron los datos de las historias clínicas de los pacientes que se suministró la escala de adherencia de tratamiento y que presentaban el diagnóstico de trastornos

mentales. Posteriormente, se realizó una base de datos con las variables para esta investigación utilizando los datos sociodemográficos y las respuestas de los ítems de la escala de adherencia de tratamiento. Cabe recalcar que se tuvo presente las consideraciones éticas según las declaraciones de Helsinki, teniendo presente la confidencialidad y la anonimización de cada uno de los pacientes con trastornos mentales.

### **Análisis estadístico**

Para validar la escala de Morisky de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en adultos ecuatorianos con trastornos mentales, se calculó el coeficiente *alfa de Cronbach*, *Omega de McDonald*, *Fiabilidad Compuesta* y *lambda de Guttman* para evaluar la consistencia interna de la escala. Luego de esto se empleó un software estadístico como *R*, utilizando bibliotecas especializadas. Además, se calculó el coeficiente omega de *McDonald* para complementar el análisis de fiabilidad, utilizando herramientas estadísticas similares. Se esperó que ambos coeficientes sean superiores a 0.70, lo cual indicó una alta consistencia interna de la escala.

Por otro lado, para identificar la prevalencia de la adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos con trastornos mentales en función del sexo, grupo etario y cantidad de psicofármacos que consumen, se realizaron análisis descriptivos. Se utilizaron tablas de contingencia y porcentajes para describir la prevalencia, empleando SPSS versión 21. Después de esto, se llevó a cabo una prueba de chi-cuadrado para determinar si existen diferencias significativas en la prevalencia de adherencia por sexo y edad.

Mientras que, para analizar la adherencia a la medicación en función del grupo de psicofármacos de los pacientes de la muestra, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de dos vías. Este análisis permitió evaluar las diferencias en la adherencia a la medicación entre diferentes grupos de psicofármacos y grupos etarios. Si el ANOVA mostró diferencias significativas, se llevaron a cabo pruebas post hoc, como el test de Tukey, para identificar qué grupos específicos difieren entre sí. Este enfoque permitió comprender cómo varía la adherencia en función del tipo de medicación y la edad de los pacientes.

## RESULTADOS

Para empezar, se realizó un análisis factorial el cual confirmaría la escala de Morisky con la muestra de 379 pacientes. El modelo presentó un adecuado ajuste a los resultados, es decir el *Comparative Fit Index (CFI)* mostró un valor de 0.969 y el Tucker-Lewis Index (TLI) con el Bentler-Bonett Non-normed (NNFI) alcanzó un valor de 0.957, lo que se indica como un buen ajuste del modelo, para reafirmar este ajuste el Relative Noncentrality Index (RNI) y el Bentler-Bonett Normed (NFI), mostraron resultados de 0.969 y 0.939, reafirmando el ajuste de calidad.

Además de esto, se analizó los índices de error, como el Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) con un resultado de 0.051 y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) con un valor de 0.049, lo que nos indica un ajuste aceptable con un intervalo de confianza del 95%, el cual está entre 0.025 y 0.073, para respaldar esta hipótesis se presentó la probabilidad asociada al RMSEA (RMSEA p) el cual arrojó un valor de 0.481.

Para finalizar, se analizó el chi-cuadrado ( $X^2$ ) que arrojó un valor significativo de 38.3,  $gl=20$ ,  $p = 0.008$ , esto es importante ya que se interpreta como un ajuste inadecuado, sin embargo, los índices relativos y de error dan un balance a este ajuste, haciendo que la escala de Morisky sea adecuado para la siguiente estructura factorial.

**Tabla 2.** *Análisis factorial de la escala de Morisky (n = 379)*

	<b>Model</b>
Comparative Fit Index (CFI)	0.969
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.957
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.957
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.969
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.939
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.915
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.970
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.671
SRMR	0.051
RMSEA	0.049
Lower	0.025

Upper	0.073
RMSEA p	0.481
X <sup>2</sup>	38.3
df	20
p	0.008

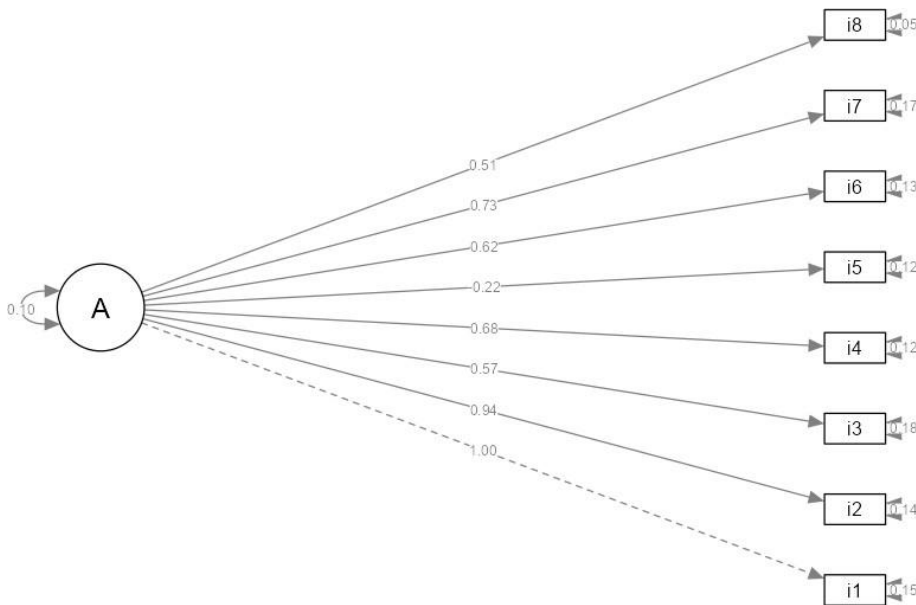
**Fuente:** Base de datos de la investigación.

**Elaborado por:** investigadoras

La escala de Morisky, se compone de 8 ítems, este modelo presentó una psicometría satisfactoria al ser estudiando dentro de la muestra de 379 pacientes, su consistencia interna fue alta con un coeficiente de Cronbach ( $\alpha$ ) de 0.81 y un coeficiente omega ( $\omega$ ) de 0.82, lo que nos da una fiabilidad de medición.

