

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



TESIS:

Polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”. Ayacucho, 2025

Para optar el título profesional de:
QUÍMICO FARMACÉUTICO

PRESENTADO POR:
Bach. Robert TUDELA CRUZ

ASESOR:
Dr. Pablo Williams COMÚN VENTURA

AYACUCHO - PERÚ

2026

A mis padres, por su apoyo incondicional;
a mi hermana, por su aliento constante; a
mi novia, por su comprensión y
motivación; a mi asesor y jurados, por su
exigencia académica y aportes que
permitieron la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por la formación académica brindada a lo largo de mi carrera profesional.

Al Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” – EsSalud y a la Red Asistencial Ayacucho, por las facilidades otorgadas para la ejecución del presente trabajo de investigación.

A mi asesor y jurados, por su orientación, exigencia académica y aportes que contribuyeron al desarrollo y culminación de este estudio.

Asimismo, a los profesionales y personas que colaboraron directa e indirectamente en la realización del presente trabajo.

ÍNDICE GENERAL

	Página
RESUMEN	1
ABSTRACT	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: DESARROLLO DE LA PERSPECTIVA TEÓRICA	7
2.1. Marco Referencial	7
2.2.1. Antecedentes Internacionales	7
2.2.2. Antecedentes Nacionales	7
2.2.3. Antecedentes Locales	7
2.2. Marco Teórico	7
2.2.3. Relación entre polifarmacia y adherencia	7
2.3. Marco conceptual	7
2.3.1. Adherencia al tratamiento farmacológico	7
2.3.2. Polifarmacia	7
2.3.3. Adulto mayor	7
2.3.4. Cumplimiento terapéutico	7
2.3.5. Proporción de días cubiertos (PDC)	7
2.3.6. Comorbilidad	7
2.3.7. Prescripción potencialmente inapropiada	7
2.4. Marco Ético y Legal	7
2.4.1. Ley N.º26842: Ley General de Salud	7
2.4.2. Ley N.º26459: Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios	7
2.4.3. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (DS N.º 023-2005-SA y modificatorias)	7
2.4.4. Política Nacional de Medicamentos (MINSA, 2020)	7
2.4.5. Ley N.º30490: Ley de la Persona Adulta Mayor	7
2.4.6. Resolución Ministerial N.º 116-2020/MINSA: Norma Técnica de Salud para la prescripción y dispensación de medicamentos.	7
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	9
3.1. Alcance de Investigación	9
3.2. Diseño de investigación	9

3.3.	Unidad de análisis	9
3.4.	Población de Estudio	9
3.5.	Muestra	9
3.6.	Criterios de Selección	10
3.6.1.	Criterios de Inclusión	10
3.6.2.	Criterios de Exclusión	10
3.7.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	10
3.7.1.	Técnica	10
3.7.2.	Instrumento	11
3.7.	Análisis de datos	13
3.8.	Consideraciones éticas	14
	CAPÍTULO IV. RESULTADOS	15
4.1.	Resultados descriptivos	15
4.2.	Resultados Inferenciales	21
	CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	27
	CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	37
	CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES	39
	BIBLIOGRAFÍA	41
	ANEXOS	49

ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1 Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes adultos mayores atendidos en Medicina Interna.	15
Figura 4 Polifarmacia y pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico medido con Proporción de Días Cubiertos (PDC) y Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	56
Figura 5 Polifarmacia y pacientes adherentes al tratamiento farmacológico medido con Proporción de Días Cubiertos (PDC) y Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	57
Figura 6 Comorbilidades y Proporción de Días Cubiertos (PDC) en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	62
Figura 7 Comorbilidades y cumplimiento terapéutico (Test de Morisky) en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	63

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1 Análisis descriptivo de la carga farmacológica y comorbilidades en los pacientes adultos mayores.	16
Tabla 2 Enfermedades más prevalentes en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	17
Tabla 3 Los medicamentos con mayor consumo en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	19
Tabla 4 Asociación de la polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico medido con la Proporción de Días Cubiertos (PDC) y Test de Morisky en adultos mayores del servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	21
Tabla 5 Asociación entre la Cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico medido con el Test de Morisky en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	22
Tabla 6 Asociación entre la Cantidad de medicamentos prescritos y la Proporción de Días Cubiertos (PDC) en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	23
Tabla 7 Asociación entre la cantidad de comorbilidades y el cumplimiento terapéutico medido con el Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	24
Tabla 8 Asociación entre la Cantidad de comorbilidades y la Proporción de Días Cubiertos (PDC) en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	25

Tabla 9	Asociación entre las características sociodemográficas con la Adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” según la adherencia al tratamiento farmacológico.	26
Tabla 10	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	54
Tabla 11	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de Julio a diciembre del 2025.	58
Tabla 12	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre las comorbilidades y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.	60
Tabla 13	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la edad agrupada y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC).	64
Tabla 14	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC).	65
Tabla 15	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC).	66
Tabla 16	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el lugar de procedencia y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC).	67
Tabla 17	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la edad agrupada y la adherencia al tratamiento farmacológico con el Test de Morisky.	68
Tabla 18	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con el Test de Morisky.	69

Tabla 19 Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento farmacológico con el Test de Morisky.	70
Tabla 20 Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el lugar de procedencia y la adherencia al tratamiento farmacológico con el Test de Morisky.	71
Tabla 21 Distribución de pacientes según número de categorías ATC identificadas en la prescripción farmacológica durante el periodo de estudio.	72
Tabla 22 Prueba de Validez V de Aiken.	80

ÍNDICE DE ANEXOS

	Páginas
Anexo 1 Matriz de Definición y Operacionalización de Variables.	51
Anexo 2 Matriz de consistencia	53
Anexo 3 Consentimiento informado	73
Anexo 4 Test de Morisky- Green- Levine	74
Anexo 5 Instrumento - Ficha de recolección de datos de historias clínicas del servicio de Medicina interna.	75
Anexo 6 Autorización del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos”.	76
Anexo 7 Validación del instrumento (Experto Evaluador 1)	77
Anexo 8 Validación del instrumento (Experto Evaluador 2)	78
Anexo 9 Validación del instrumento (Experto Evaluador 3)	79
Anexo 10 Confiabilidad del Instrumento	81
Anexo 11 Evidencia fotográfica del proceso de recolección de datos de los pacientes adultos mayores de Medicina interna.	82

