



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN PARA PSICOFÁRMACOS EN  
ADULTOS ECUATORIANOS CON TRASTORNOS MENTALES.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORES: LUIS ALEXANDER GÓMEZ APONTE.**

**BRYAN PATRICIO ZHUNLAULA SÁNCHEZ.**

**DIRECTOR: DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL**

**AZOGUES - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



### Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

**Luis Alexander Gómez Aponte** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0750146086**. Declaro ser el autor de la obra: **“Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales”**, 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, 05 de agosto de 2025

**Luis Alexander Gómez Aponte**

C.I. **0750146086**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Bryan Patricio Zhunaula Sánchez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106562861**. Declaro ser el autor de la obra: “**Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales**”, 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, 05 de agosto de 2025



**Bryan Patricio Zhunaula Sánchez**

**C.I. 0106562861**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Andrés Alexis Ramírez Coronel

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: " **Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales** ", realizado por: **Luis Alexander Gómez Aponte y Bryan Patricio Zhunaula Sánchez**, con documentos de identidad: **0750146086 y 0106562861** , previo a la obtención del título de **licenciado en enfermería** 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, 05 de agosto de 2025

ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL

0302185053

DIRECTOR

 **Universidad Católica de Cuenca**  
Unidad Académica de Salud y Bienestar  
*Psic. Andrés Ramírez*  
DOCENTE CARRERA DE ENFERMERÍA AZOGUES

## **Agradecimiento**

### **Luis Alexander Gómez Aponte**

Mi agradecimiento es dirigido principalmente al colegio Dr. Camilo Gallegos Domínguez donde realice mis estudios culminando el bachillerato por la enseñanza de cada uno de los profesores que supieron formar para poder aspirar a un estudio superior, también mi más sincero y profundo agradecimiento para la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, a todos mis profesores que formaron parte de mi camino de formación como profesional de la salud, quienes con su dedicación y entrega me han enseñado a pensar críticamente y a crecer como profesional y todos aquellos que me han brindado su conocimiento y sabiduría. Especialmente A mi tutor, Doctor Andrés Ramírez quien con sus observaciones y sugerencias enriquecieron este trabajo y me ayudaron a mejorar mis competencias investigativas. Gracias a todos por ser mi inspiración y motivación a lo largo de este camino.

### **Bryan Patricio Zhunaula Sánchez**

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que, de una u otra forma, hicieron posible la realización de esta tesis.

En primer lugar, agradezco a mi director de tesis, Doctor. Andrés Ramírez, por su valiosa orientación, paciencia y constante apoyo académico. Su experiencia y dedicación fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Agradezco también a los docentes, quienes contribuyeron a mi formación a lo largo de estos años, brindándome conocimientos que van más allá del aula.

Mi gratitud se extiende a la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, la cual cuenta con una excelencia académica que ha fomentado mi crecimiento personal y profesional.

## **Dedicatoria**

### **Luis Alexander Gómez Aponte**

Primeramente, agradezco a Diosito por a verme dado la oportunidad de seguir mi trayecto académico, dándome fuerzas siempre para seguir adelante estando lejos de mi familia y llegar hasta este momento de mi vida, agradezco a mi mamá Yara por su esfuerzo, por darme el apoyo de entrar a la universidad y ser una mamá luchadora enseñándome así mismo a luchar siempre por mis sueños, a mi tía Mayra por sus consejos y apoyo incondicional durante este proceso y especialmente a mi mami Norma por su amor y cuidado que me transmitió desde que era un niño.

A mi novia Alexandra por estar siempre conmigo, aconsejándome en cada momento, agradecido por estos cinco años de conocernos y en los cuales hemos compartido tantos momentos buenos, solo quiero darte las gracias por todo el apoyo que me has brindado para continuar y seguir en mi camino, gracias por estar conmigo.

A mi primo y mejor amigo Leiner que a pesar un poco de la distancia siempre está aconsejándome, por darme valentía a seguir adelante con mi carrera universitaria, por los momentos de risa y tristeza que hemos compartido a lo largo de este proceso, por su comprensión y por estar siempre a mi lado en cada momento.

Por último, a todas las personas, amigos y compañeros que me regalo la universidad que han sido parte de mi proceso académico, de salidas y más que todo aprendizaje, Sin todas las personas que nombre, este logro no hubiera sido posible.

### **Bryan Patricio Zhunaula Sánchez**

Dedico esta investigación a toda mi familia, tíos, primos, hermanas, en especial a mis padres, Edgar Zhunaula y Jova Sánchez por su amor incondicional, su ejemplo de esfuerzo y su fe inquebrantable en mí. Gracias por enseñarme el valor del trabajo honesto y por acompañarme en cada paso de este camino, incluso en los momentos más difíciles. Sin ustedes, nada de esto habría sido posible.

A mi abuela, Melva Agreda por su sabiduría, su cariño infinito y por ser un faro de fortaleza en mi vida. Su presencia, sus palabras y su apoyo me han sostenido más veces de las que puedo contar. Esta meta también es suya.

Con todo mi amor y gratitud.

## **Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales**

Luis Alexander Gómez Aponte<sup>1</sup>, Bryan Patricio Zhunaula Sánchez <sup>1</sup>, Andrés Ramírez Coronel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Carrera de Enfermería Campus Azogues, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

### **Resumen**

**Introducción:** En el tratamiento de trastornos mentales la adherencia farmacológica es fundamental, pues contribuye al éxito terapéutico y al pronóstico de la enfermedad.

**Objetivo:** Determinar la adherencia a la medicación Morisky (MMAS-8) para psicofármacos en adultos con trastornos mentales ecuatorianos. **Metodología:** Se ejecutó un enfoque investigativo cuantitativo, no experimental de tipo comparativo con cohorte retrospectivo. De los 363 pacientes recogidos de la base de datos, en cuanto a la muestra el 54,8% son mujeres ( $n = 199$ ) y el 45,2% hombres ( $n = 164$ ).

**Resultados:** La escala de Morisky es una herramienta válida para medir adherencia en el manejo y tratamiento de los trastornos mentales, especialmente cuando se utilizan psicofármacos; el estudio demuestra que gran parte de los pacientes presentó adherencia baja al tratamiento (60,1%), una adherencia media de (38,3%) y sólo el 1,7% tuvo una alta adherencia. En cuanto a la prevalencia se analizó por género, observando una baja adherencia en las mujeres (35,3%) en comparación que los hombres con (24,8%). Dentro del grupo medicamentoso se obtuvo baja adherencia en antidepresivos, en consecuencia, el tipo de medicación no influyó de manera determinante en la adherencia de los participantes. **Conclusión:** La escala de Morisky MMAS-8 demostró ser eficaz en la valoración de la adherencia al tratamiento, permitiendo identificar a los pacientes que podrían estar enfrentando dificultades para seguir sus hábitos de medicación. La cual se sugiere el uso de esta herramienta primordial para mejorar los tratamientos en salud mental.

**Palabra clave.** Adherencia al tratamiento, trastorno mental, salud mental.

## Medication Adherence to Psychotropic Drugs in Ecuadorian Adults with Mental Disorders

Luis Alexander Gómez Aponte<sup>1</sup>, Bryan Patricio Zhunaula Sánchez <sup>1</sup>, Andrés Ramírez Coronel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nursing Program, Azogues Campus, Catholic University of Cuenca, Ecuador,  
luis.gomez.86@est.ucacue.edu.ec

### Abstract

**Introduction:** In the treatment of mental disorders, medication adherence is essential, as it contributes to therapeutic success and the disease prognosis. **Objective:** To determine adherence to psychotropic drugs in Ecuadorian adults with mental disorders using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). **Methodology:** A quantitative, non-experimental, comparative research approach with a retrospective cohort was applied. Of the 363 patients collected in the database, 54.8% were women ( $n = 199$ ) and 45.2% men ( $n = 164$ ).

**Results:** The Morisky scale is a valid tool to measure adherence in the management and treatment of mental disorders, especially when psychotropic drugs are used. The study shows that most patients presented low adherence to treatment (60.1%), moderate adherence (38.3%), and only 1.7% showed high adherence. Regarding gender prevalence, low adherence was observed in women (35.3%) compared to men (24.8%). Within the medication group, low adherence was obtained for antidepressants; consequently, the type of medication did not have a determining influence on participants' adherence.

**Conclusion:** The Morisky MMAS-8 scale proved to be effective in assessing treatment adherence, allowing the identification of patients who may be facing difficulties in following their medication habits. The use of this essential tool is suggested to improve mental health treatments

**Keywords:** Treatment adherence, mental disorder, mental health.



## ÍNDICE

Introducción.....	9
Metodología.....	14
Diseño de Investigación.....	14
Población .....	14
Muestra .....	14
Criterios de inclusión y exclusión.....	15
Instrumentos.....	16
Aspectos éticos .....	17
Análisis estadístico .....	17
Resultados.....	19
Discusión .....	24
Conclusiones.....	26
Referencias .....	28
Anexos.....	33

## Introducción

En el tratamiento de trastornos mentales la adherencia farmacológica es fundamental, pues contribuye al éxito terapéutico y al pronóstico de la enfermedad (1). La adherencia a tratamientos psicofarmacológicos es baja en pacientes con trastornos mentales, la falta de escalas específicas para medir la adherencia a tratamientos psicofarmacológicos puede estar relacionada con estos bajos índices de adherencia (2).

Sin embargo, la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) es una herramienta validada que evalúa la adherencia a medicamentos en general (3). Sin embargo, no ha sido validada específicamente para psicofármacos en el contexto ecuatoriano. Por lo tanto, el problema de investigación se centra en validar la MMAS-8 para psicofármacos y describir sus características en adultos con trastornos mentales que asisten a controles constantes en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC).

Para abordar este problema, es necesario delimitar los conceptos más importantes y delimitar tiempo, espacio y persona. Los conceptos clave son adherencia farmacológica, trastornos mentales, psicofármacos y escala Morisky de adherencia a la medicación. La investigación se realizará en el INC de Ecuador, el cual se enfocará en adultos con trastornos mentales que asistan a controles constantes en consulta externa. A su vez se analizará el resultado de la MMAS-8 en función de variables como grupo etario, tipo de medicamento, frecuencia de las tomas y diagnóstico médico.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que aproximadamente la mitad de las personas con trastornos mentales no cumplen adecuadamente con sus tratamientos farmacológicos. Por su parte, el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del Ecuador indica que el 5,13% del total del registro nacional corresponde a personas con discapacidad mental ( $n = 23.928$ ), de las cuales un 20% presenta una discapacidad de grado severo o extremo. Además, el 55,4% son hombres, y la mayoría se encuentra en el rango de edad entre los 30 y 64 años (53,5%). Estos datos señalan la relevancia de investigar y promover una mejor adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos en el contexto ecuatoriano. (5).

Sin embargo, La validación de la escala de adherencia a la medicación de Morisky, adaptada al uso de psicofármacos en el contexto ecuatoriano, podría proporcionar una herramienta especializada para medir y fomentar el cumplimiento de los tratamientos psicofarmacológicos en personas adultas con trastornos mentales. El desarrollo de una

escala validada les permitiría a los profesionales de la salud detectar de manera eficaz los niveles de tratamiento a los pacientes que cuenten con baja adherencia y crear intervenciones dirigidas a mejorar su cumplimiento terapéutico. A su vez, podría mejorar la calidad de vida de los mismos, reducir las recaídas y disminuir la carga económica y social relacionada con los trastornos mentales (6).

De este modo, cabe destacar que la validación de la MMAS-8 para psicofármacos y su posterior implementación en el INC en Ecuador tienen el potencial de generar un impacto social positivo, al permitir una evaluación adecuada de la adherencia farmacológica y facilitar la identificación y el abordaje de las barreras para el cumplimiento terapéutico en pacientes con trastornos mentales.

Es por eso que, el estudio del envejecimiento de la población a nivel global se considera hoy en día tanto un logro como un reto para la humanidad. No obstante, desde comienzos del siglo XXI, el envejecimiento poblacional ha avanzado con rapidez en todo el mundo. Es importante tener en cuenta que este proceso es parte natural de la vida y debe ir acompañado de condiciones que garanticen seguridad, dignidad, bienestar, salud, integridad y participación activa en la sociedad. Actualmente, se estima que alrededor de 810 millones de personas en el mundo tienen 60 años o más, y cada segundo, dos personas alcanzan esa edad. Según proyecciones, para el año 2050, el 22% de la población mundial pertenecerá a este grupo etario, siendo los países de ingresos bajos y medianos los que experimentarán el mayor crecimiento en el número de adultos mayores. (7).