A parte, el Valor Promedio Extraído (AVE) de 0.61, nos da una validez aceptable debido a que más del 60% de los ítems refuerzan y respaldan el uso de esta herramienta como un modelo de validación y fiabilidad para la adherencia a la medicación psicofarmacológica en los pacientes estudiados.

**Figura 1.** Modelo de la escala de Morisky (n = 379)



**Nota:**  $\alpha = .81$ ,  $\omega = .82$  y AVE = .61

**Tabla 3. Adherencia según el sexo.**

GRUPO ETARIO	ADHERENCIA						Estadístico
	ALTA		MEDIA		BAJA		
	N	%	N	%	N	%	
Femenino	1	0,5	77	37,4	128	62,1	$\chi^2 = 6,698$ $p = 0,035$
Masculino	5	2,9	78	45,1	90	52,0	
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>1,6</b>	<b>155</b>	<b>40,9</b>	<b>218</b>	<b>57,5</b>	

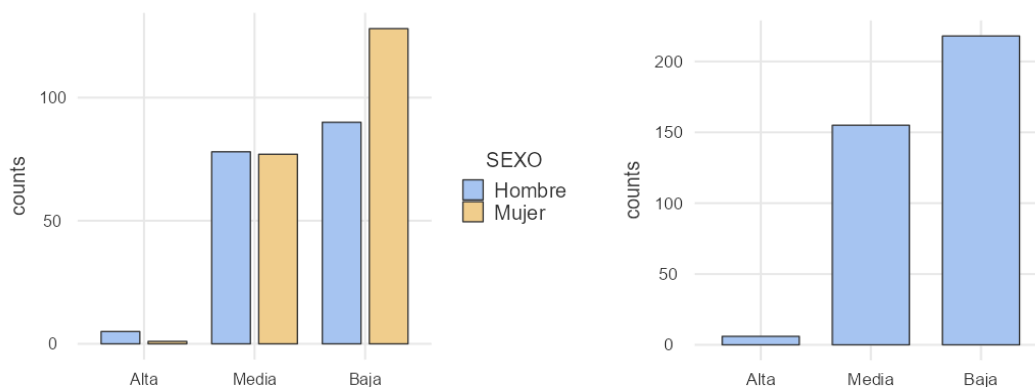
**Fuente:** Base de datos de la investigación.

**Elaborado por:** investigadoras

**Interpretación:**

Se realizó un análisis sobre la adherencia del tratamiento en relación con el sexo en los 379 pacientes, en el cual se obtuvo como resultado que tanto en el sexo masculino como en el femenino la adherencia es Baja. El sexo femenino mostró porcentajes de 0,5; 37,4 y 62,1% de adherencia Alta, Media y Baja, respectivamente. Mientras que, el sexo masculino evidenció porcentajes de 2,9; 45,1; y 52%, respectivamente de adherencia Alta, Media y Baja. Esto muestra que las mujeres con trastornos mentales son menos adherentes a los psicofármacos que los hombres, diferencia que resultó estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Figura 2. Distribución de adherencia por sexo.**



**Tabla 4.** Relación entre la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y el grupo etario.

GRUPO ETARIO	ADHERENCIA						<i>Estadígrafo</i>
	ALTA		MEDIA		BAJA		
	N	%	N	%	N	%	
18 - 39 años	1	0,7	43	29,1	104	70,3	
40 - 59 años	3	2,6	51	44,7	60	52,6	$X^2 = 18,238$ $p = 0,001$
≥ 60 años	2	1,7	61	52,1	54	46,2	
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>1,6</b>	<b>155</b>	<b>40,9</b>	<b>218</b>	<b>57,5</b>	

**Fuente:** Base de datos de la investigación.

**Elaborado por:** investigadores

La tabla 4 nos relaciona la edad de los pacientes y la adherencia a la medicación, mostrándonos como resultado diferencias muy significativas estadísticamente entre los niveles de adherencia ( $p = 0.001$ ), evaluadas por medio de la prueba de  $X^2$ . Los pacientes que tienen mejor adherencia son los del grupo con mayor edad, con un 53,8% Media-Alta, por un 47,3% de Media-Alta en los de 40 a 59 años, mientras que, apenas el 29,8% de los menores de 40 años muestra una adherencia Media-Alta y más de un 70% Baja.

**Tabla 5.** Medida de Adherencia psicofarmacológica

GRUPOS DE MEDICAMENTOS	ADHERENCIA		
	ALTA	MEDIA	BAJA
ANTICOLINERGICO ( $n = 11$ ; 2.9%)	-	5 (45%)	6 (55%)
ANTIDEPRESIVO ISRS N = 87 (23%)	3 (3.4%)	35 (40%)	49 (56%)
ANTIDEPRESIVO TRICICLICO N = 2 (0.5%)	-	1 (50%)	1 (50%)
ANTIEPILEPTICO N = 44 (12%)	-	11 (25%)	33 (75%)
HIPNOTICO N = 1 (0.3%)	-	-	1 (100%)
NEUROLEPTICO ATIPICO N = 127 (34%)	1 (0.8%)	55 (43%)	71 (56%)
NEUROLEPTICO TIPICO N = 75 (20%)	1 (1.3%)	37 (49%)	37 (49%)
NORMOTIMICO N = 1 (0.3%)	-	-	1 (100%)
OTROS N = 22 (5.8%)	1 (4.5%)	10 (45%)	11 (50%)

<b>SEDANTE N = 9 (2.4%)</b>	-	1 (11%)	8 (89%)
-----------------------------	---	---------	---------

---

**Nota:**  $X^2=17.65, p=0.48^2$

**Fuente:** Base de datos de la investigación.

**Elaborado por:** investigadores

La tabla 5 nos muestra la relación entre el grupo farmacológico y los niveles de adherencia al tratamiento con los mismos. La gran mayoría de pacientes se catalogaron en niveles bajo y medio, indistintamente del grupo de medicamentos, a pesar de que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $\chi^2 (18) = 17.65, p = 0.482$ ).