RESUMEN

El envejecimiento poblacional representa un reto para los sistemas de salud debido al incremento de enfermedades crónicas y aumento de tratamientos. El estudio examinó la asociación entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga "Carlos Tuppia García Godos" de julio a diciembre de 2025. Este estudio usó un diseño transversal, no experimental, utilizando una metodología cuantitativa con un enfoque correlacional. Las 92 personas que conformaron la muestra fueron elegidas con un método de muestreo aleatorio simple (MAS), mediante el registro del servicio de Medicina Interna. En la evaluación, la adherencia al tratamiento se usó el indicador de Proporción de Días Cubiertos (PDC) y la prueba del Test de Morisky. La cantidad de medicamentos para categorizar la polifarmacia. Se realizó una prueba estadística de Chi-cuadrado con una significancia del 5%, procesado en el SPSS versión 27. Los hallazgos demostraron que la adherencia al tratamiento farmacológico se asocia con la polifarmacia ($p = 0,001$). Como también no hubo asociación entre las comorbilidades y la adherencia medida por el PDC ($p = 0,170$), pero si con el Test de Morisky ($p = 0,034$) o el número total de medicamentos con el Test de Morisky ($p = 0,001$) y Proporción de Días Cubiertos (PDC) ($p = 0,001$). Se concluye que, en la población estudiada, existe una asociación entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico, lo que también involucra en la adherencia al tratamiento farmacológico son los factores geográficos y socioeducativos.

Palabras clave: Polifarmacia, adherencia al tratamiento farmacológico, adulto mayor, comorbilidad, Proporción de Días Cubierto.

ABSTRACT

Population aging represents a challenge for healthcare systems due to the rise in chronic diseases and the increase in treatments. This study examined the association between polypharmacy and adherence to pharmacological treatment in older adults treated at the Internal Medicine service of Hospital II Huamanga "Carlos Tupia García Godos" from July to December 2025. A cross-sectional, non-experimental design was used, employing a quantitative methodology with a correlational approach. The sample consisted of 92 individuals selected through a simple random sampling (SRS) method utilizing the Internal Medicine service records. In the assessment, treatment adherence was evaluated using the Proportion of Days Covered (PDC) indicator and the Morisky Medication Adherence Scale, while the number of medications was used to categorize polypharmacy. A Chi-square statistical test was performed with a 5% significance level, processed in SPSS version 27. The findings demonstrated that adherence to pharmacological treatment is associated with polypharmacy ($p = 0.001$). Furthermore, there was no association between comorbidities and adherence measured by the PDC ($p = 0.170$); however, an association was found with the Morisky Scale ($p = 0.034$), as well as between the total number of medications and both the Morisky Scale ($p = 0.001$) and the Proportion of Days Covered (PDC) ($p = 0.001$). It is concluded that, within the studied population, an association exists between polypharmacy and adherence to pharmacological treatment, and that geographic and socio-educational factors are also involved in pharmacological treatment adherence.

Keywords: Polypharmacy, medication adherence, older adults, comorbidity, proportion of days covered.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población representa un problema significativo para los sistemas de salud a nivel mundial y nacional, debido al aumento de las enfermedades crónicas que requieren intervenciones farmacológicas prolongadas. En este contexto, la adherencia a la terapia farmacológica es particularmente crítica para evaluar la efectividad terapéutica y controlar los trastornos crónicos. La palabra "adherencia" se refiere a qué tan estrictamente un paciente sigue la dosis, frecuencia y duración de las instrucciones de tratamiento proporcionadas por su médico (López & Quesada, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2004). Los hallazgos negativos, como el fracaso del tratamiento, la progresión de la enfermedad, más hospitalizaciones y mayores gastos de atención médica, se derivan del incumplimiento.

La aparición de muchas comorbilidades en personas mayores está relacionada con la polifarmacia, que es la prescripción de múltiples medicamentos a la vez, y afecta significativamente la adherencia al tratamiento. Esta condición, que es prevalente en pacientes de edad avanzada, complica el tratamiento, aumenta la posibilidad de efectos secundarios, interacciones medicamentosas y errores de medicación, y tiene un impacto directo en el cumplimiento terapéutico (Alvarado et al., 2023; O'Mahony et al., 2023). En las personas mayores con limitaciones cognitivas, funcionales y económicas, la adherencia es particularmente deficiente cuando hay más medicamentos recetados. Esto está respaldado por varias investigaciones (Burgos et al., 2024).

La evaluación de la adherencia terapéutica puede realizarse mediante métodos subjetivos y objetivos. Entre los métodos subjetivos destaca el Test de Morisky-Green-Levine, ampliamente utilizado por su facilidad de aplicación, mientras que entre los métodos objetivos se encuentra la Proporción de Días Cubiertos (PDC), basada en los registros de dispensación de medicamentos y considerada un indicador más preciso, especialmente en estudios retrospectivos, siendo aceptado un valor $\geq 80\%$ como

adherencia adecuada (Parikh et al., 2025). La combinación de ambos métodos permite una evaluación más integral del comportamiento terapéutico del paciente.

En el contexto peruano y regional, la polifarmacia en adultos mayores se ve agravada por barreras de acceso en servicios de salud, bajo nivel educativo y prácticas de prescripción y dispensación no siempre estandarizadas, lo que incrementa el riesgo de incumplimiento terapéutico y complicaciones clínicas (Cutipa, 2023). En Ayacucho, debido a que las enfermedades crónicas son tan comunes de las personas mayores atendidas por especialistas en medicina interna, este tema es particularmente apremiante para ellos.

Como resultado, esta investigación tiene como objetivo conocer qué tan bien los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” cumplen con sus regímenes farmacéuticos recomendados en el año 2025, tomando en consideración el uso de diferentes fármacos", con el fin de recopilar datos que ayuden a mejorar las técnicas de seguimiento farmacoterapéutico y hacer el uso más eficiente de los medicamentos para esta población en particular.

Por lo expuesto, el problema de investigación planteado es el siguiente:

¿Qué asociación existe entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”?

Por estas razones, se desarrolló el presente trabajo de investigación, teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

Objetivo General

Determinar la asociación entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” durante los meses de julio a diciembre del año 2025.

Objetivos Específicos

- Determinar la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico.

- Determinar la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y la Proporción de Días Cubiertos.
- Determinar la asociación entre la cantidad de comorbilidades y el cumplimiento terapéutico.
- Determinar la asociación entre la cantidad de comorbilidades y la Proporción de Días Cubiertos.
- Determinar la asociación de las características sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico (Cumplimiento terapéutico y Proporción de Días Cubiertos).