Por lo tanto, el envejecimiento de la población tiene un impacto considerable en el sistema de salud ecuatoriano. En el país, el conocimiento sobre este fenómeno aún es limitado, por lo que se recurre a la información disponible para comprender el proceso de envejecimiento y evaluar sus efectos. A partir de este análisis, se busca prevenir posibles complicaciones de salud que puedan afectar el bienestar de las personas, fomentando un envejecimiento activo. Así mismo, se promueve el desarrollo de competencias geriátricas tanto en el área de enfermería como en otras áreas, con base en las necesidades específicas de la población adulta mayor (8).

De esta manera, La OMS entiende la calidad de vida como la percepción personal que tiene un individuo sobre su situación en la vida, considerando su sistema de valores y en relación con sus metas, expectativas y normas sociales. Desde este enfoque, la calidad de vida vinculada a la salud está estrechamente relacionada con aspectos como el bienestar

físico, el estado emocional, el grado de autonomía, las relaciones interpersonales, las creencias dentro de un contexto específico, el entorno en el que se vive, así como el apoyo social recibido y percibido (9). Sin embargo, para una aproximación general al estado de salud es necesario considerar temas más precisos, por lo que es importante distinguir la salud de la satisfacción vital, implicando la complacencia con la vida del presente y las experiencias pasadas. Este concepto también se refiere al bienestar general, así como a la capacidad de adaptarse, aceptar y reconocer el entorno de manera adecuada, lo cual contribuye a una percepción más positiva de la salud y el bienestar personal (10).

De este modo, La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General en 1948, sentó las bases de los derechos fundamentales, incluyendo la prohibición de toda forma de discriminación. A partir de este documento, los Estados han buscado promover las libertades y garantizar la protección de los derechos en la etapa de la vejez. Posteriormente, en 2015, se promulgó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con un enfoque centrado en los derechos humanos y orientado a eliminar cualquier forma de discriminación. Sin embargo, en el caso del Ecuador, la Constitución de 2008, en su capítulo tres, contempla medidas para proteger a las personas mayores frente a la violencia y la explotación, ya sea laboral o económica, reforzando así sus derechos y su bienestar (11).

Por su parte, la OMS manifiesta que, los trastornos mentales se entienden como un conjunto de alteraciones que impactan el pensamiento, las emociones y el comportamiento de las personas (12). Entre los más frecuentes se encuentran la depresión, las fobias, los trastornos de la conducta alimentaria, el Alzheimer y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Estas condiciones suelen provocar malestar emocional o físico, generar discapacidad, afectar el desempeño diario, limitar la libertad personal e incluso representar un riesgo para la vida del individuo (13).

La adherencia es uno de los factores que más influye en el éxito del tratamiento de la enfermedad, por consiguiente, la adherencia al tratamiento ha sido definida de diferentes formas, principalmente como el cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas estando determinada por un conjunto de factores relacionados con la economía, la sociedad, enfermedad que padece, el tratamiento, la estructura sanitaria que se ofrece, y por el paciente (14).

De igual manera, la adherencia a los fármacos correctamente prescritos es primordial para una psicofarmacoterapia efectiva (15), la baja adherencia a los fármacos psicoactivos marca una barrera para el cumplimiento del tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica que se relaciona con malos resultados terapéuticos, como mayores riesgos de recaída y recurrencia, así como con el aumento de los costos sanitarios (16). El empleo de cuestionarios un método muy útil en la práctica clínica diaria, sencillo y barato. Entre la infinidad de cuestionarios existentes, la elección de uno frente a otros se basará en la patología que sufre el paciente y en la información que se quiera para analizar el comportamiento del paciente, barreras o creencias acerca de la adherencia terapéutica, etc (17).

De esta manera, se han creado múltiples cuestionarios para medir la adherencia al tratamiento en diferentes patologías, con enfoques diferentes como el Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems (*Drug Attitude Inventory, DAI-10*) para pacientes psiquiátricos, desarrollado para valorar la respuesta subjetiva y las actitudes hacia su tratamiento farmacológico (18). El Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (*Beliefs about Medicines Questionnaire, BMQ*), de 8 y 10 ítems, para evaluar las creencias sobre la medicación. El Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) es una herramienta específica que puede aplicarse a distintos grupos diagnósticos, adaptando el término "medicamento" de acuerdo con el tipo de tratamiento. Fue validada por Cuevas (19), en pacientes psiquiátricos ambulatorios y ha demostrado ser una medida válida y confiable para evaluar las creencias de los pacientes respecto a su medicación, así como su nivel de adherencia al tratamiento. Por otro lado, la Escala de Adherencia a los Medicamentos de Morisky (MMAS de 8 ítems) ha sido utilizada en diversas culturas y fue validada en español con una muestra de 967 pacientes psiquiátricos en atención ambulatoria. (20).

Por consiguiente, la escala MMAS-8 ha sido validada en pacientes hipertensos adultos mayores, en atención primaria obteniéndose valores de sensibilidad 85-86%; de especificidad 56-58%; de valor predictivo positivo: 60-65% y de valor predictivo negativo 84-81%, en sujetos con insuficiencia renal crónica con un 62,5% de baja adherencia a 30 pacientes mayores de 75 años (21). Para el uso del MMAS-8 en salud mental se han realizado validaciones para su uso en tele psiquiatría con adaptación cultural y validación en 162 pacientes internados en un hospital psiquiátrico (22). Una revisión no sistemática de los principales estudios sobre adherencia a la medicación,

disponibles en la base de datos de la National Library of Medicine, Washington, DC MEDLINE: PubMed, evidencia el uso de una variedad de métodos para evaluar la adherencia terapéutica, incluyendo la versión de 4 ítems de la escala de Morisky. Los resultados de esta revisión indican que no existe un método que sea claramente superior o ideal, por lo que se recomienda emplear múltiples técnicas de evaluación para obtener resultados más precisos y efectivos (23).

No obstante, varias investigaciones sobre el uso de métodos indirectos para la exploración de la adherencia medicamentosa aseguran que a pesar de que no existe una prueba regla de oro que se pueda ser utilizado en cualquier tipo de paciente; sin embargo, el MMAS-8 la prueba más versátil de todos, logrando ser utilizada con muestras de pacientes psiquiátricos (24).

Ahora bien, en este estudio se utilizó la escala original de 8 ítems de Morisky desarrollada y aplicada en entrevistas iniciales y posteriores a la intervención con pacientes en los estudios de Johns Hopkins sobre el control de la Hipertensión Arterial adaptada para sujetos con trastornos mentales (25). Para la evolución favorable de cualquier trastorno mental diagnosticado y sometido a tratamiento farmacológico es necesario que los sujetos se adhieran a las recomendaciones profesionales teniendo en cuenta dosis, horarios, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la escasa adherencia a los tratamientos a largo plazo compromete la efectividad de estos, especialmente en algunas condiciones de salud con mayor probabilidad de protagonizar conductas de abandono y poco estables en el tiempo como son los trastornos mentales (26).

Sin embargo, A medida que las personas envejecen, su autopercepción de la salud tiende a disminuir, aunque los adultos mayores de 80 años o más suelen minimizar el deterioro que experimentan. Las investigaciones han evidenciado una discrepancia entre el estado de salud percibido y el real, lo cual puede atribuirse a diversos mecanismos de comparación. Por otro lado, los datos cualitativos revelan que los adultos mayores utilizan distintas formas de comparación que les permiten conservar una visión relativamente positiva de su salud y, en consecuencia, de sí mismos, incluso en edades muy avanzadas (27).

En consecuencia, el presente estudio plantea como objetivo general determinar la adherencia a la medicación Morisky (MMAS-8) para psicofármacos en adultos con trastornos mentales ecuatorianos. Para alcanzar este objetivo general, se establecieron tres

objetivos específicos. Primero, validar las propiedades psicométricas al contexto ecuatoriano de la escala Morisky de adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos. En segundo lugar, estimar la prevalencia adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función del sexo. Finalmente, el tercer objetivo analizar las diferencias la adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función al grupo medicamentoso.

## **Metodología**

### **Diseño de Investigación**

La metodología de la investigación según Jiménez y Moreno (28), es un campo del saber que estudia cómo actúa la ciencia y se centra en los métodos para generar y expandir el conocimiento. Por ende, en varias ocasiones la metodología se relaciona con los juicios de credibilidad que van desde un nivel simple de la opinión como el razonamiento científico hasta llegar a su consideración. Es por ello, que en el siguiente estudio se ejecutó un enfoque investigativo cuantitativo, no experimental de tipo comparativo con cohorte retrospectivo con datos obtenidos del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC).

### **Población**

Posteriormente, se seleccionó a la población con pacientes que asistieron a la consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC,  $n = 6500$ ), donde se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia debido a la naturaleza heterogénea de la población y riesgo de sesgo por población.

### **Muestra**

La representatividad de una muestra, permite verificar los resultados observados, de la accesible población; y a partir de ello, a la población blanco. De este modo, una muestra permite realizar inferencias o sacar conclusiones aplicables a la población blanco con un elevado nivel de certeza. El muestreo no probabilístico por conveniencia nos ayuda a seleccionar a los casos posibles que acepten ser incluidos (29). Así mismo, a lo que refiere al diseño de la muestra, se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia donde se tendrá presente pacientes con trastornos mentales.

En este capítulo, se analizará un conjunto de base de datos compuestos por 363 observaciones sin valores perdidos. En lo que corresponde al sexo, el 54,8% son mujeres ( $n = 199$ ) y el 45,2% hombres ( $n = 164$ ). En cuanto a la diabetes mellitus (DM), el 93% no la presenta ( $n = 339$ ) y el 7% sí ( $n = 24$ ). Respecto a la hipertensión arterial (HTA), el

85% no la tiene ( $n = 307$ ) y el 15% sí ( $n = 56$ ). Dentro del grupo medicamentoso, los más usuales son: neurolépticos atípicos (33,06%,  $n = 120$ ), antidepresivos ISRS (22,31%,  $n = 81$ ), neurolépticos típicos (20,39%,  $n = 74$ ) y por último los antiepilépticos (12,12%,  $n = 44$ ), continuados por más fármacos en menor proporción: con el (5,79%,  $n = 21$ ), anticolinérgicos (2,75%,  $n = 10$ ), sedantes (2,48%,  $n = 9$ ), antidepresivos tricíclicos (0,55%,  $n = 2$ ), hipnóticos (0,28%,  $n = 1$ ) y por ello los normotímicos (0,28%,  $n = 1$ ).

La tabla 1 evidenció el reparto descriptivo de la edad en función del sexo. En términos generales, presenta una muestra que está compuesta por 363 participantes, con una edad promedio de 47 años ( $DE = 19,3$ ), una mediana de 43 años, con un rango de 18 a 88 años. Al estudiar la tabla dentro de la edad según el sexo, se observó que los hombres ( $n = 164$ ) tienen una edad promedio de 45 años ( $DE = 18,7$ ) con una mediana de 42 años. Los valores percentilares muestran que el 25% de los hombres tiene 28 años, el 50% tiene 42 años y el 75% tiene 61 años. En asimilación que las mujeres ( $n = 199$ ) presentan una edad promedio levemente mayor de 48 años ( $DE = 19,7$ ), con una mediana de 47 años. Sus percentiles indican que el 25% tiene 31 años, el 50% tiene 47 años, y el 75% tiene 64 años. El test de normalidad de Shapiro-Wilk muestra valores W de 0,939 en hombres, 0,950 en mujeres y 0,947 en la muestra total, con valores de  $p < ,001$  en todos los casos, lo que indica que la distribución de la edad no sigue una distribución normal en ninguna de las categorías analizadas.

**Tabla 1.** Descriptivo de la Edad en función al sexo.

SEXO	n	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk		Percentiles		
							W	p	25th	50th	75th
Hombre	164	45.3	42.0	18.7	18	87	0.939	<.001	28	42	61.3
Mujer	199	48.4	47	19.7	18	88	0.950	<.001	31	47	64
Total	363	47.0	43	19.3	18	88	0.947	<.001	29.5	43	63

### Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión participaron pacientes adultos con patologías neuropsiquiátrica, con edad comprendida de 18 años en adelante, que llegaron a controles subsecuentes de consulta externa con autorización y consentimiento del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC). En los criterios de exclusión la patología neuropsiquiátrica cuya condición al momento en que se empezara la investigación no permita la obtención de los datos descompensación, deterioro, etc.