Hablando sobre el grupo de fármacos anticolinérgicos ( $n = 11, 2.9\%$ ), un 45% de participantes tuvo una adherencia media, por el contrario, un 55% presentó adherencia baja. Por otro lado, en los antidepresivos ISRS ( $n = 87, 23\%$ ), se obtuvieron porcentajes del 3.4%, 40% y 56%, para el nivel de adherencia alta, media y baja, respectivamente. En cuanto a los antiepilépticos ( $n = 44, 12\%$ ), no hubo pacientes con adherencia al tratamiento alta, sobre la adherencia media se obtuvo un 25% y la adherencia baja fue el porcentaje más alto, siendo este un 75%. De la misma forma con los sedantes ( $n = 9, 2.4\%$ ) y normotímicos ( $n = 1, 0.3\%$ ), que tuvieron una baja adherencia. En el grupo farmacológico más grande, los neurolépticos atípicos ( $n = 127, 34\%$ ), se obtuvo un 56% de adherencia baja, 43% de adherencia media y solo un 0.8% de adherencia alta. Por último, tenemos los neurolépticos típicos ( $n = 75, 20\%$ ), que en las adherencias media y baja se obtuvo porcentajes del 49%, a diferencia del alta (1.3%).

A pesar de que no se mostraron grandes diferencias entre estas dos variables, se evidenció que existe más prevalencia de adherencia baja en todos los grupos psicofarmacológicos, esto nos puede sugerir que esta población tiene obstáculos para cumplir con el tratamiento de manera adecuada.

**Tabla 6.** Relación entre la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y la cantidad de psicofármacos que deben tomar.

CANTIDAD PSICOFARM	ADHERENCIA						Estadígrafo
	ALTA		MEDIA		BAJA		
	N	%	N	%	N	%	
Uno	0	0	7	46,7	8	53,3	$\chi^2 = 1,548$ $p = 0,818$
Dos	3	2,5	50	41,7	67	55,8	
3 o más	3	1,2	98	40,2	143	58,6	
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>1,6</b>	<b>155</b>	<b>40,9</b>	<b>218</b>	<b>57,5</b>	

Fuente: Base de datos de la investigación.

Elaborado por: investigadores

La Tabla 6 muestra como a medida que aumentan el número de psicofármacos que deben tomar los pacientes la adherencia disminuye, a pesar de que la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). En los pacientes que solo consumen uno, a pesar de haber ninguno con adherencia alta (fueron solo 15 pacientes), el 46,7% tiene adherencia Media y un 53,3% Baja. Por otro lado, los que consumen dos muestran un 44,2% de adherencia Media-Alta, por un 55,8 Baja. En los que su terapia consiste en tres o más psicofármacos la adherencia Media-Alta representó solo el 41,4%, con un incremento de la clasificación Baja, hasta 58,6%.

## DISCUSIÓN

La presente investigación analizó un total de 379 pacientes, 173 hombres y 206 mujeres. Con grupo etario predominante de personas entre los 18-39 años, o lo que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adultos jóvenes. El diagnóstico más común fue el de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes con un 31%, seguidos por los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos con un 27% del total. En los pacientes se hallaron también padecimientos físicos crónicos, como diabetes mellitus e hipertensión arterial en el 26 y 17%, respectivamente. Los medicamentos más utilizados fueron los neurolépticos atípicos y los antidepresivos ISRS al igual que los antiepilépticos, con el 34 y 23% respectivamente.

En lo relativo a la adherencia de forma general, fue baja como nivel predominante. Siendo el sexo femenino, las que mostraron menor adherencia a los psicofármacos, en la comparativa con los hombres ( $p < 0,05$ ). Se halló también que, a mayor edad, mejor adherencia por parte de los pacientes ( $p = 0,001$ ), especialmente el grupo del adulto medio (40-59 años).

Respecto a la relación entre el grupo de fármacos y niveles de adherencia, para los anticolinérgicos, la adherencia fue baja (55%); para los antidepresivos, se halló similar cifra de adherencia baja (56%); los antiepilépticos, la adherencia baja fue incluso mayor con un 75%. Cifras similares arrojaron los sedantes y los normotímicos, al igual que con los neurolépticos atípicos, con un 56% este último.

También esta investigación halló que, a mayor ingesta de fármacos, menor la adherencia a ellos, incluso sin ser estadísticamente significativa ( $p = 0,08$ ). Igualmente, aquellos que consumen al menos un fármaco, la adherencia de manera general es baja (53,3%).

De igual manera, se realizó un análisis factorial el cual confirmaría la escala de Morisky con dicha muestra. El modelo *Comparative Fit Index (CFI)* mostró un valor de 0.969 y el Tucker-Lewis Index (TLI) con el Bentler-Bonett Non-normed (NNFI) alcanzó un valor de 0.957, mientras que el Relative Noncentrality Index (RNI) y el Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI), mostraron resultados de 0.969 y 0.939, reafirmando el ajuste de calidad. Se analizaron igualmente los índices de error Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) con un resultado de 0.051 y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) con un valor de 0.049, lo con un intervalo de confianza (IC)

del 95%, el cual está entre 0.025 y 0.073, para respaldar esta hipótesis se presentó la probabilidad asociada al RMSEA (RMSEA p) el cual arrojó un valor de 0.481.

Por otro lado, varios estudios recientes muestran igualmente una predisposición a baja adherencia para el tratamiento de psicofármacos. Es importante mencionar que la presencia de los trastornos mentales a nivel mundial se estima en cifra superiores a los 450 millones de personas, según datos de la OMS. Mientras que los trastornos psiquiátricos suele asociarse con un sufrimiento personal significativo, así como con malestar social y trastornos funcionales en la vida y se estima que afectan a aproximadamente al 17,6% de la población adulta mundial (28).