CAPÍTULO II: DESARROLLO DE LA PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1. Marco Referencial

2.2.1. *Antecedentes Internacionales*

Santos (2026), realizó la investigación con el objetivo de medir si hay presencia de relación en las variables presentadas en la investigación “Relación entre la polifarmacia y adherencia terapéutica en adultos mayores de 65 a 75 años con comorbilidades de la UMF 61”. Se llegó a realizar un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo. Como resultado se obtuvo que hubo una prevalencia de polifarmacia del 65,9% de los participantes, donde que fue más predominantes en otras comorbilidades presentes con niveles de polifarmacia de 85,8% y menor adherencia terapéutica de un 80,3%. En conclusión, la polifarmacia en los adultos mayores aumenta significativamente cuando se asocia con varias comorbilidades, donde que se acreditó que la polifarmacia influencia a la adherencia terapéutica.

Quispe y Macias (2025), realizaron la investigación con el objetivo de poder analizar el impacto que tiene la polifarmacia sobre la adherencia farmacológica en los adultos mayores de una zona rural, la investigación presente titulado “Polifarmacia y Adherencia Farmacológica en Adultos Mayores de una Zona Rural”. Se realizó un estudio con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de alcance correlacional y corte transversal. Teniendo como resultados que el 35% fueron adultos mayores con polifarmacia y multipatológicos, donde que el mayor predominio fue en una polifarmacia mayor con 47,6%. En conclusión, la polifarmacia es un factor que afecta directamente a la adherencia farmacológica, ya que prevaleció una correlación muy alta entre ambas variables, teniendo en cuenta que a mayor incremento de los medicamentos menor es la adherencia farmacológica.

Palacio et al. (2025), realizaron la investigación con el objetivo de determinar si existe una asociación de la polifarmacia con la adherencia al tratamiento en los pacientes adultos mayores con presencia de Diabetes Mellitus Tipo 2, en el presente estudio “Polifarmacia y su asociación con adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, Cuernavaca, Morelos”. Se realizó un estudio de tipo

transversal analítico en 365 adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2. Al obtener el resultado, concluyeron que tuvo una asociación positiva entre la adherencia al tratamiento y la polifarmacia, con una prevalencia de polifarmacia de 80,33%, teniendo un efecto inversamente proporcional a medida que se incrementa la polifarmacia en el paciente.

Yap y Tang (2025), realizaron la investigación con el objetivo de examinar el grado en que los pacientes de atención primaria en Singapur cumplen con su régimen de medicación antidiabética recetada, comparando la utilidad de cuatro modelos de medición basados en el indicador Proportion of Days Covered (PDC), en el estudio “Exploración de la adherencia a medicamentos antidiabéticos en la atención primaria de Singapur: una comparación de cuatro modelos de proporción de días cubiertos”. La investigación se desarrolló mediante un diseño observacional y retrospectivo, utilizando bases de datos clínicas de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, aplicando y contrastando diferentes cálculos de PDC. Los hallazgos evidenciaron que las estimaciones de adherencia variaron según el modelo empleado, aunque de manera consistente se identificaron proporciones significativas de pacientes con baja adherencia, lo que podría comprometer el control glucémico y aumentar el riesgo de complicaciones. En conclusión, los autores resaltaron la importancia de estandarizar los métodos de medición de la adherencia terapéutica para obtener evaluaciones más precisas y facilitar la implementación de intervenciones efectivas en la práctica clínica.

Costanzo *et al.* (2024), realizaron la investigación con el objetivo de evaluar la función mediadora de prescripciones incorrectas en la asociación entre polifarmacia, hospitalizaciones y mortalidad en los ancianos, en el estudio “Polifarmacia en adultos mayores: el riesgo de hospitalización y mortalidad está mediado por prescripciones potencialmente inapropiadas”. Para ello, llevaron a cabo un estudio de cohorte prospectivo dentro del proyecto Moli-sani, en el que se analizaron datos clínicos, farmacológicos y sociodemográficos de una amplia muestra de personas mayores, aplicando herramientas estandarizadas para identificar prescripciones inadecuadas y su asociación con desenlaces clínicos adversos. Los hallazgos mostraron que el uso simultáneo de múltiples medicamentos incrementa de manera significativa el riesgo de hospitalización y mortalidad, riesgo que se ve potenciado cuando existen fármacos inapropiadamente prescritos. Concluyó que existe la necesidad de mejorar las estrategias de revisión terapéutica para reducir la carga de hospitalizaciones y muertes

evitables en la población geriátrica, enfatizando que la polifarmacia y las prescripciones inadecuadas constituyen un importante problema de salud pública.

Chae *et al.* (2024), realizaron la investigación con el objetivo donde examinaron la relación entre la polifarmacia continua y los desenlaces adversos de hospitalización, visitas a emergencias y mortalidad en personas mayores, desarrollaron un estudio titulado “La asociación entre la polifarmacia continua y hospitalización, las visitas a urgencias y muerte en adultos mayores: un estudio de cohorte nacional de gran escala”. El estudio se realizó mediante un diseño de cohorte nacional a gran escala, utilizando registros administrativos y clínicos de adultos mayores, a quienes se les evaluó la exposición prolongada a múltiples medicamentos y su vínculo con indicadores de morbilidad y mortalidad. Los hallazgos revelaron que la polifarmacia sostenida se asoció con un incremento en las tasas de hospitalización, un mayor número de atenciones en servicios de urgencia y un riesgo elevado de muerte, siendo los efectos más pronunciados en aquellos pacientes con múltiples enfermedades crónicas. En conclusión, los autores enfatizaron que la salud de personas mayores se ve comprometida por la polifarmacia crónica e instaron a que se fortalezcan las revisiones de la farmacoterapia como una herramienta crucial para mejorar los hallazgos clínicos y disminuir los problemas la población.

Alvarado *et al.* (2023), realizaron la investigación con el objetivo de examinar los determinantes de la adherencia terapéutica y las consecuencias clínicas asociadas a la polifarmacia en adultos mayores, en el estudio “Adherencia terapéutica y complicaciones de la polifarmacia en la persona mayor: una revisión de la literatura”. Para lograr este objetivo, se usó una técnica de revisión de la literatura, que incluyó la recopilación y evaluación de artículos sobre la adherencia de esta población a la terapia farmacológica y el uso de muchos medicamentos a la vez. Entre los hallazgos más relevantes se identificó que la adherencia disminuye cuando los pacientes enfrentan regímenes terapéuticos complejos, presentan varias enfermedades crónicas y sufren efectos adversos relacionados con la medicación, lo que conlleva un aumento de complicaciones y hospitalizaciones. Finalmente, los autores concluyeron que es indispensable implementar intervenciones de carácter farmacéutico y educativo que favorezcan el uso adecuado de los fármacos y refuercen la adherencia, contribuyendo así a reducir los riesgos.