## **Instrumentos**

La Escala de Morisky fue desarrollada por Morisky et al, en el año 1986 con una escala previa con cuatro ítems, sin embargo, fue renovada por el mismo Morisky en el 2008 en pacientes que presentaban hipertensión arterial y mejorada con elementos adicionales que exploran las condiciones relacionadas con la conducta de adherencia. Esta escala fue creada con el propósito específico de identificar con mayor claridad las barreras y conductas vinculadas al cumplimiento del tratamiento con medicamentos de uso prolongado, como los psicofármacos (30).

De esta manera, el cuestionario fue utilizado para evaluar la adherencia del paciente a la medicación prescrita, evaluando el grado en que los individuos continúan las indicaciones y las pautas de su tratamiento médico. Así mismo, esta escala consto de 8 preguntas diseñadas para determinar los hábitos de adherencia y la conducta del paciente. Cabe destacar que las preguntas abordaron aspectos como, si el paciente ha olvidado tomar la medicación, si ha alterado la dosis por su cuenta, si ha dejado de tomarla en algún momento, etc.

Sin embargo, las respuestas a estas preguntas se utilizaron para calcular un puntaje total que indica el nivel de adherencia del paciente, además el puntaje en la escala generalmente se interpretó de la siguiente manera: alta adherencia puntaje de 8, moderada adherencia puntaje de 6 o 7, baja adherencia puntaje de 0 a 5.

A continuación, se fue detallando el procedimiento de recolección de datos que, comprende la solicitud de fichas personales, informe de la prueba Morisky y la obtención de datos de la historia clínica unificada. Así mismo utilizando una carta de solicitud de datos adjuntando una tabla de variables que se analizó y se especificó que la información sea entregada en formato XLSX vía correo electrónico a los responsables de la base de datos, es decir, se empleó un consentimiento informado al paciente, con los respectivos procedimientos al director técnico del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC).

No obstante, la eliminación de base de datos se programó en 3 años posteriores a la aprobación del comité de ética y análisis de datos. Por último, la base de datos fue procesada en *SPSS* versión 28.0, *R* y *JAMOV*, donde se procedió a la codificación de nombres, apellidos y número de cédula de los pacientes mediante designación numérica eliminando la posibilidad de identificación de los pacientes.

## **Aspectos éticos**

Durante el proceso de investigación, se garantizó el cumplimiento de principios éticos siguiendo las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki. Se priorizó el respeto por los derechos de las personas, protegiendo su integridad y bienestar por encima de los intereses científicos. Así mismo, se tomaron las precauciones necesarias para resguardar su privacidad y reducir al mínimo cualquier posible afectación a su salud física o mental derivada del estudio. Los participantes firmaron un documento que reflejaba su aceptación mediante el consentimiento informado, en el cual se incluyeron los principios bioéticos necesarios para asegurar la protección y el respeto hacia las personas involucradas. El consentimiento informado significa que las personas solo confirman a los autores de este estudio para acceder a su información, lo que estará protegido por la confidencialidad completa a través de códigos y medidas de seguridad, incluida una contraseña que solo tendrán a cargo los investigadores. En esta investigación no se registrarán nombres ni apellidos, ya que se emplearán códigos QR para identificar la información de forma segura. Las muestras recolectadas se manejarán conforme a las normas éticas establecidas por la APA y contarán con la aprobación del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH). En cuanto al enfoque de género, se adopta una perspectiva inclusiva y respetuosa hacia la equidad de género, así como hacia todas las identidades y orientaciones de género existentes o que pudieran surgir. El proyecto fue desarrollado con especial atención para evitar cualquier forma de discriminación relacionada con las diversas orientaciones de género reconocidas la OMS.

Dentro de las medidas de confidencialidad están los datos solicitados al Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC) se encontraron: codificación o anonimización de los datos de identificación de los pacientes, incluyendo número de historia clínica, número de cédula, nombres y apellidos. La Codificación consiste en generar un número de 3 dígitos, posteriormente se proceder a eliminar los datos de identificación de la base de datos.

## **Análisis estadístico**

Todos los datos recolectados fueron analizados en *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 22 (IBM Corp, Armonk, NY), *R* y *JAMOVI*. Los datos fueron examinados bajo contextos no paramétricos y repartimiento sin normalidad, el estudio de variables demográficas, nutricionales y bioclínicas en los grupos se cumplieron mediante la prueba de Mann-Whitney U para muestras independientes y las correlaciones se

razonaron en formato Spearman con valor de significancia estadística de  $< 0,05$  se empleó una técnica de comparación entre categorías mediante Chi-cuadrado, además de un análisis de razón de probabilidades u odds ratio entre las variables mencionadas y variables bioclínicas.

Para los análisis de validación de propiedades psicométricas se siguieron pasos, como la validez de contenido de evaluación si el contenido del cuestionario abarca adecuadamente el constructor de interés, validez de constructo una investigación si el cuestionario mide el constructo específico que se pretendía medir esto implicaría el análisis de correlaciones con otros cuestionarios relacionados y pruebas de hipótesis teóricas, validez concurrente fue una comparación de los resultados del cuestionario con los resultados de otra herramienta validada que mida conceptos similares, validez predictiva evaluación donde los resultados del cuestionario pueden predecir comportamientos futuros relacionados con el constructo.

La confiabilidad, fue medida de las respuestas en el cuestionario mediante estadísticas como el coeficiente alfa de Cronbach, la estabilidad temporal es una evaluación de la consistencia de las respuestas con el tiempo, generalmente a través de pruebas repetidas en diferentes momentos, análisis factorial se usó de análisis factorial para explorar la estructura subyacente del cuestionario y confirmar que los ítems se agrupan de manera coherente con el constructo teórico, Análisis de Ítems evaluación individual de cada ítem para determinar si contribuyen de manera adecuada a la medición del constructo.

Por otro lado, el análisis de correlación es un examen de las correlaciones ( $r$  de Pearson) entre las opciones de las preguntas para entender cómo se relacionan entre sí y con el constructo general. Por último, el análisis de fiabilidad es un cálculo de la consistencia interna del cuestionario mediante coeficientes como el alfa de Cronbach.

Dentro de las variables se hizo de la siguiente manera sexo, masculino, femenino y no binario con indicadores observables como pregunta de autoidentificación u observación de características físicas o expresiones de género; el tipo de medicación se obtuvo en indicadores observables en una pregunta abierta o cerrada en la encuesta donde se preguntó sobre el tipo de medicación que el individuo está tomando; la velocidad medida en tiempo (segundos, minutos, horas) los indicadores observables que se miden en términos de la rapidez que realiza una acción específica, por ejemplo el tiempo que lleva completar una tarea determinada.

La ejecución se desarrolló mediante la medida escala ordinal o nominal (baja, media, alta) con indicadores observables evaluado subjetivamente por un observador o en algunos

casos, por la propia persona, en términos de cómo realiza una tarea o actividad específica; la precisión se midió en una escala numérica (porcentaje, puntuación) con los indicadores observables mediante la comparación de los resultados obtenidos con un estándar o criterio previamente establecido, por ejemplo en una prueba de precisión se podría calcular el porcentaje de respuestas correctas.

Por otro lado, adherencia fue medida en una escala numérica (porcentaje, puntuación) con indicadores observables se pudo medir a través de preguntas que evaluaron la frecuencia y consistencia con la que una persona sigue un régimen de tratamiento médico, por ejemplo, un cuestionario como la escala de adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) que se mencionó en la pregunta anterior. La lesión orgánica se basó en categorías de si o no, con indicadores observables en resultados de pruebas médicas, diagnósticos médicos o registros de la presencia o ausencia de lesiones orgánicas confirmadas por profesionales de la salud.

El trastorno afectivo se enfocó en categorías de si o no, con indicadores observables mediante diagnósticos médicos o evaluaciones psicológicas que determinaron la presencia o ausencia de un trastorno afectivo específico. La esquizofrenia basada en sí o no, con indicadores observables como similar al trastorno afectivo, en diagnósticos médicos o evaluaciones psiquiátricas que establecen la presencia o ausencia de esquizofrenia.

## **Resultados**

En la Tabla 2 se observa los datos descriptivos de los diagnósticos psiquiátricos y los grupos medicamentosos en una muestra de 363 pacientes. En cuanto a los diagnósticos, el trastorno más frecuente fue la esquizofrenia, seguida por esquizotípicos y los delirantes, con un total de 115 casos (32%). A continuación, se ubicaron los neuróticos, relacionados con somatomorfos y el estrés, con 93 casos (26%), y los del humor, con 51 casos (14%). Otros diagnósticos con menor prevalencia incluyeron los trastornos mentales orgánicos (13%), episódicos y paroxísticos (6,9%), en caso de los mentales y del comportamiento son debidos al uso de sustancias psicoactivas (2,8%), retraso mental (3,3%), síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (1,7%), enfermedades extrapiramidales y del movimiento (0,6%) y finalmente alteraciones de la personalidad y del comportamiento en adultos (0,3%).

Por otro lado, respecto al grupo medicamentoso, el fármaco más utilizado fue el neuroléptico atípico utilizado en 120 pacientes (33%), seguido por los antidepresivos

ISRS (22%) y los neurolépticos típicos (20%). También se reportó el uso de antiepilépticos (12%), medicamentos clasificados como otros (5,8%), anticolinérgicos (2,8%), sedantes (2,5%), antidepresivos tricíclicos (0,6%), normotímicos (0,3%) e hipnóticos (0,3%). Estos datos reflejaron la diversidad de tratamientos farmacológicos en función de los distintos trastornos psiquiátricos presentes en la muestra.

**Tabla 2.** Descriptivos del diagnóstico y grupo medicamentoso.

	<i>n</i> = <b>363</b>
<b>DIAGNOSTICO</b>	
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	115 (32%)
Retraso mental	12 (3.3%)
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	6 (1.7%)
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	1 (0.3%)
Trastornos del humor	51 (14%)
Trastornos episódicos y paroxísticos	25 (6.9%)
Trastornos extrapiramidales y del movimiento	2 (0.6%)
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	48 (13%)
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	10 (2.8%)
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	93 (26%)
<b>GRUPO MEDICAMENTOSO</b>	
Anticolinergico	10 (2.8%)
Antidepresivo isrs	81 (22%)
Antidepresivo triciclico	2 (0.6%)
Antiepileptico	44 (12%)
Hipnotico	1 (0.3%)
Neuroleptico atipico	120 (33%)
Neuroleptico tipico	74 (20%)
Normotimico	1 (0.3%)
Otros	21 (5.8%)
Sedante	9 (2.5%)

<sup>1</sup> n (%)

La Tabla 3 determinó las propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a la medicación en el contexto ecuatoriano, particularmente en adultos que recibieron psicofarmacoterapia. Los ítems de la escala mostraron valores de media entre 0,570 y 0,782 y una desviación estándar entre 0,273 y 0,496. Las cargas factoriales estandarizadas ( $\beta$ ) oscilaron entre 0,343 (ítem 3) y 0,627 (ítem 1), con valores de *z* significativos ( $p < 001$ ), lo que sugiere una adecuada representación de los ítems en la medición del constructo de adherencia al tratamiento.

En Relación a los índices de ajuste, el análisis factorial confirmatorio arrojó un CFI de 0,91 un TLI de 0,91 y un RMSEA de 0,06 lo que indica un ajuste aceptable del modelo a los datos. La fiabilidad en la escala fue evaluada mediante el alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,703$ ) y el coeficiente omega ( $\omega = 0,704$ ) ambos dentro de un rango considerado aceptable para

la consistencia interna. Cabe recalcar que el ítem 5 fue eliminado del análisis debido a que su carga factorial fue inferior a 30, lo que sugiere que no contribuyó significativamente a la medición del constructo de adherencia al tratamiento en los adultos.