Entre los estudios más recientes están el de Zeleke et al.(29), en dónde el 50,5% no mostró adherencia al tratamiento de psicofármacos. En una investigación en dónde la edad media fue de 34.7 ( $\pm 11.2$ ), con ligero predominio masculino (57,3%). En dónde, además, predominó la esquizofrenia y los trastornos depresivos como los principales diagnósticos, con un 48,2 y 18,4% respectivamente. La presencia de comorbilidades fue similar a nuestro estudio con un 36,1%, lo cual es llamativo también, pues para ser un grupo etario joven, mostró una presencia alta de comorbilidades.

Otra cifra importante de baja adherencia se pudo hallar en la investigación de Dikec y Timarcioglu en dónde un 78% de pacientes de personas encuestadas, tienen baja adherencia al tratamiento con psicofármacos. Aquí las mujeres predominaron (52%), el 63% están con tratamiento de antidepresivos, siendo el síndrome de ansiedad el más común con un 45% del total de patologías (30).

Otras investigaciones en cambio, arroja cifras mucho más altas de adherencia a estos fármacos en particular. Por ejemplo, Ali et al.(31), encontró un 60,20% de niveles altos. En un estudio con mayoría masculina (54%), en edades mayoritariamente entre los 30-60 años, lo cual es mucho más llamativo pues a mayor edad, mejor adherencia según la literatura, y en este estudio apenas el 14,3% eran mayores a 60 años. Cabe mencionar también que ninguna de las variables asociadas (edad, sexo, años con la enfermedad, tiempo de tratamiento) mostraron cifras estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

En la India, por su parte, Tirkey y José, hallan igualmente alta adherencia al tratamiento, con un 62,7% del total de pacientes, mostrando niveles óptimos de adherencia. En este análisis, el grupo etario mayoritario fue aquel entre los 31-45 años. Con una presencia del 60% hombres, un 69,5% de personas con diagnóstico de trastorno

afectivo bipolar, mientras que la mayoría (80,9%) toman antipsicóticos (32).

Igualmente, en la India, Ramamurthy et al.(33), realiza un meta-análisis en el cual se extraen datos de un total de 32 estudios, que totalizan una muestra de casi 5000 pacientes con alguno de los padecimientos antes aludidos. Entre los resultados más llamativos, está los niveles de adherencia, que oscilan entre el 50-80% de adherencia a dichos tratamientos. Lo cual, sin dudas, se trata de cifras bastante altas, comparadas con nuestra investigación.

Mientras que, en Etiopía, Gudeta et al. (34), un total de 395 personas fueron encuestadas con el fin de medir adherencia a tratamiento psicofarmacológico. Los niveles fueron medianamente óptimos (62,3%), en una muestra con media etaria de 33 años, en dónde el rango de edad predominante fue aquel entre los 30-39 años. Aquellos que no se adhirieron arguyeron problemas económicos, largas filas para adquirirlo o problemas con los especialistas que los sugerían, mayormente, falta de confianza en los galenos.

Es importante mencionar aquí, que, de manera general, el umbral porcentual que generalmente se utiliza en la literatura para que sea considerada óptima, es la cifra cercana al 70% del total de pacientes que se hayan adherido al tratamiento (35). Aunque esto puede variar según el autor que se revise, por ejemplo, las cifras entre 50-70% son muy aceptadas en la literatura igualmente. Cabe mencionar que esto puede variar en dependencia del tipo de fármacos utilizados y el tipo de padecimiento en cuestión, la media etaria, presencia de comorbilidades, entre otros aspectos (36).

En esta misma línea, porcentajes cercanos al 56% de adherencia fueron mostrados en el artículo de Mohamed et al. (37), para casos de pacientes con esquizofrenia. En edades media de 34,2 y DE de 10,39 años, con mayoría varonil (56,89%). Las razones principales mencionadas para la no adherencia fueron que olvidan tomarlas y que sólo toman cuando están enfermos. Factores como la edad, sexo, tabaquismo y consumo de alcohol fueron tomados en cuenta con el fin de hallar justificación para la no adherencia, sin embargo, ninguno de ellos tuvo relevancia significativa ( $p>0,05$ ).

Un meta-análisis del año 2023, sobre la adherencia de este tipo de fármacos, analizó un total de 11 estudios en los cuales se utilizaron hasta 7 herramientas diferentes con el fin de medir adherencia. Los estudios mostraron a grandes rasgos, resultados muy similares a los nuestros, con cifras que variaron desde el 46.6 hasta el 60.7% en lo que respecta a poca o baja adherencia (38).

Otro meta-análisis similar, del año 2023 igualmente, arroja también resultados similares al estudio anteriormente descrito. Este como tal, tomó en cuenta un total de 22 estudios, en el cual se mostraron edades en rangos bastante mayores (14-65 años). Dos categorías de factores de riesgo fueron protectores para la adherencia a los medicamentos, es decir, condicionantes para lograr la adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos. Ambos mostraron un OR combinada de 0,54 (95% IC: 0,47-0,61; I<sup>2</sup> = 83,2; P < 0,05): niveles más altos de apoyo (apoyo familiar, apoyo social) y actitudes y comportamientos positivos del tratamiento. Aspectos que lamentablemente, fueron soslayados en nuestra investigación (39).

Diferentes estudios han demostrado la importancia de no seguir los lineamientos definidos en un tratamiento farmacológico. La no ingesta de medicamentos de acuerdo con las recomendaciones del médico a menudo hace que el tratamiento sea ineficaz y tiene repercusiones importantes. Igualmente reduce la calidad de vida relacionada con la salud para los pacientes con trastornos médicos, así como para pacientes con trastornos psiquiátricos (40).

Para finalizar, las principales limitaciones del estudio fueron a nuestro entender, la falta de análisis de algunas variables como convivencia y estado civil, que son elementos importantes a la hora de que una persona pueda lograr la adecuada adherencia a cualquier tipo de fármaco. Especialmente en adultos mayores a los 60 años.

Mientras que la presente investigación no mostró conflicto de intereses entre las investigadoras.

## CONCLUSIONES

Los adultos con trastornos mentales tratados en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, muestran generalmente una adherencia baja a los psicofármacos.