Bonilla *et al.* (2023), realizaron la investigación con el objetivo de evaluar hasta qué punto los pacientes que reciben tratamiento en farmacias comunitarias se adhieren

a sus regímenes farmacológicos prescritos mediante el uso de prescripción electrónica, en el estudio “Análisis de la adherencia a la medicación mediante recetas electrónicas en una farmacia comunitaria: estudio REACT”. El enfoque fue descriptivo y observacional, y calculó los niveles de cumplimiento del tratamiento utilizando datos derivados de registros electrónicos de prescripción y dispensación. Los hallazgos mostraron que la utilización de la receta electrónica permitió identificar de manera más precisa los patrones de consumo de medicamentos, evidenciándose que una proporción considerable de pacientes presentaba baja adherencia, lo que se vinculaba con la presencia de enfermedades crónicas y la polimedicación. En conclusión, los autores destacaron la utilidad de la prescripción electrónica como herramienta para realizar un seguimiento de la adherencia y sugirieron que los farmacéuticos comunitarios deberían hacer más para utilizarla como una forma de mejorar los hallazgos de salud mediante un mejor seguimiento farmacoterapéutico.

Wang *et al.* (2023), realizaron la investigación con el objetivo de examinar la correlación entre la polifarmacia en personas mayores, la enfermedad renal crónica y la muerte, en el estudio “Polifarmacia, enfermedad renal crónica y mortalidad entre adultos mayores: un estudio prospectivo de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición 1999-2018”. Esta investigación se realizó mediante un diseño prospectivo. Se analizó la información demográfica, clínica y farmacéutica de un gran grupo de personas mayores. Los hallazgos mostraron que la polifarmacia se vinculó con un mayor riesgo de mortalidad, riesgo que se incrementaba de forma significativa en los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, sugiriendo un efecto sinérgico entre ambos factores. En conclusión, los autores destacaron que la coexistencia de polifarmacia y enfermedad renal crónica constituye un determinante crítico de mortalidad en adultos mayores, lo que resalta la urgencia de intervenciones dirigidas a optimizar la prescripción y el monitoreo de tratamientos farmacológicos en esta población vulnerable.

Plasencia *et al.* (2022), realizaron la investigación con el objetivo de estudiar la correlación entre la polifarmacia y las tasas de mortalidad entre las personas mayores, teniendo en cuenta el impacto del género y la existencia de comorbilidades, en un estudio titulado “Polifarmacia y mortalidad en adultos mayores: El rol del sexo y la comorbilidad”. La metodología empleada fue de tipo observacional y analítica, utilizando registros clínicos de una población geriátrica en la que se evaluaron variables sociodemográficas, número de medicamentos consumidos y patologías coexistentes.

Los hallazgos demostraron que la polifarmacia se vincula con un mayor riesgo de muerte, particularmente en personas que padecen varias enfermedades crónicas. También se detectaron variaciones en función del sexo, siendo los machos más susceptibles. En conclusión, el autor señaló que la polifarmacia de las personas mayores aumenta su riesgo de muerte y que la comorbilidad y el sexo amplifican este efecto. Esto enfatiza la importancia de desarrollar enfoques individualizados para la atención farmacoterapéutica de este grupo.

Sánchez *et al.* (2019), realizaron la investigación con el objetivo de estudiar las investigaciones existentes sobre los efectos del policonsumo de drogas en el bienestar de personas mayores, en el estudio “Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura”. La investigación se desarrolló a través de un análisis documental de artículos científicos localizados en bases de datos especializadas, enfocándose en estudios que relacionaban la polifarmacia con aspectos físicos, psicológicos y sociales de esta población. Los hallazgos indicaron que el uso de varios medicamentos de forma concomitante se vincula con un deterioro del bienestar general, dado que incrementa la probabilidad de efectos adversos, complica el seguimiento de los tratamientos y favorece interacciones negativas entre fármacos, afectando de manera directa la autonomía y el estado emocional de los pacientes. A modo de conclusión, el autor resaltó la importancia de aplicar un manejo racional de la farmacoterapia y de adoptar un enfoque integral que permita minimizar riesgos y proteger la calidad de vida de adultos mayores.

O’Ryan (2017), realizó la investigación con el objetivo de evaluar la asociación entre la adherencia a la medicación antihipertensiva y los niveles de presión arterial en pacientes atendidos en centros de salud del sistema público, en un estudio titulado “Adherencia farmacológica y presión arterial de pacientes hipertensos en 18 establecimientos del servicio de salud Metropolitano sur Oriente”. La investigación se desarrolló mediante un diseño observacional y transversal, aplicando cuestionarios estandarizados para medir el grado de adherencia y registrando los valores clínicos de presión arterial en la población estudiada. Los hallazgos indican que muchos pacientes, debido a una hipertensión mal controlada, no cumplieron con sus regímenes de tratamiento, lo que aumentó su riesgo de problemas cardiovasculares. El autor enfatizó la necesidad de iniciativas de educación para la salud y supervisión farmacoterapéutica para pacientes hipertensos con el fin de mejorar la adherencia y lograr una regulación óptima de la presión arterial.

2.2.2. Antecedentes Nacionales

Romero (2025), realizó la investigación con el objetivo de buscar la asociación entre la polifarmacia y adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del servicio de cardiología, en su presente estudio “Asociación entre polifarmacia y adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del servicio de cardiología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Junio - Agosto, 2024”. Metodológicamente se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. Teniendo como resultados, donde que la muestra fue de 438 pacientes en total y 154 pacientes fueron adherentes, 284 no adherentes. La polifarmacia estuvo presente a un 89,3% en 391 pacientes, y el 66% no cumplía con el tratamiento. Pacientes con educación superior fueron más adherentes. En conclusión, existe una alta prevalencia de pacientes con polifarmacia y sin adherencia al tratamiento. Mientras un mayor nivel educativo superior favoreció que el paciente cumpla con su tratamiento antihipertensivo.