**Tabla 3.** Propiedades psicométricas al contexto ecuatoriano de la escala Morisky de adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos

	Observed	Media	DE	Estimate	SE	95% Confidence Intervals		$\beta$	z	p	$\alpha$	$\omega_1$	CFI	TLI	RMSEA	
						Lower	Upper									
Adherencia al Tratamiento	i1	0.570	0.496	1.000	0.0000	1.000	1.000	0.627								
	i2	0.631	0.483	0.931	0.1154	0.705	1.157	0.600	8.07	<.001						
	i3	0.675	0.469	0.517	0.0991	0.323	0.711	0.343	5.22	<.001						
	i4	0.782	0.413	0.680	0.0938	0.497	0.864	0.512	7.25	<.001	0.703	0.704	0.91	0.91	0.06	
	i6	0.774	0.419	0.593	0.0919	0.413	0.773	0.441	6.46	<.001						
	i7	0.644	0.480	0.708	0.1061	0.500	0.916	0.459	6.67	<.001						
	i8	0.781	0.273	0.512	0.0647	0.385	0.639	0.582	7.92	<.001						

**Nota:** Se eliminó el I5 debido a que la carga factorial fue menos que 30.

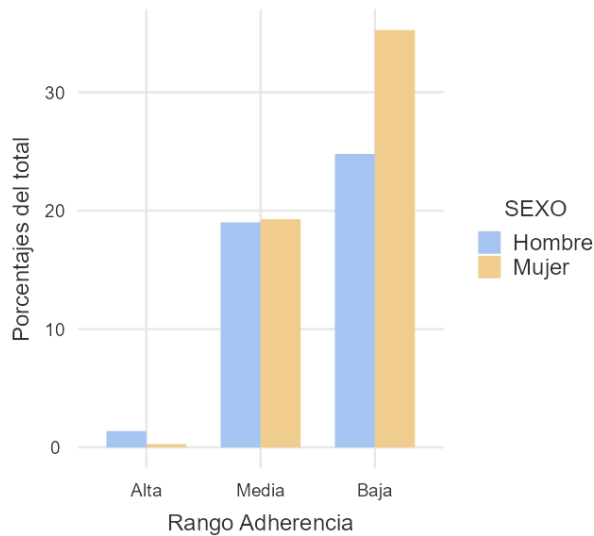
En la Tabla 4 se analizó la prevalencia de adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en adultos en función del sexo. En términos generales, la mayoría de los participantes presentó una baja adherencia al tratamiento con un (60,1%), a continuación de una adherencia media de (38,3%) y, en menor medida, una alta adherencia de (1,7%).

Por tal motivo que, al analizar por el sexo, se observó que la baja adherencia se dio en mujeres con un (35,3%) en comparación que los hombres con (24,8%). La adherencia media se distribuyó de manera similar entre hombres con (19,0%) y mujeres de (19,3%). En cuanto a la adherencia alta, se identificó en 5 hombres con un valor de (1,4%) y las mujeres con (0,3%). El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre el sexo y el nivel de adherencia ( $X^2 = 5,98$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0,049$ ), lo que indica que las diferencias en la adherencia entre hombres y mujeres no son producto del azar.

**Tabla 4.** Prevalencia de adherencia a la medicación en psicofarmacología en los adultos en función del sexo.

Rango Adherencia		SEXO			X <sup>2</sup>	Gl	p
		Hombre	Mujer	Total			
Alta	n	5	1	6	5.98	2	0.049
	%	1.4 %	0.3 %	1.7 %			
Media	n	69	70	139			
	%	19.0 %	19.3 %	38.3 %			
Baja	n	90	128	218			
	%	24.8 %	35.3 %	60.1 %			
Total	n	164	199	363			
	%	45.2 %	54.8 %	100.0 %			

**Figura 1.** Prevalencia adherencia a la medicación.



El gráfico muestra la distribución porcentual de la adherencia al tratamiento según el sexo, evidenciando que tanto hombres como mujeres presentan principalmente adherencia baja, siendo la más alta en mujeres (alrededor del 35%) que en hombres (aproximadamente 28%).

La Tabla 5 presenta la adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en adultos en función del grupo medicamentoso. En otros términos, la mayoría de los participantes el (60%) mostró baja adherencia al tratamiento, mientras que el 38% obtuvo una adherencia media y solo el 1,7% presentó alta adherencia.

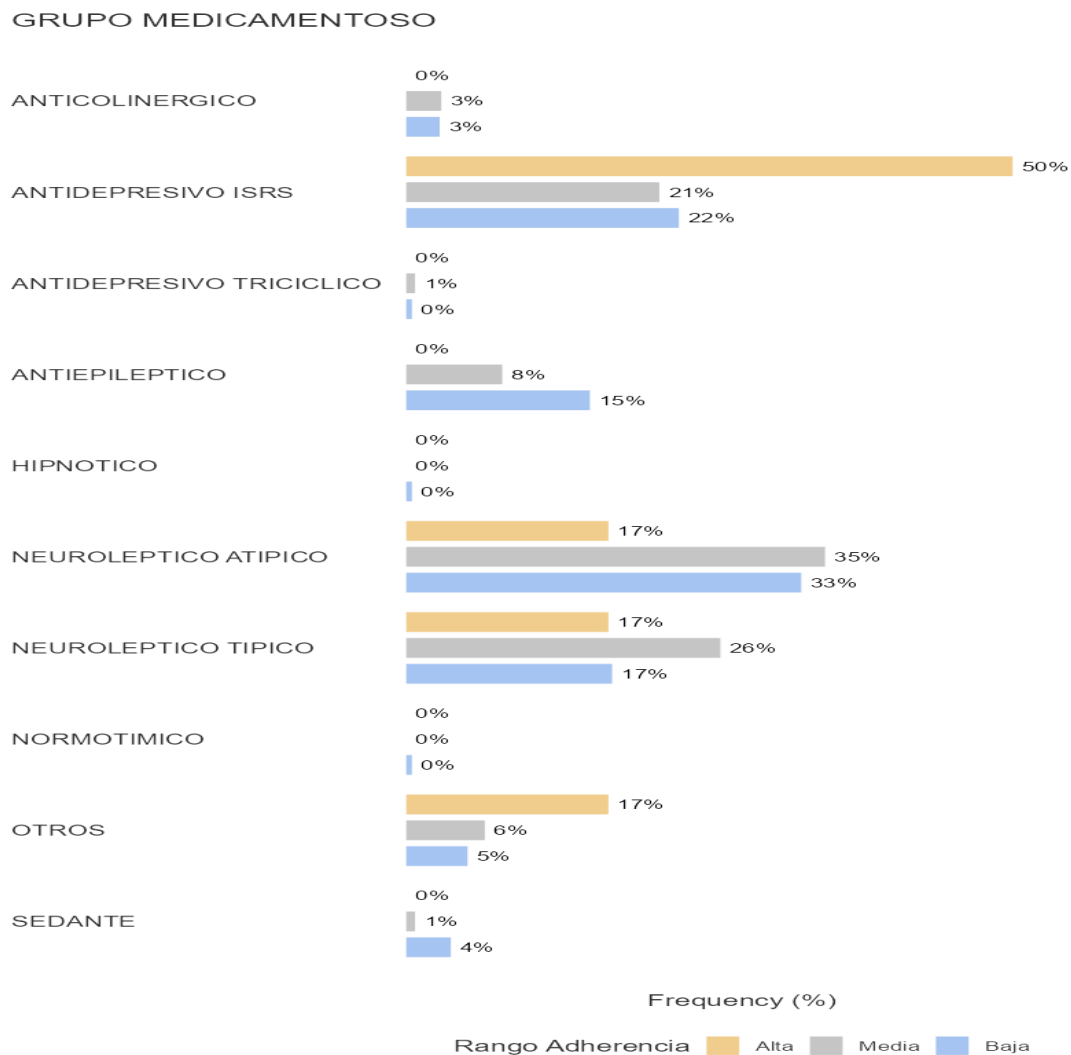
Se analizó los distintos grupos de fármacos, donde se observó que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) adquirieron mayor proporción de adherencia alta del (50%), continuados por los neurolépticos atípicos de (17%), los neurolépticos típicos (17%) y el por último el grupo clasificado como otros el (17%). En sí, los fármacos anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, hipnóticos, antiepilépticos, normotímicos y sedantes no presentaron casos de alta adherencia. La prueba de independencia chi-cuadrado ( $X^2(18) = 16,86 p = 0,532$ ) indicó que no tuvo una asociación significativa entre el grupo medicamentoso y el nivel de adherencia al tratamiento, es decir que el tipo de medicación no influyó de manera determinante en la adherencia de los participantes.

**Tabla 5.** Adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función al grupo medicamentoso.

GRUPO MEDICAMENTOSO	Adherencia			p-value
	Alta n = 6 (1.7%)	Media n = 139 (38%)	Baja n = 218 (60%)	
ANTICOLINERGICO	0 (0%)	4 (2.9%)	6 (2.8%)	X <sup>2</sup> =16.86, P=0.53 <sup>2</sup>
ANTIDEPRESIVO ISRS	3 (50%)	29 (21%)	49 (22%)	

ANTIDEPRESIVO TRICICLICO	0 (0%)	1 (0.7%)	1 (0.5%)
ANTIEPILEPTICO HIPNOTICO	0 (0%)	11 (7.9%)	33 (15%)
NEUROLEPTICO ATIPICO	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.5%)
NEUROLEPTICO TIPICO	1 (17%)	48 (35%)	71 (33%)
NORMOTIMICO	1 (17%)	36 (26%)	37 (17%)
OTROS	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.5%)
SEDANTE	1 (17%)	9 (6.5%)	11 (5.0%)
	0 (0%)	1 (0.7%)	8 (3.7%)

**Figura 2.** Prevalencia de la Adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función al grupo medicamentoso.



El gráfico muestra la frecuencia de adherencia (alta, media y baja) a diferentes grupos de medicamentos, destacando que los antidepresivos ISRS presentan la mayor adherencia alta (50%), seguidos por otros medicamentos con un 17%. En contraste, los neurolépticos atípicos y típicos, así como los antiepilépticos, presentan niveles significativos de adherencia media y baja, mientras que grupos como hipnóticos, normotímicos y antidepresivos tricíclicos muestran frecuencias casi nulas. En general, la adherencia media y baja predominan en la mayoría de los grupos, lo que sugiere posibles dificultades en el cumplimiento terapéutico en pacientes que utilizan estos fármacos.

## Discusión

La adherencia a la medicación es un factor primordial en el manejo y tratamiento de los trastornos mentales, especialmente cuando se utilizan psicofármacos. Sin embargo, como en muchos otros países del mundo, en Ecuador la efectividad de los tratamientos psiquiátricos depende de la capacidad de los pacientes para seguir las indicaciones médicas, el cual se ve influenciado por diversos factores, como el acceso a los servicios de salud, las creencias culturales y el nivel de educación. Por otro lado, se deben comprender los patrones de adherencia y los factores que afectan a los pacientes, siendo fundamental para mejorar los resultados en salud mental y el uso de los psicofármacos en la población ecuatoriana.

Para la validación las propiedades psicométricas al contexto ecuatoriano de la escala Morisky de adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos, la presente investigación identificó resultados fiables, la escala fue evaluada mediante el alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,703$ ) y el coeficiente omega ( $\omega = 0,704$ ), ambos dentro de un rango considerado aceptable para la consistencia interna. En Perú, un estudio indica que la consistencia interna fue adecuada, con un alfa de Cronbach de 0,81 lo que indica una fiabilidad aceptable del instrumento en este contexto. A su vez, se evidenció validez convergente mediante una correlación significativa ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,01$ ) con otra escala de adherencia empleada en entornos clínicos. En términos de resultados prácticos, el 61,2% de los participantes fue clasificado con alta adherencia, mientras que un 23,5% mostró adherencia moderada y un 15,3% baja adherencia. Estos datos reflejan la utilidad de la escala en el contexto peruano, proporcionando una herramienta confiable para el seguimiento terapéutico en salud mental (31). En Chile, estudios respaldan la validez y confiabilidad de la escala Morisky de adherencia a la medicación en adultos chilenos en tratamiento con psicofármacos. La consistencia interna del instrumento fue adecuada, con un alfa de Cronbach de 0,80 valor que se encuentra dentro del rango recomendado para escalas breves (32). El análisis factorial exploratorio reveló una estructura unidimensional que explicó el 58,2% de la varianza total, lo que coincide con investigaciones realizadas en otras poblaciones latinoamericanas (33). En relación con los niveles de adherencia, el 61,5% de los participantes presentó alta adherencia, el 24,7% moderada y el 13,8% baja adherencia (34).