La escala de Morisky (MMAS-8) presenta una fiabilidad y validez adecuadas para evaluar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en adultos ecuatorianos con trastornos mentales.

La adherencia a la medicación para psicofármacos es significativamente diferente entre los sexos, con mayor afectación en el femenino y entre los grupos etarios donde, los pacientes más jóvenes tienen menor adherencia, ésta aumenta con el incremento de la edad.

El tipo de medicamentos no condiciona la adherencia, aunque los pacientes eran menos adherentes a los antiepilépticos y los sedantes. El número de psicofármacos a consumir tampoco resultó estadísticamente significativo, pero sí se constató una menor adherencia a medida que aumenta la cantidad de medicamentos a tomar.

## **RECOMENDACIONES**

A partir de lo encontrado en la investigación se recomienda en velar por que los pacientes estudiados se acojan al tratamiento, pues la adherencia resultó muy baja.

Impartir charlas, talleres a los pacientes y sus familiares y cuidadores sobre la importancia de la adherencia a los psicofármacos para mejorar su calidad de vida.

Realizar una investigación similar en otras entidades para conocer como es el comportamiento de la adherencia a los psicofármacos para así elaborar estrategias locales, en caso de que solo se haya detectado el fenómeno en esta institución o más regionales si el comportamiento es similar en otras entidades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gail M. La falta de adherencia al tratamiento, una gran barrera en salud mental [Internet]. Gaceta Médica. 2022. <https://gacetamedica.com/mas/farmacia-hospitalaria/la-falta-de-adherencia-al-tratamiento-una-gran-barrera-en-salud-mental/>
2. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. MSD Manual. Adherencia al tratamiento farmacológico [Internet]. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>
4. Valdés-Estrada ME, Paredes-Lasierra YM, Díaz-Arce A. La adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas [Internet]. Rev Cient Cienc Salud. 2020;5(1):6-15. <https://revistas.udelas.ac.pa/index.php/redes/article/view/redes15-6>
5. Sosa A. La depresión y otros trastornos psiquiátricos [Internet]. Org.mx. [https://www.anmm.org.mx/pdf/acerca\\_de/CAnivANM150/L27\\_ANM\\_DEPRESION.pdf](https://www.anmm.org.mx/pdf/acerca_de/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf)
6. Soutullo Cesar A, Are Funlola, Schield-Grant Staci. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): revisión preliminar. Medicina (B Aires) [Internet]. 2023 Abr [citado 2024 Jun 24];83(Suppl 2):27-31. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802023000300027&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000300027&lng=es)
7. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora [Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies]. Aten Primaria. 2009 Jun;41(6):342- Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031. Epub 2009 May 7. PMID: 19427071; PMCID: PMC7022018

8. Gómez M. La importancia de la adhesión al tratamiento [Internet]. Edu.co. [citado el 25 de junio de 2024].  
Disponibile en:  
<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1646/131329.pdf?sequence=1>
9. Jiménez López JC. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastornos mentales en el Centro Estatal de Salud Mental de Saltillo, Coahuila [Internet]. 2023.
10. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd Grupo Ángeles. 2018.  
Disponibile  
en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es)
11. Lynch SS. Adherencia al tratamiento farmacológico [Internet]. MSD Manual Versión para público general. 2022.  
<https://www.msmanuals.com/es/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>
12. Psicosociales y adherencia farmacológica en pacientes geriátricos D. Carta al editor [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 7 de noviembre de 2024].  
Disponibile en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2022/af222j.pdf>
13. Peña Chocué DC, Toro Aguirre CM, Brito EM, Girón Restrepo GA, Afanador Rodríguez MI, Delgado D, et al. Determinantes sociales y su influencia en la enfermedad, visión latinoamericana, caso Colombia 2020. Sapientía [Internet]. 2022 [citado el 7 de noviembre de 2024];14(27):38–48. Disponibile  
en:  
<https://revistas.uniajc.edu.co/index.php/sapientia/article/view/117>
14. Figueroa Saavedra Carla Soledad, Otzen Hernández Tamara Francisca, Figueroa Delgado Viviana, Sanhueza Patricio, Candia Jeremy. Alfabetización en

salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 Mayo [citado 2024 Nov 06] ; 148( 5 ): 653-656. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872020000500653&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000500653&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500653>.

15. Brugere D, Galarce D, Gallegos I, Hazín C, Rojas J. NIVEL DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON PATOLOGÍA

HTA-DM: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA [Internet]. Udd.cl. [citado el 7 de noviembre de 2024].

Disponible en:

<https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/df874405-af40-4d70-86b3-a488a01737d4/content>

16. Cabrales Ponce Yanelis, Pacheco Ballester Dachell, Guerrero Ballester Yanet, Rodríguez Calzada Vladimir, Báez Vázquez Lianet. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con anticoagulación oral. Multimed [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 06] ; 28: .

Disponible en: . Epub 07-Feb-2024

17. Academia.edu. [citado el 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.academia.edu/38163716/Revista\\_Innovación\\_Educativa\\_no\\_77\\_Afabetización\\_en\\_salud\\_NÚMERO\\_COMPLETO\\_Health\\_literacy\\_FULL](https://www.academia.edu/38163716/Revista_Innovación_Educativa_no_77_Afabetización_en_salud_NÚMERO_COMPLETO_Health_literacy_FULL)

18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de trastornos mentales [Internet]. <https://15f8034cdf6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcb70/Clasificaciondetrastornosmentales.pdf>

19. MSD Manual. Adherencia al tratamiento farmacológico [Internet].

<https://www.msmanuals.com/es/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>

20. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008 [Internet]. Oas.org. [citado el 7 de noviembre de 2024]. Disponible en:

21. Paulina Vizcaíno Z., Ricardo Cedeño C., Israel Maldonado P. Metodología de la investigación científica: guía práctica [citado el 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rem.v7i4.7658](https://doi.org/10.37811/cl_rem.v7i4.7658)
22. Hernández González Osvaldo. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 Sep [citado 2024 Nov 14] ; 37( 3 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es). Epub 01-Sep-2021.
23. Universidad Pedagógica de Durango. Manual de temas nodales de la investigación cuantitativa. Un abordaje didáctico. [Internet]. 2021. [citado el 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/Nodales.pdf>
24. del Valle Agüero Castro María, Vázquez Peña Fernando Ramón, Terrasa Sergio Adrián. Adaptación transcultural y validación de la versión en español del cuestionario de carga de tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 que concurren a centros de atención primaria del sector público de salud. San Juan. Rev. Soc. Argent. Diabetes [Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Nov 7] ; 57( 2 ): 95-104. Disponible en: .
25. De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. Int J Clin Health Psychol [Internet]. 2015;15(2):121–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1697260014000623>
26. Sakthong P, Chabunthom R, Charoenvithiwongs R. Psychometric properties of the Thai version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with type 2 diabetes. Ann Pharmacother [Internet]. 2009;43(5):950–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1L453>
27. Zurita-Cruz  
Jessie Nallely, Villasís-Keever Miguel Ángel. Principales sesgos en la investigación clínica. Rev. alerg. Méx. 2021; 68(4): 291-299. <https://doi.org/10.29262/ram.v68i4.1003>.

28. Elsharkawy M, Sabra A, Fathalla El-Sawy HED, El-Sayed Osman F. Role of Health Locus of Control and Self-Efficacy on Level of Psychotropic Medication Adherence among Patients with Psychiatric Disorders. *Tanta Sci Nurs J* [Internet]. 2023;31(4). Disponible en: [https://tsnj.journals.ekb.eg/article\\_336907\\_9688838e6aaaf6fc43739c3bafb1716b.pdf](https://tsnj.journals.ekb.eg/article_336907_9688838e6aaaf6fc43739c3bafb1716b.pdf)
29. Zeleke TK, Birhane W, Gubae K, Kebede B, Abebe RB. Navigating the Challenges: Predictors of Non-Adherence to Psychotropic Medications Among Patients with Severe Mental Illnesses in Ethiopia. *Patient Prefer Adherence*. 2023;17:2877-90.
30. Dikeç G, Timarcioğlu K. Medication Adherence to Psychotropic Medication and Relationship with Psychiatric Symptoms among Syrian Refugees in Turkey: A Pilot Study. *Trauma Care* [Internet]. 25 de febrero de 2023 [citado 22 de enero de 2025];3(1):37-45. Disponible en:
31. Ali MM, Taha MM, Ahmed AE, Ali S, Baiti MA, Alhazmi AA, et al. Psychotropic Medication Adherence and Its Associated Factors Among Schizophrenia Patients: Exploring the Consistency of Adherence Scales. *Cureus*. septiembre de 2023;15(9):e46118.
32. Tirkey MA, Jose AE. Adherence to Psychotropic Drugs among Patients with Psychiatric Disorders. *RGUHS J Nurs Sci* [Internet]. 2022 [citado 22 de enero de 2025];12(2):202-6. Disponible en: <https://journalgrid.com/view/article/rjns/12433365>
33. Ramamurthy P, Jayasree A, Solomon S, Rudravaram VV, Menon V, Thilakan P. Medication nonadherence and its associated factors in psychiatric patients in India: A systematic review and meta-analysis. *Indian J Psychiatry* [Internet]. mayo de 2023 [citado 22 de enero de 2025];65(5):506-25. Disponible en: [https://journals.lww.com/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_249\\_22](https://journals.lww.com/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_249_22)
34. Gudeta DB, Leta K, Alemu B, Kandula UR. Medication adherence and associated factors among psychiatry

patients at Asella Referral and Teaching Hospital in Oromia, Ethiopia: Institution based cross sectional study. Farrukh MJ, editor. PLOS ONE [Internet]. 13 de abril de 2023 [citado 22 de enero de 2025];18(4):e0283829.

Disponible en:  
<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0283829>

35. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 22 de enero de 2025];9(1):17. Disponible en: 020-1274-3

36. Stewart SJF, Moon Z, Horne R. Medication nonadherence: health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health* [Internet]. 3 de junio de 2023 [citado 22 de enero de 2025];38(6):726-65. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08870446.2022.2144923>

37. Mohammed F, Geda B, Yadeta TA, Dessie Y. Antipsychotic medication non-adherence and factors associated among patients with schizophrenia in eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry* [Internet]. 7 de febrero de 2024 [citado 22 de enero de 2025];24(1):108.

Disponible en:  
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-024-05554-0>

38. Hird R, Radhakrishnan R, Tsai J. A systematic review of approaches to improve medication adherence in homeless adults with psychiatric disorders. *Front Psychiatry* [Internet]. 8 de enero de 2024 [citado 22 de enero de 2025];14:1339801.

Disponible en:  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.1339801/full>

39. Guo J, Lv X, Liu Y, Kong L, Qu H, Yue W. Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. *Schizophrenia* [Internet]. 15 de mayo de 2023 [citado 22 de enero de 2025];9(1):31. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41537-023-00356-x>

40. Häge A, Weymann L, Bliznak L, Märker V, Mechler K, Dittmann RW. Non-adherence to Psychotropic Medication Among Adolescents – A Systematic Review of the Literature. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother* [Internet].