Quinteros y Yerren (2025), realizaron la investigación con el objetivo de encontrar una relación entre la polifarmacia y adherencia terapéutica en el adulto mayor con hipertensión arterial que fueron atendidos en el hospital de Ventanilla – Callao, en el presente estudio “Polifarmacia y adherencia terapéutica en pacientes adulto mayor con hipertensión arterial atendidos en el Hospital de Ventanilla Callao – 2024”. Siendo un estudio de tipo cuantitativo, básico, con un diseño no experimental, transversal y un alcance correlacional. Al realizar este estudio determinaron una correlación positiva entre la polifarmacia y la adherencia terapéutica con un nivel de significancia de 0,001, dando a conocer que a mayores medicamentos se reduce el nivel de adherencia terapéutica en el paciente, desfavoreciendo en el problema de salud y llegando a un posible aumento de mortalidad. En conclusión, la polifarmacia es un factor muy determinante en la adherencia, teniendo resultados negativos en el paciente.

Burga y Zarate (2023), realizaron la investigación con el objetivo de determinar los efectos sobre la salud de las personas mayores que viven en esa zona y que toman varios medicamentos a la vez, en el estudio “Consecuencias de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas del Asentamiento Humano San Benito, Lima-2023”. Los investigadores utilizaron cuestionarios y revisiones de registros médicos como parte de su metodología cuantitativa para evaluar el alcance de la polifarmacia y sus consecuencias. La investigación siguió un diseño observacional y

transversal. Los hallazgos demostraron que quienes tomaban muchos medicamentos, particularmente aquellos con múltiples comorbilidades, tenían más probabilidades de tener respuestas adversas, peores tasas de cumplimiento del tratamiento y una menor calidad de vida en general. En conclusión, los autores destacaron que las personas mayores con enfermedades crónicas poseen un mayor riesgo de polifarmacia y sugieren iniciativas de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico para mitigar este riesgo.

De acuerdo con Marquez y Marquina (2023), realizaron la investigación con el objetivo de identificar las características vinculadas a la polifarmacia en la población mayor residente en zonas de gran altitud, en el estudio “Factores asociados a polifarmacia en adultos mayores de 12 comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017”. Este estudio usó una metodología cuantitativa y un diseño observacional, transversal y analítico para recolectar datos sobre las características sociodemográficas, así como clínicas de los participantes, así como su consumo de medicamentos, mediante el uso de encuestas estructuradas y la revisión de historias clínicas. Los hallazgos mostraron que la polifarmacia se asociaba principalmente con la presencia de múltiples enfermedades crónicas, la edad avanzada, el sexo femenino y el bajo nivel educativo, siendo estos factores determinantes en la prescripción de varios fármacos de manera simultánea. En conclusión, los autores resaltaron que la polifarmacia constituye un problema en adultos mayores de zonas altoandinas y recomendaron implementar estrategias de intervención dirigidas a optimizar la prescripción y fortalecer la educación sanitaria en estas comunidades.

Huamaní (2023), realizó la investigación con el objetivo de conocer cómo el uso de varios medicamentos a la vez afectaba la adherencia a los niveles de tratamiento en personas mayores con Diabetes Tipo 2, en el estudio “Asociación entre polifarmacia y adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes tipo 2 atendidos en endocrinología del Hospital Seguí Escobedo, ESSALUD”. Los investigadores utilizaron un diseño transversal con un enfoque cuantitativo, recopilaron datos sobre la cantidad de recetas proporcionadas a la población de investigación y utilizaron herramientas validadas para evaluar la adherencia. Los hallazgos revelaron que la presencia de polifarmacia se asocia de manera significativa con una menor adherencia al tratamiento. En conclusión, el autor destacó que la polifarmacia constituye un factor que compromete el cumplimiento terapéutico en adultos mayores diabéticos, por lo que

recomendó implementar intervenciones farmacéuticas y educativas orientadas a mejorar la adherencia, así como garantizar la efectividad del tratamiento.

Plasencia y Salvatierra (2022), realizaron la investigación con el objetivo de descubrir si existía una correlación entre el uso de varios medicamentos y las tasas de mortalidad entre los pacientes de edad avanzada de ese centro de salud en particular, en el estudio “Polifarmacia y mortalidad en adultos mayores atendidos en el servicio de Geriátrica del centro Médico Naval”. El enfoque fue cuantitativo, con diseño observacional, retrospectivo y analítico, utilizando historias clínicas y registros médicos para identificar la presencia de polifarmacia y su vínculo con las tasas de mortalidad. Los hallazgos mostraron que los pacientes expuestos a polifarmacia presentaban un riesgo significativamente mayor de fallecer en comparación con aquellos con menor número de fármacos prescritos. En conclusión, los autores destacaron que la polifarmacia representa un factor de riesgo importante en la mortalidad en adultos mayores y recomendaron establecer medidas de control y seguimiento farmacoterapéutico que permitan reducir sus efectos negativos en esta población vulnerable.

Calle *et al.* (2021), realizaron la investigación con el objetivo de evaluar la correlación entre la polifarmacia y el bienestar de los residentes mayores de esa instalación específica, en el estudio “Polifarmacia y calidad de vida en adultos mayores del Centro Residencial Beneficencia de Huancayo”. En la investigación se usó un diseño transversal, observacional y analítico; el consumo de medicamentos y la calidad de vida de los participantes se evaluaron mediante cuestionarios estandarizados. Los hallazgos evidenciaron que los adultos mayores con polifarmacia presentaban puntajes más bajos en dimensiones relacionadas con el bienestar físico y psicológico, lo que refleja un deterioro en su calidad de vida en comparación con aquellos con menor número de fármacos prescritos. En conclusión, la polifarmacia constituye un elemento que afecta negativamente la calidad de vida de esta población y recomendaron promover un manejo racional de los medicamentos, acompañado de estrategias de monitoreo y educación en salud para mitigar sus efectos adversos.

Rodriguez (2019), realizó la investigación con el objetivo de conocer si el consumo simultáneo de múltiples medicamentos se vincula con el nivel de funcionalidad en adultos mayores residentes en comunidades de altura, en el estudio “Polifarmacia y funcionalidad en adultos mayores de 10 comunidades altoandinas del Perú”. La investigación se desarrolló mediante un diseño observacional, transversal y

analítico, utilizando encuestas y pruebas estandarizadas de valoración funcional junto con la revisión de los medicamentos prescritos a los participantes. Los hallazgos evidenciaron que la polifarmacia se asociaba con una disminución significativa de la capacidad funcional, reflejada en mayores limitaciones para realizar actividades básicas, siendo esta relación más marcada en personas con múltiples comorbilidades. En conclusión, el autor resaltó que la polifarmacia representa un factor de riesgo para el deterioro funcional en adultos mayores de comunidades altoandinas y recomendó implementar programas de seguimiento farmacoterapéutico y prevención de la dependencia funcional en esta población.