Posteriormente, la estimación de la prevalencia en la adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función del sexo. Se evidenció que en el Ecuador

el sexo femenino tiene una baja adherencia (35,3%) en comparación con el sexo masculino (24,8%). La adherencia media se distribuyó de manera similar entre hombres (19,0%) y mujeres (19,3%). En cuanto a la adherencia alta, se identificó en 5 hombres (1,4%) y 1 mujer (0,3%). En Brasil, la prevalencia de adherencia a la medicación psicofarmacológica entre hombres y mujeres adultas, en general, el 60,4% de los participantes presentó alta adherencia al tratamiento, mientras que el 23,7% mostró adherencia moderada y el 15,9% baja adherencia. Al analizar por sexo, se observó que las mujeres presentaron una mayor adherencia (65,2%) en comparación con los hombres (54,6%), diferencia que coincide con hallazgos previos en contextos latinoamericanos (35). En Colombia, las mujeres presentaron un mayor nivel de adherencia (63,1%) en comparación con los hombres (52,4%), lo que concuerda con estudios previos que señalan una mayor implicación femenina en el autocuidado y el cumplimiento terapéutico (36). Asimismo, se observó que el 24,3% de los hombres mostró baja adherencia, frente al 17,8% de las mujeres. Esta diferencia puede estar influida por factores socioculturales, percepciones sobre la salud mental y estigmas de género, los cuales afectan la disposición al seguimiento del tratamiento psicofarmacológico (37).

La adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función al grupo de fármacos, ha demostrado que en Ecuador los medicamentos Antidepresivos resultaron tener mayor prevalencia (22%). En Argentina, un análisis de adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos reveló diferencias significativas en función del grupo medicamentoso. La mayor adherencia se observó en pacientes que consumían antidepresivos, con un 66,8% de adherencia alta, seguidos por los usuarios de ansiolíticos (59,4%) y estabilizadores del ánimo (53,2%). En contraste, los pacientes en tratamiento con antipsicóticos presentaron la adherencia más baja, con solo un 47,6% clasificándose en el rango de alta adherencia (38). En España, se observaron diferencias significativas en la adherencia a la medicación psicofarmacológica en función del grupo medicamentoso. Los pacientes en tratamiento con antidepresivos presentaron la mayor tasa de adherencia alta (62,7%), seguidos por quienes consumían ansiolíticos (55,3%) y estabilizadores del ánimo (50,1%). Por otro lado, los pacientes que recibían antipsicóticos mostraron la menor adherencia, con solo un 44,6% reportando una adherencia alta. Estos resultados son similares con estudios realizados en el contexto español que indican que los efectos adversos, la duración del tratamiento y el estigma asociado afectan negativamente la adherencia, especialmente en tratamientos con antipsicóticos (39). En Estados Unidos un estudio demostró diferencias sustanciales entre los distintos grupos

farmacológicos. Los pacientes tratados con antidepresivos presentaron una mayor tasa de adherencia (64,1%), seguidos por los que recibían ansiolíticos (57,8%) y estabilizadores del ánimo (51,4%). En contraste, los usuarios de antipsicóticos exhibieron la menor adherencia, con solo un 42,9% de alta adherencia, mientras que un 30,5% mostró baja adherencia (40).

### **Conclusiones**

Los resultados del estudio son fundamentales para avanzar hacia una atención de salud mental más accesible y eficaz en Ecuador y en la región. A su vez, esta herramienta demostró ser eficaz en la evaluación de la adherencia al tratamiento, permitiendo identificar a los pacientes que podrían estar enfrentando dificultades para seguir sus hábitos de medicación.

De acuerdo al estudio realizado, se validaron las propiedades psicométricas al contexto ecuatoriano de la escala Morisky de adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos, asegurando confiabilidad y validez del instrumento utilizado mediante Alfa Cronbach con un valor de  $\alpha = 0,703$ , Omega de McDonald  $\omega = 0,704$  ambos dentro de un rango considerado.

En relación a la prevalencia de adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función del sexo, se logró concluir con un descenso de adherencia a la medicación en el sexo femenino, en comparación al sexo masculino.

En cuanto a las diferencias a la adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función al grupo medicamentoso, se observó que un mayor porcentaje de los participantes tuvieron una baja adherencia. Por otra parte, los medicamentos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fueron los que adquirieron una alta adherencia en los adultos, continuados por los neurolépticos atípicos, seguidos por los neurolépticos y el por último los fármacos anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, hipnóticos, antiepilépticos, normotímicos y sedantes.

### **Se recomienda**

Para futuras investigaciones se recomienda implementar estrategias integrales que incluyan programas educativos enfocados a los pacientes como a sus familias, logrando promover el conocimiento y la aceptación del tratamiento farmacológico. También se sugiere fortalecer los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, garantizando la disponibilidad constante de psicofármacos y mejorando el seguimiento

clínico. El uso de la tecnología, como recordatorios por mensajes de texto, puede ser una herramienta útil para mejorar la adherencia. Realizar estudios con un enfoque mixto, entre metodologías cuantitativas y cualitativas, permitiendo no solo medir niveles de adherencia, sino también comprender los factores personales, culturales y sociales que influyen en el cumplimiento del tratamiento.

Así mismo, se recomienda incrementar las investigaciones longitudinales que evalúen la adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo y su relación con variables como el apoyo familiar, la continuidad del cuidado médico, y la aparición de efectos secundarios. Finalmente, se recomienda integrar estas investigaciones a políticas públicas y estrategias del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de fortalecer el sistema de atención en salud mental y mejorar los resultados terapéuticos en la población ecuatoriana.

## Referencias

1. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42(3):200-9. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>
2. De Las Cuevas C, Peñate W, Sanz E. Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(1):89-98 <https://doi.org/10.1007/s00228-013-1582-9>
3. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
5. Gamboa M, Castro E, Bustos C, Grandón P, Saldivia S. Evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en el Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador). *Revista Ciencias de la Salud*. 2021;19(1):1-21. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10149>
6. Chisholm D, Flisher A, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007;370(9594):1241-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2)
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción mundial frente a las enfermedades no transmisibles. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y Salud. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
9. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Dirección Población Adulta Mayor. 2017. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
10. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012;30(1):61–71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

11. Rondón L, Ramírez J. The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. *J Aging Res.* 2018; May 16; 40(8) 62-94. <https://doi.org/10.1155/2018/4086294>
12. Ramírez A, Martínez P, Estrella M, Reiban G, Maxi E, et al; Factores predictivos del maltrato en adultos mayores de Cuenca. 2021. <https://documentacion.ucacue.edu.ec/items/show/3115>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. 2000. <https://iris.who.int/handle/10665/42326>
14. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J; Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Méd Grupo Ángeles.* 2018;16(3):226-232. [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)
15. Varela M. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico.* 2010; 7(14):127-39. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf>
16. Ibarra O, Morillo R, Rudi N, Ventura J, Navarro H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la Adherencia”. 2015;39(2):109-113. <https://dx.doi.org/10.7399/FH.2015.39.2.8554>
17. De las Cuevas C, Sanz E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud.* 2016; 7(1):25-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.001>
18. Cuevas C, Peñate W; Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2015;(15):121–129. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.003>
19. De las Cuevas C, Sanz E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud.* 2016;7(1):25-30. [https://www.redalyc.org/pdf/2451/Resumenes/Resumen\\_245143153004\\_1.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/2451/Resumenes/Resumen_245143153004_1.pdf)

20. Valencia F, Mendoza S, Luengo L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peru Med Salud Publica.* 2017;34(2):245-249. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>
21. Chaves N, Echeverri J, Ballesteros D, Quijano J, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Fac Med.* 2016; 24(2): 23-32. <https://doi.org/10.18359/rmed.2627>
22. Roig G, Orellano C. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico psiquiátrico atendidos por teleconsulta: validación de la escala de adherencia a la medicación de morisky ocho ítems (MMAS-8). Facultad de Medicina. Lima Perú. 2022. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/12086>
23. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018; 59(3): 163-172. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
24. Rodríguez M, García E, Rodríguez A, Batanero C, Pérez E. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. *Pharm Care Esp.* 2020; 22 (3):148-172. <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572>
25. Morisky D, Green LW, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24(1):67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
26. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas de acción. 2004. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
27. Henchoz k, Cavalli S, Girardin M. Percepción de la salud y estado de salud en la vejez avanzada: una paradoja de asociación. 2008; 22(3):282-90. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.03.002> 28.
28. Jiménez J, Moreno M, Torres J. Significados sobre metodología de la investigación en programas de doctorado en Educación. Una exploración desde su componente curricular. 2023; 32(62): 161-184. <http://dx.doi.org/10.18800/educacion.202301.007>
29. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudiar. 2020; 35(1): 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

30. De las Cuevas C, Peñate W. Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Clin Health Psychol.* 2015;15(2):121-129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33738719005>
31. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74. DOI: [10.1097/00005650-198601000-00007](https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007)
32. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011;2:53-55. DOI: [10.5116/ijme.4dfb.8dfd](https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd)
33. Fajardo CA, Ávila D, Rojas J. Propiedades psicométricas de la escala de adherencia a la medicación de Morisky en población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2018;47(3):149-157. DOI: [10.1016/j.ijchp.2014.11.003](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.003)
34. Valenzuela C, González M, Paredes A. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastornos psiquiátricos: estudio en un centro de salud mental chileno. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2019;57(2):101-108. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006>
35. Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJ, Costa FA, Lyra DP Jr. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm.* 2014;10(3):554-561. DOI: [10.1016/j.sapharm.2013.10.006](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.10.006)
36. Al-Qazaz H.Kh., Hassali M.A., Shafie A.A., Sulaiman S.A., Sundram S., Morisky D.E. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: Translation and validation of the Malaysian version. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2010;90:216-221. DOI: [10.1016/j.diabres.2010.08.012](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.08.012)
37. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
38. Marín J, González M, Flichtentrei D. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes ambulatorios en Argentina: un análisis por grupo terapéutico. *Vertex.* 2019;30(144):12-19. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006>
39. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, et al. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-

admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102(3):203–210. DOI: [10.1034/j.1600-0447.2000.102003203.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102003203.x)

40. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(Suppl 4):1–46. DOI: [10.1097/01.pra.0000388626.98662.a0](https://doi.org/10.1097/01.pra.0000388626.98662.a0)

## Anexos

### ANEXO 1: PROTOCOLO

Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigación Observacionales y de intervención en seres humanos. (Excepto Ensayos Clínicos)

#### COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UCACUE)

INSTRUCCIONES: *El siguiente formulario deberá ser llenado completamente, en idioma español empleando letra tipo Times de 10 puntos, a espacio sencillo, en hojas tamaño A4, manteniendo un margen de 2,5 cm por lado. Si en alguna de las tablas del formulario requiere más filas, puede crear; sin embargo, debe tener en consideración los límites de texto que puede ingresar en algunas secciones del formulario. No debe excederse de 20 páginas. La argumentación debe apoyarse en referencias bibliográficas y datos estadísticos actualizados, mismos que deberán ser citados en el texto utilizando el número de referencia.*

#### **DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO :** Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales.

Debe definir y reflejar de manera claro y precisa los conceptos más importantes: lugar, población y periodo en que se realizará la investigación, además, deberá procurar mostrar la respuesta a la problematización planteada, reflejar lo novedoso o innovador de la investigación, delimitando el marco teórico y deberá estar alineado al objetivo general y a las conclusiones de la misma.

#### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Marque con una X la opción que corresponda

Estudios Observacionales		Estudios de intervención	
• Estudios transversales	<input checked="" type="checkbox"/>	• Estudios cuasi experimentales	<input type="checkbox"/>
• Estudios ecológicos	<input type="checkbox"/>	• Ensayo de campo	<input type="checkbox"/>
• Reportes de caso	<input type="checkbox"/>	• Ensayos controlados aleatoriamente sin uso de medicamentos y/o dispositivos médicos	<input type="checkbox"/>
• Series de caso	<input type="checkbox"/>		
• Estudios de caso y controles	<input type="checkbox"/>		
• Estudios de cohortes	<input type="checkbox"/>		
<b>Otros</b>			
• Especifique			<input type="checkbox"/>

#### **TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO**

<b>FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
Monto total del financiamiento de la investigación.	1470 dólares
Fuentes de financiamiento.	Estudiantes de Enfermería

### DATOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

<b>DATOS DEL PATROCINADOR</b> <i>(Patrocinador es la persona natural o jurídica, compañía, empresa u organización incluidas las academias legalmente constituidas y con representación legal en el país, que tiene la responsabilidad sobre la iniciación, manejo, desarrollo y financiamiento de la investigación)</i>			
Nombre de la persona/institución que realiza la investigación			
Patrocinador	Nombres y Apellidos: XXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX		Cédula de Ciudadanía/RUC: XXXXXXXXXXXX
Teléfono institucional		Extensión	Correo Electrónico
Dirección	Calle principal, numeración, calle secundaria, Ciudad		
Página web Institucional	Ej.: <a href="http://www.xxxxxx.inst.com.ec">www.xxxxxx.inst.com.ec</a>		
Órgano Ejecutor	No aplica		

<b>COBERTURA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> <i>(Selecciones solo un tipo de cobertura)</i>	
Nacional <input type="checkbox"/>	
Zonas de Planificación <input checked="" type="checkbox"/>	Zona 1 (Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos.) <input type="checkbox"/> Zona 2 (Napo, Orellana y Pichincha) <input type="checkbox"/> Zona 3 (Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua) <input type="checkbox"/> Zona 4 (Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas) <input type="checkbox"/> Zona 5 (Los Ríos, Guayas, Santa Elena, Bolívar) <input type="checkbox"/> Zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago) <input checked="" type="checkbox"/> Zona 7 (El Oro, Loja y Zamora Chinchipe) <input type="checkbox"/> Zona 8 (Guayaquil, Durán y Samborondón) <input type="checkbox"/>

	Zona 9 (Distrito Metropolitano de Quito) <input type="checkbox"/>	
Provincial <input type="checkbox"/>	Especifique las provincias en las que se ejecutará su investigación	<input type="checkbox"/>
Local <input type="checkbox"/>	Especifique la provincia y cantones donde se ejecutará su investigación	<input type="checkbox"/>

#### PERSONAL DE LA INVESTIGACIÓN

FUNCIÓN	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FORMACIÓN ACADÉMICA	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL E INSTITUCIONAL	TELÉFONO CELULAR
<b>Investigador Principal (patrocinador)</b>	Bryan Patricio Zhunaula Sánchez	0106562861	Estudiante de Enfermería	Universidad Católica de Cuenca	<a href="mailto:bryan.zhunaula.61@est.ucacue.edu.ec">bryan.zhunaula.61@est.ucacue.edu.ec</a>	0993122236
<b>Investigador Principal (patrocinador)</b>	Luis Alexander Gómez Aponte	0750146086	Estudiante de Enfermería	Universidad Católica de Cuenca	<a href="mailto:luis.gomez.86@est.ucacue.edu.ec">luis.gomez.86@est.ucacue.edu.ec</a>	0980868677
<b>Tutor/asesor</b>	Andrés Alexis Ramírez Coronel	0302185053	Docente	Universidad Católica de Cuenca	<a href="mailto:andres.ramirez@ucacue.edu.ec">andres.ramirez@ucacue.edu.ec</a>	0995581621

#### DETALLE DE LA INVESTIGACIÓN

##### RESUMEN ESTRUCTURADO

**Introducción:** La evolución clínica de los pacientes con trastornos mentales suelen ser pobres por muchos factores, donde la adherencia farmacológica tiene un gran impacto. El tratamiento es un recurso terapéutico de más alta incidencia en la evolución y pronóstico de la enfermedad mental, a pesar de lo cual la adherencia a los mismos ha reportado un bajo indicador, probablemente relacionado con la falta de escalas específicas para medir adherencia a tratamientos psicofarmacológicos.

**Objetivo:** Determinar la adherencia a la medicación Morisky (MMAS-8) para psicofármacos en adultos con trastornos mentales ecuatorianos.

**Métodos:** Se realizará una validación de la escala Morisky de adherencia a la medicación para psicofarmacoterapia y un estudio descriptivo de corte transversal en sujetos adultos con trastornos mentales que asistirán a controles subsecuentes en consulta externa del INC durante un cierto periodo, aplicando la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8- versión validada). El resultado de la MMAS-8 será analizado teniendo en cuenta grupo etario, sexo, tipo de medicamento, frecuencia de las tomas y diagnóstico médico.

**Palabras clave:** adherencia, trastorno mental, salud mental

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

En el tratamiento de trastornos mentales la adherencia farmacológica es fundamental, pues contribuye al éxito terapéutico y al pronóstico de la enfermedad (1). Por otro lado, la adherencia a tratamientos psicofarmacológicos es baja en pacientes con trastornos mentales, la falta de escalas específicas para medir la adherencia a tratamientos psicofarmacológicos puede estar relacionada con estos bajos índices de adherencia (2).

La escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) es una herramienta validada que evalúa la adherencia a medicamentos en general (3). Sin embargo, no ha sido validada específicamente para psicofármacos en el contexto ecuatoriano. Por lo tanto, el problema de investigación se centra en validar la MMAS-8 para psicofármacos y describir sus características en adultos con trastornos mentales que asisten a controles constantes en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC).

Para abordar este problema, es necesario delimitar los conceptos más importantes y delimitar tiempo, espacio y persona. Los conceptos clave son: adherencia farmacológica, trastornos mentales, psicofármacos y escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8). La investigación se llevará a cabo en el INC de Ecuador, el cual se enfocará en adultos con trastornos mentales que asistan a controles constantes en consulta externa. A su vez, se analizará el resultado de la MMAS-8 en función de variables como grupo etario, tipo de medicamento, frecuencia de las tomas y diagnóstico médico.

La Organización Mundial de la Salud estima que, a nivel mundial, alrededor del 50% de los pacientes con trastornos mentales no siguen adecuadamente sus tratamientos farmacológicos (4). Según el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del Ecuador, del total del registro nacional, el 5.13 % corresponde a personas con discapacidad mental ( $n = 23\ 928$ ), y de estas el 20.0 % tiene un grado de discapacidad severo o extremo, el 55.4 % son hombres, con predominio de edades comprendidas entre 30 y 64 años (53.5 %), lo que resalta la relevancia de investigar y mejorar la adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos en este país (5).

Por lo tanto, la validación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) para psicofármacos en el contexto ecuatoriano podría proporcionar una herramienta valiosa y específica para evaluar y mejorar la adherencia a tratamientos psicofarmacológicos en adultos con trastornos mentales. La implementación de una escala validada permitiría a los profesionales de la salud identificar de manera efectiva a los pacientes con baja adherencia y diseñar intervenciones dirigidas a mejorar su cumplimiento terapéutico. A su vez, podría mejorar la calidad de vida de estos pacientes, reducir las recaídas y disminuir la carga económica y social relacionada con los trastornos mentales (6).

Cabe destacar que la validación de la MMAS-8 para psicofármacos y su posterior implementación en el INC en Ecuador tienen el potencial de generar un impacto social positivo, al permitir una evaluación adecuada de la adherencia farmacológica y facilitar la identificación y el abordaje de las barreras para el cumplimiento terapéutico en pacientes con trastornos mentales.

## **JUSTIFICACIÓN**

En cuanto a la conveniencia del estudio el envejecimiento en la población a nivel mundial se considera en la actualidad como uno logro y desafío de la humanidad, siendo un reto para la salud pública. Desde inicios del siglo XXI el mundo está envejeciendo rápidamente. Considerando que el envejecimiento es un proceso natural que debe ir acompañado de seguridad, dignidad y permanencia del disfrute de la vida, la salud, la integridad y la participación social. A nivel mundial aproximadamente 810 millones de personas tienen 60 y más años. Cada segundo, dos personas en el mundo cumplen 60 años. Para el 2050 según proyecciones el 22 % de la población mundial tendrá 60 años y más, el aumento de esta poblacional dará lugar en su mayoría en los países de ingresos bajos y medianos (7).

El impacto del envejecimiento de la población en el sistema de salud de Ecuador es significativo, y en muchas partes del país existen vacíos de conocimiento sobre el tema. Esta razón justifica la producción de información que permita no sólo entender el proceso de envejecimiento en cada región, sino también analizar sus condiciones y, con ello, prevenir situaciones de salud que puedan alterar el bienestar de la población y promover el envejecimiento activo, considerando el contexto. Además, establecer competencias geriátricas, tanto en enfermería, como en otras áreas de conocimiento, teniendo en cuenta las necesidades de los receptores (8).

La Organización Mundial de la Salud define como calidad de vida "la percepción individual de su situación vital, entendida en un contexto cultural, un sistema de valores y en relación con los objetivos, las expectativas y las normas de una sociedad determinada". Desde esta perspectiva, la calidad de vida relacionada con la salud incluye áreas como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia de la persona, las relaciones personales, las creencias en un contexto determinado o el entorno natural, el apoyo social y el apoyo social percibido (9). Sin embargo, para una aproximación general al estado de salud desde la perspectiva de la calidad de vida, es necesario considerar cuestiones más precisas, por lo que es importante distinguir la salud de la satisfacción vital, que implica la complacencia con la vida del presente y las experiencias pasadas. Este concepto también hace referencia a una dimensión subjetiva del bienestar, a una adecuada capacidad de adaptación, aceptación y reconocimiento del entorno, para tener una mejor percepción de la salud y el bienestar (10).

En la Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por La Asamblea General en 1948 donde se establecieron los derechos elementales y donde se incluyó prohibición frente a la discriminación; a partir de esta declaración los gobiernos buscan el desarrollo de las libertades y la protección de los derechos durante la vejez, en el 2015 se publicó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores desde una perspectiva de derechos humanos, tratando de eliminar todo tipo de discriminación. La Constitución de la República del Ecuador en el 2008, en el capítulo tres establece los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas mayores, establece protección contra la violencia o cualquier tipo de explotación laboral o económica, adoptando medidas para fortalecer estos derechos (11).

## **MARCO TEÓRICO**

Según la OMS, los trastornos mentales son un conjunto de alteraciones que afectan el pensamiento, las emociones y el comportamiento de las personas (12), la depresión, las fobias, los trastornos de la conducta alimentaria, el Alzheimer y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son las más comunes, generando en los sujetos malestar emocional o físico, discapacidad, deterioro en el funcionamiento cotidiano, pérdida de libertad o incluso, riesgo significativo de atentar contra sus vidas (13).

Por otro lado, múltiples factores influyen y/o determinan los resultados esperados con la medicación siendo la adherencia al tratamiento el más importante. La adherencia al tratamiento ha sido definida de diferentes formas, pero principalmente como el cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas y está determinada por un conjunto de factores relacionados con la sociedad, la economía, la enfermedad que se padece, el tratamiento, la estructura sanitaria que se ofrece, y por el paciente (14).

La adherencia a los fármacos correctamente prescritos es fundamental para una psicofarmacoterapia efectiva (15), la falta de adherencia a los fármacos psicoactivos forma una barrera significativa para el éxito del tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica y se ha relacionado con malos resultados terapéuticos, tales como mayores riesgos de recaída y recurrencia, así como con el aumento de los costes sanitarios (16). El empleo de cuestionarios un método muy útil en la práctica clínica diaria, sencillo y barato. Entre la multitud de cuestionarios existentes, la elección de uno frente a otros se basará en la patología que sufre el paciente y en la información que se quiera analizar (comportamiento del paciente, barreras o creencias acerca de la adherencia terapéutica, etc) (17).

Múltiples cuestionarios se han diseñado para medir la adherencia al tratamiento en diferentes patologías y con enfoques diferentes como el Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems (*Drug Attitude Inventory, DAI-10*) para pacientes psiquiátricos, desarrollado para valorar la respuesta subjetiva y las actitudes hacia su tratamiento farmacológico (18). El Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (*Beliefs about Medicines Questionnaire, BMQ*), de 8 y 10 ítems, para evaluar las creencias sobre la medicación, permitiendo el *BMQ Específico* su utilización en cualquier grupo diagnóstico cambiando el término “medicamento” según el tipo de tratamiento, validada por de las Cuevas (19), en pacientes psiquiátricos ambulatorios que ha demostrado ser válida y fiable para evaluar las creencias de los pacientes sobre la medicación, así como la adherencia al tratamiento y la escala de Morisky de Adherencia a los Medicamentos (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8-ítems, utilizada en diferentes culturas y validada en español en una muestra de 967 pacientes psiquiátricos en régimen ambulatorio (20).