1 de enero de 2018 [citado 22 de enero de 2025];46(1):69-78. Disponible en:  
<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000505>

## ANEXOS

### ANEXO NO.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO
Edad	Tiempo de vida.	Edad en términos de tiempo transcurrido desde nacimiento hasta la recolección de datos	Edad: Desde los 18 años hasta los 75 años	Categorización. Intervalo por años cumplidos	Cuantitativa
Género	Identidad de una persona.	Identidad de género		Identidad de género: Femenino o masculino	Cualitativa Nominal
Nivel educativo	Educación que tiene una persona	Logro educativo		Nivel educativo: Sin educación, educación primaria, educación secundaria, educación superior, posgrado	Cualitativa Ordinal

Niveles socioeconómico	Posición económica y social de un individuo o grupo dentro de una sociedad.	Estatus socioeconómico	Clase social: Bajo, intermedio, alto	Ingresos mensuales	Cualitativa Ordinal
Tipo de psicofármaco	Sustancia que el paciente utiliza como tratamiento para su sintomatología.	Tipo de psicofármaco que consume	Categorización basada en la acción farmacológica: Antihipertensivos, antidepresivos, analgésicos		Cualitativa Nominal
Velocidad farmacológica	Rapidez con la que un medicamento alcanza su efecto.	Velocidad de fármaco	Tiempo que tarda para cumplir su función: Segundos, minutos, horas		Cuantitativa Ordinal
Duración del tratamiento	Tiempo que el paciente ha estado en tratamiento con psicofármacos.	Duración del tratamiento	Tiempo que se ha administrado el tratamiento: Semanas, meses, años		Cualitativa Ordinal
Adherencia	Grado en que un paciente sigue	Cumplimiento terapéutico	Adherencia al		Cualitativa

**Anexo 1: Cuadro de Operacionalización de variables**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>	<b>TIPO</b>
Edad	Tiempo de vida.	Edad en términos de tiempo transcurrido desde nacimiento hasta la recolección de datos	Edad: Desde los 18 años hasta los 75 años	Categorización. Intervalo o por años cumplidos	Cuantitativa
Género	Identidad de una persona.	Identidad de género		Identidad de género: Femenino o masculino	Cualitativa Nominal
Nivel educativo	Educación que tiene una persona	Logro educativo		Nivel educativo: Sin educación, educación primaria, educación secundaria, educación superior, posgrado	Cualitativa Ordinal
Nivel socioeconómico	Posición económica y social de un individuo o grupo dentro de una sociedad.	Estatus socioeconómico	Clase social: Bajo, intermedio, alto	Ingresos mensuales	Cualitativa Ordinal

Tipo de psicofármaco	Sustancia que el paciente utiliza como tratamiento para su sintomatología	Tipo de psicofármaco que consume	Categorización basada en la acción farmacológica: Antihipertensivos, antidepresivos, analgésicos		Cualitativa Nominal
Velocidad farmacológica	Rapidez con la que un medicamento alcanza su efecto.	Velocidad de fármaco	Tiempo que tarda para cumplir su función: Segundos, minutos, horas		Cuantitativa Ordinal
Duración del tratamiento	Tiempo que el paciente ha estado en tratamiento con psicofármacos.	Duración del tratamiento	Tiempo que se ha administrado o el tratamiento: Semanas, meses, años		Cualitativa Ordinal
Adherencia	Grado en que un paciente sigue	Cumplimiento terapéutico	Adherencia al		Cualitativa
	correctamente e el régimen terapéutico prescrito por su profesional de salud.		Tratamiento: Buenas, regular, mala		Ordinal Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS - 8)
Tipo de trastorno mental	Clasificación específica de una enfermedad mental.	Clasificación diagnóstica	Trastornos que presenta el paciente: Esquizofrenia, ansiedad, trastornos de personalidad, entre otros		Cualitativa Nominal
Lesión orgánica	Daño físico o alteración en la estructura de un órgano	Lesión orgánica	Presencia o ausencia de lesión orgánica: Si o		Cualitativa Dicotómica

	o tejido en el cuerpo.		No		
--	------------------------	--	----	--	--

## CARTA DE COMPROMISO

Nombre de la Institución: Instituto de Neurociencias  
de Guayaquil. Departamento/Unidad:  
Hospitalización.  
Dirección: Avenida Pedro Menéndez Gilbert s7n.  
Ciudad/País: Guayaquil – Ecuador.

Yo, Dr. Carlos Orellana Román en mi condición de Subdirector técnico del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC) **CERTIFICO** que la institución por mí representada, Instituto de Neurociencias de Guayaquil - Ecuador, apoya y avala la presentación de la propuesta: ***“Validación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) para psicofármacos y características en adultos con regímenes de tratamiento de trastornos mentales a largo plazo en un centro de salud mental de Ecuador, 2023-2024”***, ante la iniciativa de la convocatoria de la Universidad Católica de Cuenca.

Para ello, en calidad de contraparte, nos comprometemos en contribuir con el equivalente de **USD \$ 1300.90 (mil trescientos dólares con noventa centavos)**, aporte que será distribuido de acuerdo con la siguiente tabla:

<b>Denominación de Financiamiento</b>	<b>Valor en dólares americanos</b>
Asignación horaria	130 horas
Valoración de recursos	1300.90 dólares
Recursos monetarios	0
<b>TOTAL</b>	<b>&lt; dólares &gt;</b>

Y autorizar la participación de:

- Dr. Jose Alejandro Valdevila Figueira: 50 horas. Investigador principal.
- Psc. Indira Dayana Carvajal Parra: 50 horas. Co-investigador.
- Dr. PhD. Jimmy Martin: 30 horas. Co-investigador.
- Boris Adrián Deleg Sari.
- Jherling Karine Díaz Vargas.

Por otra parte, en caso de que resulte favorecida la propuesta, y sea oficialmente notificada por la Universidad Católica de Cuenca, nuestra institución realizará la emisión de la certificación presupuestaria y/o dará las facilidades necesarias para ello.

Por su amable atención, suscribo de Usted no sin antes reiterarle mi sentimiento de la más alta consideración y estima.



Firmado digitalmente por:  
CARLOS ENRIQUE  
ORELLANA ROMAN

---

Dr. Carlos Orellana Román. INC



Firmado digitalmente por:  
VALDEVILA  
FIGUEIRA JOSE  
ALEJANDRO

Dr. Jose A. Valdevila Figueira. INC



Firmado digitalmente por:  
JIMMY DANIEL  
MARTIN DELGADO

---

Dr. Jimmy Martin. Junta de Beneficencia de Guayaquil



Firmado digitalmente por:  
INDIRA DAYANA  
CARVAJAL PARRA

---

Psc. Indira Carvajal Parra. INC



Boris Adrián Deleg Sari.



Jherling Karine Díaz Vargas.

### Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTAS	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para los nervios?	SI=0	No=1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para los nervios?	SI=0	No=1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	SI=0	No=1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para los nervios alguna vez?	SI=0	No=1
*5. ¿Tomó la medicina para los nervios ayer?	SI=1	No=0
6. Cuando siente que su problema de los nervios está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	SI=0	No=1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para los nervios?	SI=0	No=1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/Casi nunca Rara vez Algunas veces Habitualmente Siempre	1 0.75 0.5 0.25 0

**Fuente:** Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens*. 2008; 10(5): 348–354.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El instituto de Neurociencias (INC) de Guayaquil de la Honorable Junta de Beneficencia (JBG) en una institución de atención a las personas con alteraciones neuropsiquiátricas que lleva a cabo investigaciones médicas. La investigación es diferente del tratamiento normal porque la investigación tiene como objetivo encontrar mejores formas de prevenir y tratar enfermedades en el futuro para el beneficio de todos. Estamos pidiendo su permiso para que usted o su (familiar) participen en un estudio de investigación.

### **¿DE QUÉ SE TRATA ESTA INVESTIGACIÓN?**

Usted/Su familiar tiene un trastorno mental común y grave en esta área. En esta investigación, nuestro objetivo es averiguar el nivel de adherencia a la medicación que tienen los pacientes con alteraciones nerviosas que llevan tratamiento medicamentoso a largo plazo. En las investigaciones realizadas hasta el momento, se ha demostrado que promover la adherencia a la medicación impacta de manera positiva en la evolución de las enfermedades mentales.

En esta investigación, aplicaremos una escala conocida a personas con 18 años o más que asisten a consulta externa del INC de manera subsecuente y que ya tienen un tratamiento medicamentoso y un diagnóstico psiquiátrico. Descubriremos si hay alguna diferencia entre sexos, grupos de edades, tipo de medicamentos consumidos, tiempo de evolución de la enfermedad, diagnóstico médico y comorbilidades con otras patologías no psiquiátricas.

### **¿QUÉ IMPLICARÁ PARA MÍ/MI FAMILIAR?**

Si usted/su familiar cumple con los requisitos de esta investigación, recibirá orientación de cómo mejorar la adherencia a la medicación.

### **¿EXISTEN RIESGOS O DESVENTAJAS PARA MÍ O PARA MI FAMILIAR POR PARTICIPAR?**

Se ha demostrado que las personas que reciben orientación sobre la importancia del cumplimiento de los planes de tratamiento tienen mejor adherencia a la medicación.

### **¿HAY ALGÚN BENEFICIO PARA MÍ O PARA MI FAMILIAR POR PARTICIPAR?**

Los beneficios para usted o su familiar que participen son que reciben una importante orientación psicoeducativa sobre el cumplimiento de los planes de tratamiento en psiquiatría y la obtención de datos que pueden ayudarnos a mejorar la atención de los adultos que tienen tratamiento medicamentoso por trastornos mentales en el futuro.

### **¿QUÉ SUCEDERÁ SI NO ACEPTO PARTICIPAR?**

Toda participación en la investigación es voluntaria. Eres libre de decidir si quieres que tu o tu familiar

participe o no. Usted o su familiar hijo seguirán recibiendo el estándar de atención recomendado en nuestra institución si no participan. Si está de acuerdo, puede cambiar de opinión en cualquier momento y retirarse o retirar a su familiar de la investigación. Esto no afectará su atención ahora o en el futuro.

### **¿QUÉ SUCEDE CON LOS RESULTADOS DE LA ESCALA?**

Los datos que resulten de la aplicación de la escala serán analizados en conjunto y se utilizara solo el número de historia clínica la cual será eliminada al concluir el procesamiento de la data. Después de que se haya realizado la investigación, se almacenará en una base de datos a la que tendrá acceso el investigador principal y los miembros del equipo que el designe. Los nombres individuales y los números de historia clínica serán eliminados y reemplazados por códigos, por lo que la información no se puede vincular a los participantes.

### **¿QUIÉN TENDRÁ ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE MÍ/MI FAMILIAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

Todos nuestros registros de investigación se almacenan de forma segura en gabinetes cerrados y computadoras protegidas con contraseña. Solo unas pocas personas que estén estrechamente relacionadas con la investigación podrán ver la información de los participantes.

### **¿QUIÉN HA PERMITIDO QUE SE LLEVE A CABO ESTA INVESTIGACIÓN?**

Toda la investigación de evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos con regímenes de tratamiento de trastornos mentales a largo plazo en un centro de salud mental de Ecuador está aprobada por un comité nacional de ética para la investigación en seres humanos para garantizar que la investigación se realice correctamente y que se respeten la seguridad y los derechos de los participantes.

### **¿QUÉ PASA SI TENGO ALGUNA PREGUNTA?**

Puede hacer preguntas a cualquiera de nuestro personal en cualquier momento. También puede comunicarse con las personas responsables de esta investigación:

Dr. Jose Valdevila. Telef. 294862

1. Yo, \_\_\_\_\_, me han explicado el proyecto. He entendido todo lo que se ha leído y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que si cambio de opinión en cualquier momento no afectará los beneficios que se me deben a mí o a mi familiar.

marque - Acepto participar o que mi familiar participe en esta investigación

Firma del paciente/familiar: \_\_\_\_\_ Nombre del familiar:

Hora:

Fecha:

Certifico que lo anterior fue explicado verbalmente al paciente/familiar por, y que él/ella comprende la naturaleza y el propósito del estudio y da su consentimiento para la participación suya o del familiar en el estudio. Se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del investigador designado: Fecha:

Nombre:

Hora:

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Boris Adrián Déleg Sari** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107278665**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos con trastornos mentales del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, Ecuador. 2024”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **09 de junio del 2026**



**Boris Adrian Deleg  
Sari**

Time Stamping  
Security Data

F: .....

**Boris Adrián Déleg Sari**

**C.I. 0107278665**

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Jherling Karine Díaz Vargas** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0705980498**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos con trastornos mentales del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, Ecuador. 2024”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **09 de junio del 2026**



F: .....

**Jherling Karine Díaz Vargas**

**C.I. 0705980498**