2.2.3. *Antecedentes Locales*

Como destaca Frisancho y Fuentes (2025), realizaron la investigación con el objetivo de identificar cualquier interacción farmacológica que pueda ocurrir en pacientes que reciben tratamiento en ese centro y que toman numerosos medicamentos a la vez, en el estudio “Asociación entre la polifarmacia e interacciones farmacológicas en adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre”. Este estudio usó una metodología cuantitativa, observacional, transversal y analítica basada en el examen de registros médicos y prescripciones mediante el uso de tecnologías de detección de interacciones. Los hallazgos mostraron una alta prevalencia de polifarmacia, la cual se relacionó significativamente con la aparición de interacciones farmacológicas de diversa gravedad, siendo más frecuentes en pacientes con múltiples comorbilidades y tratamientos prolongados. En conclusión, los autores resaltaron que la polifarmacia constituye un factor determinante en la ocurrencia de interacciones medicamentosas en adultos mayores, recomendando fortalecer las prácticas de farmacovigilancia y la revisión periódica de tratamientos para reducir riesgos asociados a la terapia farmacológica en este grupo poblacional.

Santiago (2024), realizó la investigación con el objetivo de identificar los elementos que inciden en la adherencia a la medicación entre los pacientes ancianos atendidos en ese establecimiento por hipertensión arterial, en el estudio “Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, Hospital Regional de Ayacucho”. La investigación usó un enfoque de diseño cuantitativo, transversal y analítico, utilizando cuestionarios estructurados y evaluaciones clínicas para determinar el nivel de adherencia y factores asociados. Los hallazgos evidenciaron que la adherencia estaba significativamente vinculada al nivel de conocimiento sobre

la enfermedad, la simplicidad del régimen terapéutico, la edad y el apoyo familiar, encontrándose que los adultos mayores con más información y acompañamiento familiar mostraron mejores niveles de cumplimiento. En conclusión, el autor señaló que la adherencia antihipertensiva en adultos mayores responde a un conjunto de factores clínicos y sociales, recomendando fortalecer las intervenciones educativas y los programas de seguimiento para mejorar los hallazgos terapéuticos en esta población.

Quispe (2024), realizó la investigación con el objetivo de evaluar la relación que existe entre las condiciones sociodemográficas y clínicas con la adherencia a la medicación en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, en el estudio “Asociación de la condición sociodemográfica y clínica con la adherencia a la medicación en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Consultorio de Endocrinología del Hospital Regional de Ayacucho en el 2023”. En este caso se utilizó un cuestionario estructurado para la recolección de datos sociodemográficos y de la adherencia, haciendo uso de los registros hospitalarios de forma complementaria. Como resultado obtuvo de los 174 pacientes, el 44,8% eran pacientes mayores de 60 años, donde que el medicamento más predominante fue la insulina con un 55,2%. la baja adherencia fue muy predominante del 65,5%. Donde que el nivel educativo y las creencias fueron un factor muy significativo con el incumplimiento de la adherencia. En conclusión, las creencias, el nivel educativo, la comunicación con el personal de salud, la duración de la enfermedad, la automonitoreo de glucosa y el control de la glucosa posprandial, están significativamente asociadas con la adherencia al tratamiento.

Ayala (2023), realizó la investigación con el objetivo de identificar los factores que inciden en el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos, en el estudio “Factores relacionados a la adherencia del tratamiento de pacientes con hipertensión arterial en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Coracora, Ayacucho”. En el desarrollo del estudio se usó la técnica cuantitativa; fue de diseño descriptivo y transversal, y evaluó la adherencia y sus determinantes mediante el uso de cuestionarios estructurados y la evaluación de datos clínicos. Los hallazgos indicaron una sólida asociación entre la adherencia y factores como el conocimiento de la enfermedad, el apoyo familiar, la accesibilidad a los medicamentos y la importancia percibida del tratamiento; los pacientes con niveles reducidos de estos atributos mostraron menor propensión a cumplir con el régimen de medicación recomendado. El autor concluyó que la adherencia al tratamiento antihipertensivo está influenciada por factores individuales y contextuales, y abogó por intervenciones educativas, acceso oportuno a

los medicamentos y la promoción del apoyo social como estrategias para mejorar el manejo de la hipertensión en la población estudiada.

Huamán (2018), realizó la investigación con el objetivo de evaluar la adherencia de los pacientes hipertensos a sus planes de tratamiento en un grupo de edad de 30 a 60 años, en el estudio “Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en cardiología del Hospital II Carlos Tupppia García Godos, EsSalud Ayacucho”. El estudio tuvo un diseño descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo. Se utilizaron cuestionarios validados para evaluar el nivel de adherencia a los planes de tratamiento tanto farmacéuticos como no farmacológicos. Según los hallazgos, una proporción considerable de pacientes presentaba un nivel de cumplimiento deficiente. Esto se atribuyó principalmente a la complejidad de los regímenes de prescripción, la falta de conocimiento sobre la afección y la tendencia a olvidar las dosis, todo lo cual contribuyó a un riesgo elevado de presión arterial no controlada. En conclusión, el autor destacó la necesidad de programas de apoyo y educación sanitaria para ayudar a este grupo demográfico a cumplir mejor sus planes de tratamiento de la presión arterial y lograr un control óptimo de su hipertensión.

Allpacca (2012), realizó la investigación con el objetivo de catalogar los factores asociados con la adherencia a la medicación en adultos con diabetes mellitus de 65 años o más, en el estudio “Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho”. El estudio usó cuestionarios validados y revisiones de historias clínicas para evaluar los niveles de adherencia y las variables que los afectan de manera cuantitativa, observacional, transversal y analítica. Los hallazgos mostraron que la adherencia estaba condicionada principalmente por el nivel educativo, el apoyo familiar, la percepción de la enfermedad y la complejidad del esquema terapéutico, observándose que los pacientes con menor educación y con tratamientos más extensos presentaban mayor riesgo de incumplimiento. En conclusión, el autor destacó que la adherencia terapéutica en adultos mayores diabéticos depende de múltiples factores tanto clínicos como sociales, y recomendó fortalecer la educación en salud y el acompañamiento familiar como estrategias clave para mejorar la continuidad del tratamiento.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Polifarmacia en Adultos Mayores