Por otro lado, la escala MMAS-8 ha sido validada en pacientes hipertensos adultos mayores, en atención primaria obteniéndose valores de sensibilidad: 86 - 85%; de especificidad: 56 - 58%; de valor predictivo positivo: 60 - 65% y de valor predictivo negativo: 84 - 81%, en sujetos con insuficiencia renal crónica con un 62,5% de baja adherencia a 30 pacientes mayores de 75 años (21).

Para el uso del MMAS-8 en salud mental se han realizado validaciones para su uso en tele psiquiatría con adaptación cultural y validación en 162 pacientes internados en un hospital psiquiátrico (22). Una búsqueda no sistemática de los artículos de investigación más importantes publicados sobre la adherencia a la medicación en la base de datos *National Library of Medicine, Washington, DC (MEDLINE:PubMed)* da cuenta del uso de múltiples y diferentes métodos para medir la adherencia terapéutica incluyendo la variante de 4 ítems del Morisky y concluyendo la inexistencia de algún método óptimo y superior a los demás llegando a recomendar la utilización de varias técnicas para ser más eficaces en las determinaciones (23).

Sin embargo, investigaciones amplias sobre el uso de métodos indirectos (revisión de 15 test) para la exploración de la adherencia medicamentosa aseguran que a pesar de que no existe una prueba regla de oro que se pueda ser utilizado en cualquier tipo de paciente es el MMAS-8 el test más versátil de todos, y que puede ser utilizada con muestras de pacientes psiquiátricos (24).

Utilizaremos la escala original de 8 ítems de Morisky (MMAS-8) desarrollada y aplicada en entrevistas iniciales y posteriores a la intervención con pacientes en los estudios de Johns Hopkins sobre el control de la hipertensión adaptada para sujetos con trastornos mentales (25). Para la evolución estable de cualquier trastorno mental diagnosticado y sometido a tratamiento farmacológico es necesario que los sujetos se adhieran a las recomendaciones profesionales teniendo en cuenta dosis, horarios, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud, la mala adherencia a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad de estos, especialmente en algunas condiciones de salud con mayor probabilidad de protagonizar conductas de abandono y poco estables en el tiempo como son los trastornos mentales (26). Por lo anterior, el objetivo de este estudio es determinar la utilidad de la escala de adherencia a la medicación de Morisky de ocho ítems (MMAS-8) como instrumento indirecto para medir la adherencia terapéutica en sujetos adultos con trastornos mentales en consultas subsecuentes de psiquiatría del Instituto de Neurociencias, de la ciudad de Guayaquil.

Las personas adulto mayores describen que la autopercepción de la salud se deteriora en la edad muy avanzada, las personas de 80 años o más tienden a subestimar el deterioro (27). Demostramos que la creciente diferencia entre el estado de salud percibido y el objetivo puede explicarse por mecanismos de comparación. Los datos cualitativos apuntan al uso de diversas formas de comparación que permiten a las personas mayores mantener

una percepción relativamente favorable de su propia salud y, por tanto, de sí mismos hasta una edad muy avanzada.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **General**

Determinar la adherencia a la medicación Morisky (MMAS-8) para psicofármacos en adultos con trastornos mentales ecuatorianos.

### **Específicos**

1. Validar las propiedades psicométricas al contexto ecuatoriano de la escala Morisky de adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos.
2. Estimar la prevalencia adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función del sexo.
3. Analizar las diferencias la adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función al grupo medicamentoso.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos con trastornos mentales del Instituto de Guayaquil (INC)?

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño de la investigación**

El estudio presenta un enfoque investigativo cuantitativo, no experimental de tipo comparativo con cohorte retrospectivo en función a la variable independiente (resultados de escala de Morisky) en muestras independientes.

### **Participantes**

La población consta de pacientes atendidos en consulta subsecuente de área de consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia debido a la naturaleza heterogénea de la población y riesgo de sesgo por población.

### **Criterios de inclusión.**

Diagnóstico: cualquier patología neuropsiquiátrica.

Edad: 18 años en adelante.

Atención por consulta subsecuente.

Criterios de exclusión.

Patología neuropsiquiátrica cuya condición al momento de comenzar la investigación no permita la obtención fiel de los datos (descompensación, deterioro, etc).

### **Instrumentos**

La Escala de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) es un cuestionario utilizado para evaluar la adherencia del paciente a la medicación prescrita. Evalúa el grado en que los pacientes siguen las indicaciones y las pautas de su tratamiento médico. La escala consta de 8 preguntas diseñadas para determinar los hábitos de adherencia y la conducta del paciente en relación con su medicación.

Las preguntas en la escala MMAS-8 abordan varios aspectos del comportamiento del paciente en relación con su medicación. Estas preguntas pueden incluir cuestiones sobre si el paciente ha olvidado tomar la medicación, si ha alterado la dosis por su cuenta, si ha dejado de tomarla en algún momento, etc. Las respuestas a estas preguntas se utilizan para calcular un puntaje total que indica el nivel de adherencia del paciente.

**El puntaje en la escala MMAS-8 generalmente se interpreta de la siguiente manera:**

-Alta Adherencia: Puntaje de 8.

-Moderada Adherencia: Puntaje de 6 o 7.

-Baja Adherencia: Puntaje de 0-5.

### **Procedimiento**

El procedimiento de recolección de datos comprende de la solicitud de datos personales, informe de la prueba Morinsky (MMAS-8) y de la obtención de datos de la historia clínica unificada.

Se realizará una carta de solicitud de datos adjuntando una tabla de variables que se analizarán, se especificará que la información sea entregada en formato XLSX vía correo electrónico a los responsables de la base de datos. Se empleará consentimiento informado al paciente, con los respectivos procedimientos al director técnico del instituto de Neurociencias. No se emitirá informe de análisis individual a pacientes y a la institución.

Los datos de los pacientes serán almacenados en oficina de jefatura de hospitalización, bajo supervisión de Dr. Jose Alejandro Valdevila Figueira, las instrucciones de análisis, liberación y eliminación de datos se realizará mediante correo electrónico. A su vez, la eliminación de las bases de datos está programada en 3 años posterior a la aprobación del comité de ética y análisis de datos. Por último, la base de datos será procesada en SPSS versión 28.0, R y JAMOVI, se procederá a la codificación de nombres, apellidos y número de cédula de los pacientes mediante designación numérica eliminando la posibilidad de identificación de los pacientes.

### **Análisis Estadístico**

Todos los datos recolectados serán analizados en Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22 (IBM Corp., Armonk, NY), R y JAMOVI. Los datos se analizarán bajo condiciones no paramétricas y distribución sin normalidad, el análisis de variables demográficas, nutricionales y bioclínicas en los grupos se realizará mediante la prueba the Mann-Whitney U para muestras independientes y las correlaciones se analizaron en formato Spearman con valor de significancia estadística de  $< 0.05$ , se empleará técnica de comparación entre categorías mediante Chi cuadrado, además de un análisis de razón de probabilidades u odds ratio entre las variables mencionadas y variables bio clínicas.

Para los análisis de validación de propiedades psicométricas se seguirán los siguientes pasos:

#### **Validez:**

Validez de Contenido: Evaluación de si el contenido del cuestionario abarca adecuadamente el constructor de interés.

Validez de Constructo: Investigación de si el cuestionario mide el constructo específico que pretende medir. Esto implica el análisis de correlaciones con otros cuestionarios relacionados y pruebas de hipótesis teóricas.

Validez Concurrente: Comparación de los resultados del cuestionario con los resultados de otra herramienta ya validada que mida conceptos similares.

Validez Predictiva: Evaluación de si los resultados del cuestionario pueden predecir comportamientos futuros relacionados con el constructo.

#### **Confiabilidad:**

Consistencia Interna: Medida de la consistencia de las respuestas en el cuestionario mediante estadísticas como el coeficiente alfa de Cronbach.

Estabilidad Temporal: Evaluación de la consistencia de las respuestas con el tiempo, generalmente a través de pruebas repetidas en diferentes momentos.

#### **Análisis Factorial:**

Uso de análisis factorial para explorar la estructura subyacente del cuestionario y confirmar que los ítems se agrupan de manera coherente con el constructo teórico.

#### **Análisis de Ítems:**

Evaluación individual de cada ítem para determinar si contribuyen de manera adecuada a la medición del constructo.

#### **Análisis de Correlación:**

Examen de las correlaciones (r de Pearson) entre los ítems del cuestionario para entender cómo se relacionan entre sí y con el constructo general.

#### **Análisis de Fiabilidad:**

Cálculo de la consistencia interna del cuestionario mediante coeficientes como el alfa de Cronbach.

**Análisis de Consistencia Temporal:** Evaluación de la estabilidad de las respuestas del cuestionario cuando se aplica en diferentes momentos a la misma población.

**Análisis de Sensibilidad:** Evaluación de cómo los cambios en el constructo deberían reflejarse en los resultados del cuestionario.

**Análisis de Validación Cruzada:**

Confirmación de la validez y confiabilidad en diferentes poblaciones o contextos.

**Variables:**

Se realizó de la siguiente manera:

Sexo:

Categoría: Masculino, Femenino, No binario

Indicadores Observables: Pregunta de autoidentificación u observación de características físicas o expresiones de género.

**Tipo de Medicación:**

Categorías: Por ejemplo, Antihipertensivos, Antidepresivos, Analgésicos, etc.

Indicadores Observables: Puede ser una pregunta abierta o cerrada en una encuesta que pregunte sobre el tipo de medicación que el individuo está tomando.

**Velocidad:**

Medida: Tiempo (segundos, minutos, horas)

Indicadores Observables: Puede medirse en términos de la rapidez con que se realiza una acción específica. Por ejemplo, el tiempo que lleva completar una tarea determinada.

**Ejecución:**

Medida: Escala ordinal o nominal (baja, media, alta)

Indicadores Observables: Puede ser evaluado subjetivamente por un observador o, en algunos casos, por la propia persona, en términos de cómo realiza una tarea o actividad específica.

**Precisión:**

Medida: Escala numérica (porcentaje, puntuación)

Indicadores Observables: Puede medirse mediante la comparación de los resultados obtenidos con un estándar o criterio previamente establecido. Por ejemplo, en una prueba de precisión, se podría calcular el porcentaje de respuestas correctas.

**Adherencia:**

Medida: Escala numérica (porcentaje, puntuación)

Indicadores Observables: Se puede medir a través de preguntas que evalúen la frecuencia y consistencia con la que una persona sigue un régimen de tratamiento médico. Por ejemplo, un cuestionario como la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) que mencionaste en tu pregunta anterior.

**Lesión Orgánica:**

Categorías: Sí, No

Indicadores Observables: Esto podría basarse en resultados de pruebas médicas, diagnósticos médicos o registros de la presencia o ausencia de lesiones orgánicas confirmadas por profesionales de la salud.

**Trastorno Afectivo:**

Categorías: Sí, No

Indicadores Observables: Basado en diagnósticos médicos o evaluaciones psicológicas que determinan la presencia o ausencia de un trastorno afectivo específico.

**Esquizofrenia:**

Categorías: Sí, No

Indicadores Observables: Similar al trastorno afectivo, esto se basaría en diagnósticos médicos o evaluaciones psiquiátricas que establecen la presencia o ausencia de esquizofrenia.

**RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

Nombre	Rol	Funciones
Luis Alexander Gómez Aponte Bryan Patricio Zhunaula Sánchez	Investigador Principal Investigador Principal	Revisión de los artículos, conceptualización, metodología, administración del proyecto, gestión de recursos, análisis de los datos, obtención de los resultados a través de los test, sustentación de los resultados obtenidos.
Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel	Tutor	Supervisión y Validación

Fuentes	Discriminación detallada Recurso	Unidad que se Requiere	Valor de cada Unidad (USD)	Costo total (USD)
Autofinanciado	<b>Computadora</b>	<b>1</b>	<b>650</b>	<b>650</b>
Autofinanciado	<b>Celular</b>	<b>1</b>	<b>450</b>	<b>450</b>
Autofinanciado	<b>Impresora</b>	<b>1</b>	<b>250</b>	<b>250</b>
Autofinanciado	<b>Hojas A4</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>40</b>
Autofinanciado	<b>Impresiones</b>	<b>200</b>	<b>0,10</b>	<b>20</b>
Autofinanciado	<b>Internet (horas)</b>	<b>40</b>	<b>0,05</b>	<b>2</b>
Autofinanciado	<b>Esferográficos</b>	<b>10</b>	<b>0,40</b>	<b>4</b>
Autofinanciado	<b>Transporte</b>	<b>1</b>	<b>1,00</b>	<b>50</b>
Autofinanciado	<b>Varios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>			<b>USD</b>	<b>1,470</b>

**CONSIDERACIONES ÉTICA Y DE GÉNERO**

Para avalar el cumplimiento de las normativas éticas, se tendrán en consideración las recomendaciones de las Declaraciones de Helsinki, en el que se recoge claramente que debe respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad o confidencialidad, sus garantías antes que los de la ciencia, con prevención necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental.