Concepto y Clasificación

La polifarmacia es el uso de 2 o más medicamentos que se utiliza mayormente en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas. En la literatura científica, se le menciona a la polifarmacia cuando un paciente consume concomitante y recurrente 5 a más fármacos, considerándose este un criterio clásico, mientras que el consumo de 2 a más fármacos corresponde a un criterio ampliado utilizado principalmente para análisis exploratorio, como también mencionan a los medicamentos de venta libre o que son complementarias. No siempre es perjudicial, ya que puede ser muy necesario y justificado sobre el consumo de varios medicamentos, pero tiene que ser justificado, cuando se incluye fármacos innecesarios o de alto riesgo. La polifarmacia inapropiada se asocia a una mayor probabilidad de presentar efectos adversos, deterioro funcional, fragilidad y dependencia en la población geriátrica (Lee et al., 2019; Plasencia-Castillo et al., 2022; Rodriguez Quichiz, 2019). Es crucial distinguir:

- Polifarmacia necesaria: Es la agrupación de varios fármacos que con una evidencia clínica, mejora la funcionalidad o previene la discapacidad en el adulto mayor (Lee et al., 2019).
- Polifarmacia innecesaria: Es la agrupación de medicamentos que son innecesarios, que carecen de justificación clínica y que representan un riesgo superior al beneficio (Lee et al., 2019).
- Polifarmacia de beneficio incierto: Es el uso de medicamentos que cuya afectividad o seguridad no están claramente respaldados y cuyo impacto en el paciente puede ser neutral o desconocido (Lee et al., 2019).

Clasificación de forma numérica

- Polifarmacia leve: Es el consumo de 2 a 4 medicamentos simultáneo (Masnoon et al., 2017; Pazan & Wehling, 2021).
- Polifarmacia moderada: Es el consumo de 5 a 9 medicamentos (Masnoon et al., 2017; Pazan & Wehling, 2021).
- Polifarmacia grave o excesiva: Es el consumo de 10 o más medicamentos (Masnoon et al., 2017; Pazan & Wehling, 2021).

Criterios de Identificación

La polifarmacia en adultos mayores no solo se debe definirse por el número de medicamentos utilizados, sino también por la pertinencia clínica de cada uno de ellos. En este sentido, se han propuesto distintos criterios de identificación que permiten clasificarla como adecuada o potencialmente inapropiada.

- **Criterios numéricos:** Se considera a la polifarmacia el consumo de 2 o más medicamentos y hiperpolifarmacia o excesiva cuando el número llega a 10 o más. Un estudio reciente mostró que la prevalencia de polifarmacia puede variar dependiendo de si el conteo se hace por principio activo o por producto comercial, lo que evidencia la necesidad de unificar criterios para la práctica clínica y la investigación (G. B. Lee et al., 2025; Masnoon et al., 2017).
- **Criterios explícitos basados en consenso clínico:** Son aquellos que van más allá del conteo y evalúan la pertinencia del tratamiento. Entre ellos destacan los criterios de Nueva Zelanda (NZ criteria), que se desarrolló en el 2023, los cuales enumeran situaciones específicas de polifarmacia potencialmente inapropiada y promueven la revisión del esquema terapéutico en adultos mayores (Liu & Harrison, 2023).
- **Herramientas clínicas STOPP/START:** Es una de las herramientas más utilizadas a nivel internacional para detectar medicamentos potencialmente inapropiados y omisiones de tratamientos indicados. Su aplicación en revisiones multidisciplinarias ha demostrado reducir significativamente el número de prescripciones inadecuadas en pacientes hospitalizados (Ortonobes et al., 2024).

Factores Asociados

La polifarmacia y la adherencia al tratamiento en adultos mayores suelen estar influenciadas por factores múltiples que incluyen comorbilidades, condiciones socioeconómicas, contextos clínicos y características individuales.

Una revisión sistemática global que incluyó pacientes con demencia reveló que la presencia de polifarmacia, junto a enfermedades como diabetes, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, depresión y EPOC, se asocia significativamente con un mayor uso de medicamentos potencialmente inapropiados (PIM). Esto evidencia que la mayor carga de enfermedades crónicas influye directamente en la complejidad farmacológica (Zhao et al., 2023).

Otro metaanálisis que evaluó factores de polifarmacia en población anciana informó que vivir en residencias geriátricas, el ser mayor de 70 años y estar en regiones desarrolladas se asocian con mayor prevalencia de polifarmacia (39% a nivel global). Esto muestra cómo el contexto demográfico y del entorno también impacta la exposición a múltiples fármacos (Wang et al., 2024).

En lo que respecta a la adherencia, estudios en adultos mayores con hipertensión han encontrado que factores como los socioeconómicos, el sistema de salud, aspectos relacionados con la terapia y elementos personales están significativamente asociados con el cumplimiento del tratamiento (Cutipa, 2023).

Consecuencias Clínicas

La polifarmacia en adultos genera repercusiones clínicas significativas que comprometen tanto los hallazgos de salud individuales como el funcionamiento del sistema sanitario. Estudios recientes revelan que el consumo simultáneo de 5 o más fármacos aumenta el riesgo de mortalidad entre un 23% y 44%, dependiendo de la magnitud del régimen farmacológico. Además, la tasa de hospitalización puede elevarse hasta un 50%, particularmente en centros comunitarios e institucionales (Li et al., 2022).

En un cohorte retrospectivo con pacientes de alrededor de 83 años, se observó que, tras cinco años, la mortalidad fue de 1,6 veces mayor y las hospitalizaciones aumentaron en un 49% entre quienes tenían polifarmacia (Boateng et al., 2025).

La polifarmacia también se asocia con consecuencia adversas en la funcionalidad y la calidad de vida. Personas mayores con demencia o deterioro cognitivo leve que reciben múltiples medicamentos presentan una mayor incidencia de síntomas físicos, mayor riesgo de caída, deterioro funcional, hospitalización y mortalidad, especialmente pacientes que padecen demencia (Coates et al., 2024).

En otras secuelas, la polifarmacia puede precipitar reacciones adversas, caídas, fragilidad, deterioro cognitivo y carga asistencial aumentada que, a su vez, deterioran la autonomía del adulto mayor y elevan los costos sanitarios (Chippa & Roy, 2023). Además, en pacientes con insuficiencia cardíaca, polifarmacia y el uso de medicamentos potencialmente inapropiados se vincularon a mayores tasas de reingreso cardiovascular y mortalidad, lo cual subraya la necesidad de una revisión médica rigurosa durante el alta hospitalaria (Li et al., 2023).