Los participantes firmarán un consentimiento informado que representa la aceptación, donde se recogen los aspectos bioéticos que certifican el amparo de las personas. Este consentimiento informado permite la autorización que emiten las personas para que únicamente los autores de esta investigación puedan acceder a dicha información, sobre la que se guardará total confidencialidad y seguridad a través de una clave que solo portan los investigadores. Se omitirán nombres, apellidos y número de identidad.

Las muestras obtenidas luego del estudio serán presentadas de acuerdo con las normas de éticas de la APA y serán sometidas a la aprobación por parte del Comité Ético en Investigación en Seres Humanos (CEISH UCACUE).

Este proyecto sobre el Estado de salud de adulto mayor en Azogues, (Mayo-Octubre 2022) ha buscado aplicar todos los lineamientos y normativas de los aspectos éticos de una investigación en Seres Humanos, todos los investigadores de este proyecto discutieron la importancia de respetar la dignidad de los participantes (adultos

mayores), su autonomía, la justicia, beneficencia y no maleficencia, el anonimato y la estricta confidencialidad de los datos que se obtengan. Cuidamos mucho de que el diseño metodológico no solo sea o cumpla con el método científico sino a la vez que sea éticamente aceptable. En lo que respecta al género, es un concepto general y de todo los que forman el proyecto antes mencionado, el respeto irrestricto a la Equidad de Género y todo tipo de orientaciones de género que existe o que puedan existir. El proyecto ha tenido estricto cuidado en cuidar que no existe ningún tipo de discriminación con respecto a las orientaciones múltiples de género reconocidas por la Organización Mundial de la Salud.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Se espera que este estudio logre adaptar la escala Morisky de adherencia a la medicación al contexto ecuatoriano, asegurando que los ítems reflejen adecuadamente el lenguaje y la comprensión culturalmente pertinentes. Además, se pretende validar las propiedades psicométricas de la escala, incluyendo su validez de contenido, constructo y fiabilidad, con el fin de proporcionar una herramienta robusta para evaluar la adherencia en adultos con patología mental en Ecuador. Los resultados también se enfocarán en identificar la prevalencia de adherencia y los factores epidemiológicos asociados, así como en explorar la relación entre niveles de adherencia y la sintomatología de la patología mental, contribuyendo a futuras investigaciones para el desarrollo de intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades locales.

## **REFERENCIAS CITADAS**

## **DECLARACIÓN FINAL**

El equipo de investigadores, representado por el patrocinador y el investigador principal del proyecto, de forma libre y voluntaria declara que:

- El contenido, la autoría y la responsabilidad sobre los resultados del estudio corresponden al Patrocinador y al Investigador Principal y que se exonera al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
- El proyecto descrito en este documento es una obra original, cuyos autores forman parte del equipo de investigadores y que por lo tanto se asume la completa responsabilidad legal en el caso de que un tercero alegue la titularidad de los derechos intelectuales del proyecto; Así como se exonera al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
- El presente proyecto no causa perjuicio alguno a los sujetos participantes en la investigación y al ambiente y no transgrede normativa legal o norma ética alguna, y que en el caso de que la investigación requiera de permisos de otras instituciones ajenas al Ministerio de Salud Pública, previo a su ejecución, el Patrocinador/Investigador Principal remitirán una copia certificada de los mismos al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Velarán por el cumplimiento de la presente investigación en los términos que se aprobó tanto por el Comité de Ética de Investigaciones en Seres Humanos como por el Ministerio de Salud Pública.
- Se enviará un informe final de la investigación con los resultados obtenidos al Ministerio de Salud Pública

**Firma del Investigador Principal**

Luis Alexander Gómez Aponte

**Correo electrónico:** luis.gomez.86@est.ucacue.edu.ec

**Firma del Investigador Principal**

Bryan Patricio Zhunaula Sánchez

**Correo electrónico:** bryan.zhunaula.61@est.ucacue.edu.ec

**COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA HUNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA (CEISH-UCACUE)**

**Nombre del Proyecto:** Determinar la adherencia a la medicación Morinsky (MMAS-8) para psicofármacos en adultos con trastornos mentales ecuatorianos.

**Fecha de Presentación del Proyecto:**

PROYECTO	2025											
	Sema na 1,2	Sema na 3,4	Sema na 5,6	Sema na 7,8	Sema na 9,10	Sema na 10,11	Sema na 12,13	Sema na 14,15	Sema na 16,17	Sema na 18,19	Sema na 20,21	Sema na 22,23
<p align="center"><b>Objetivo Específico 1</b></p> <p>Validar las propiedades psicométricas al contexto ecuatoriano de la escala Morisky de adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos.</p>												
Actividad 1. Recolección de la información												
Actividad 1.2 Elaboración de instrumentos												
Actividad 1.3 Recolección y tabulación de datos												
Actividad 1.4 Análisis e interpretación de datos												
<p align="center"><b>Objetivo Específico 2</b></p> <p>Estimar la prevalencia adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función del sexo.</p>												
Actividad 2 Recolección de la información												
Actividad 2.2 Elaboración de instrumentos												
Actividad 2.3 Recolección y tabulación de datos												
Actividad 2.4												

Análisis e interpretación de datos

**Objetivo Específico 3**

Analizar las diferencias la adherencia a la medicación en psicofarmacoterapia en los adultos en función al grupo medicamentoso.

Actividad 3.  
Recolección de la información

Actividad 3.2  
Elaboración de instrumentos

Actividad 3.3  
Recolección y tabulación de datos

Actividad 3.4  
Análisis e interpretación de datos

**Firma del Investigador Principal**

Luis Alexander Gómez Aponte  
Correo electrónico: luis.gomez.86@est.ucacue.edu.ec

**Firma del Investigador Principal**

Bryan Patricio Zhunaula Sánchez  
Correo electrónico: bryan.zhunaula.61@est.ucacue.edu.ec

ANEXO B: LISTA DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN					
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	PUBLICA/ PRIVADA	DIRECCIÓN POSTAL	PERSONA DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL CONTACTO	TELÉFONO PERSONA DE CONTACTO
No aplica					

**ANEXO C: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO	# ÍTEM	
Sociodemográficos	Edad	Edad en años cumplidos desde su nacimiento	N/A	Años cumplidos 18 en adelante	Razón	Cuantitativa/Discreta	1
	Sexo	Características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres	N/A	Hombre Mujer	Nominal	Cualitativa / Dicotómica	2
	Estado civil	Condición civil legal de un persona según el registro civil	N/A	Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión libre	Nominal	Cualitativa / Politómica	3
	Nivel de instrucción	grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	N/A	No tiene Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel	Nominal	Cualitativa / Politómica	5
	Tipo de familia	Conjunto de personas que conviven en un mismo domicilio	N/A	Unipersonal Compuesta Extensa	Nominal	Cualitativa / Politómica	6

	Estado nutricional	“Es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, de múltiples determinantes en un espacio dado, representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales”	N/A	Peso Tala IMC  1. Bajo 2. Normal 3. Sobre peso 4. Obesidad 1 5. Obesidad 2 6. Obesidad mórbida	Nominal	Cualitativa / Politómica	7
Funcionamiento cognitivo	“procesos mentales que permite recibir, procesar y elaborar la información”	N/A	orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje	Razón	Cuantitativa/Discreta	<i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> Modificado	
Calidad de vida	"la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones"	N/A	Físico Psicológico Relaciones sociales Medio ambiente Independiente	Nominal	Cualitativa / Politómica	WHOQOL-BREF	

## ANEXO D: INSTRUMENTO

### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

#### CARRERA DE ENFERMERÍA

#### CAMPUS AZOGUES

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre “Estado de salud del adulto”. Al leer cada una de las preguntas, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea fidedigna y confiable. No hace falta su identificación personal en el instrumento únicamente tiene fines académicos y será de absoluta confidencialidad.

#### Instrucciones:

Antes de responder al cuestionario le sugerimos que lea atentamente estas instrucciones:

- ✓ Recordar que el cuestionario es anónimo
- ✓ Selecciona únicamente una respuesta

Edad	18 años en adelante
Sexo	Hombre Mujer
Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Nivel de instrucción	No tiene Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel
Tipo de familia	Unipersonal Compuesta Extensa
Estado nutricional	Peso Talla IMC

## 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=0	No=1
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.

## ANEXO E: CONSETIMIENTO INFORMADO

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CEISH-UCACUE

**Título de la investigación:** Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales.



#### 1. Datos de los investigadores

<b>Función/rol</b>	<b>Nombres completos</b>	<b># de cédula</b>	<b>Institución a la que pertenece</b>
Investigador Principal	Bryan Patricio Zhunaula Sánchez	0106562861	Universidad Católica de Cuenca
Investigador Principal	Luis Alexander Gómez Aponte	0750146086	Universidad Católica de Cuenca
Tutor	Andrés Alexis Ramírez Coronel	0302185053	Universidad Católica de Cuenca

#### 2. Instituciones participantes

<b>Nombre Institución</b>	<b>Tipo Pública/ Privada</b>	<b>Dirección Postal</b>	<b>Persona de Contacto</b>	<b>Correo electrónico Persona Contacto</b>	<b>Teléfono Persona Contacto</b>
Azogues	NA	NA	NA	NA	NA

#### 4. Propósito ¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en esta investigación que se realizará en la ciudad de Azogues. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, usted tiene derecho a realizar todas las preguntas que crea conveniente, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio.

También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento y la libertad para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve este documento a su casa y léalo con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

#### 5. Introducción

Usted ha sido invitado(a) a ser parte de una investigación sobre estado de salud del adulto mayor en Azogues

Usted fue seleccionado(a) porque cumple con los requisitos de participación, La selección de participantes está en función de los principios de justicia, autonomía y beneficencia.

#### 6. Descripción de los procedimientos

Si acepta participar de esta investigación, usted tendrá que responder a un cuestionario anónimo, que le tomará entre 20 a 30 minutos.

Las preguntas están divididas en 3 secciones: en la primera parte, se interrogará sobre elementos relativos a usted y su entorno. En la segunda sección se preguntará sobre su familia y en el tercer apartado sobre depresión.

El mismo procedimiento se seguirá con las 368 personas que participarán de este estudio.

### **7. Riesgos y beneficios**

El estudio no representa riesgos físicos, psicológicos, sociales/económicos, pérdida de confidencialidad o legales.

El estudio con los datos obtenidos tendrá como beneficio un nuevo enfoque hacia los adultos mayores para la creación de políticas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los mismos.

### **8. Confidencialidad**

Para asegurar la confidencialidad de los datos, se asegurará la privacidad de la información, incluyendo las autorizaciones para verla, compartirla y utilizarla. La información con alto nivel de confidencialidad se considerará secreta y se mantendrá confidencial para evitar el robo de identidad, el compromiso de cuentas y sistemas, el daño legal o de reputación y otras consecuencias graves.

### **9. Derechos de los participantes**

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 11) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 12) Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

### **10. Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono que pertenece a (Investigador principal) o envíe un correo electrónico

También puede contactarse con el Comité de Ética de Investigación de Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca (CEISH-UCACUE), ubicado en el campus Miracielo (Ricaurte-Cuenca), Teléfono: (07)2830751. Correo electrónico: ceish@ucacue.edu.ec

**11. Declaratoria de consentimiento informado**

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

**12. Revocatoria del consentimiento informado**

A pesar de haber aceptado inicialmente que de mis datos personales o la información brindada por mi sean utilizados en investigaciones REVOCO, lo antes mencionado, y solicito que mis datos, así como toda la información obtenida, sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley me corresponde.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Luis Alexander Gómez Aponte** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0750146086**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales”** 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, 05 de agosto de 2025



**Luis Alexander Gómez Aponte**

**C.I. 0750146086**

## **AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Bryan Patricio Zhunaula Sánchez** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106562861**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos ecuatorianos con trastornos mentales”** 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, 05 de agosto de 2025



**Bryan Patricio Zhunaula Sánchez**

**C.I. 0106562861**