Estrategias para Reducir los Riesgos Asociados a la Polifarmacia

La reducción de los riesgos vinculados a la polifarmacia en adultos mayores requiere un abordaje integral. Entre las estrategias más recomendadas se encuentran las revisiones periódicas de la medicación y la descripción, que consisten en evaluar la pertinencia de cada fármaco y retirar aquellos cuya relación riesgo y beneficio es desfavorable. Reducir la cantidad de prescripciones potencialmente inadecuadas sin comprometer la salud de los pacientes es posible mediante estas estrategias, que se apoyan en instrumentos como los criterios STOPP/START y Beers (O'Mahony et al., 2023).

Asimismo, la participación activa de farmacéuticos clínicos en equipos multidisciplinarios permite identificar interacciones, optimizar dosis y mejorar la educación de pacientes y cuidadores (Varghese et al., 2024). El uso de sistemas electrónicos de prescripción y alertas clínicas también contribuye a reducir errores y duplicidades (Persaud et al., 2025). Finalmente, la educación sanitaria y el seguimiento post-alta son esenciales para mejorar la adherencia y prevenir hospitalizaciones relacionadas con medicamentos (Robinson et al., 2024)

2.2.2. Adherencia al Tratamiento Farmacológico

Definición

La adherencia al tratamiento farmacológico es el grado en que las acciones del paciente (como tomar los medicamentos según lo recetado, comer según las indicaciones del médico y hacer otros ajustes en el estilo de vida) se alinean con los signos que el paciente y el médico han discutido. Este concepto no solo refleja el cumplimiento de las prescripciones médicas, sino también la participación activa y consciente del paciente en su propio proceso terapéutico. La adherencia es especialmente relevante en las enfermedades crónicas, donde el éxito del tratamiento depende tanto de la prescripción adecuada como del compromiso del individuo para mantener la comunidad en el tiempo. Por lo tanto, la adherencia ahora se considera una indicación crítica de la calidad de la atención médica; es una parte integral de la eficacia clínica, la prevención de problemas y la reducción de los gastos de salud (World Health Organization, 2019).

Factores Determinantes de la Adherencia

La adherencia al tratamiento farmacológico está influenciada por un conjunto de factores multidimensionales que interactúan entre sí y que pueden favorecer o limitar el cumplimiento terapéutico en los pacientes. La Organización Mundial de la Salud

(OMS) y estudios recientes destacan que estos determinantes se agrupan en diferentes esferas:

- a. Factores relacionados con el paciente: Son factores muy importantes que ayudan al paciente con su enfermedad crónica teniendo una mejor adherencia, como las características de los pacientes, el apoyo social y las relaciones médico-paciente, para que tengan un mayor conocimiento sobre la medicación de alta complejidad y así no perjudicar su salud (Al-Nouman et al., 2023).
- b. Factores socioeconómicos: Son aquellos que tienen que ver con el nivel educativo, el trabajo que poseen y la parte económica que llegan a perjudicar la adherencia. En pacientes de bajo recurso o que no posean trabajo alguno, pueden llegar a tener una buena adherencia si recibieran un apoyo adecuado y una educación sanitaria (Alfaqeeh et al., 2025; Al-Nouman et al., 2023).
- c. Factores vinculados con la terapia: La complejidad del régimen farmacológico, la frecuencia de la toma y la duración del tratamiento influyen notablemente. A mayor número de dosis diarias, menor adherencia; por el contrario, regímenes sencillos tienden a favorecer la continuidad terapéutica (Al-Nouman et al., 2023).
- d. Factores vinculados al sistema y al equipo de salud: La disponibilidad del Químico Farmacéutico, acceso a los medicamentos y la calidad de la comunicación contribuyen decisivamente. Por ejemplo, la falta de asesoramiento farmacéutico o información adecuada aumenta el riesgo de incumplimiento (Alfaqeeh et al., 2025).

Métodos de Medición

La adherencia al tratamiento farmacológico se evalúa mediante diferentes herramientas, las cuales pueden clasificarse en métodos subjetivos y métodos objetivos.

Entre los métodos subjetivos, los cuestionarios autoinformados son los más utilizados, siendo el test de Morisky - Green – Levine uno de los de mayor validez y aceptación. Este instrumento permite conocer el grado de cumplimiento a partir de las respuestas del propio paciente, identificando olvidos, interrupciones voluntarias o dificultades en la toma del tratamiento (Burgos et al., 2024). Por otro lado, los métodos objetivos, como la Proportion of Days Covered (PDC), se basan en los registros de dispensación de medicamentos, cuantificando el porcentaje de días en que un paciente dispone de su medicación. Este enfoque es considerado más preciso, especialmente en

estudios retrospectivos con grandes bases de datos, y se asocia directamente con mejores hallazgos clínicos cuando el valor de PDC es $\geq 80\%$ (Parikh et al., 2025).

Impacto en la Salud de Adultos Mayores

La adherencia terapéutica en adultos mayores tiene un impacto directo en la evolución de las enfermedades crónicas y en la calidad de vida. Diversos estudios han mostrado que una buena adherencia se asocia con una reducción de hospitalizaciones, menor mortalidad y menor costos en salud (Shani et al., 2024).

Asimismo, investigaciones recientes han evidenciado que los adultos mayores que cumplen adecuadamente con sus tratamientos presentan una mejor percepción de salud, mayor autonomía funcional y mejor calidad de vida, en comparación con quienes muestran baja adherencia (Saud et al., 2024). En contraste, la falta de adherencia incrementa el riesgo de complicaciones, reingresos hospitalarios y progresión de enfermedades como hipertensión, diabetes y enfermedad renal crónica, representando un desafío importante para los sistemas de salud y para el bienestar del paciente geriátrico.

2.2.3. *Relación entre Polifarmacia y Adherencia*

Cómo la Polifarmacia afecta la Adherencia

La polifarmacia incrementa la complejidad de los tratamientos, lo que se traduce en menor adherencia terapéutica. El elevado número de fármacos y dosis diarias aumenta la probabilidad de olvidos, errores y abandono. Además, los efectos adversos y los costos elevados contribuyen al incumplimiento, sobre todo en pacientes con limitaciones cognitivas y socioeconómicas (Burgos et al., 2024)

Evidencia en Adultos Mayores Hospitalizados

En pacientes hospitalizados, la polifarmacia se asocia con mayor riesgo de reacciones adversas, reingreso y mortalidad. Un estudio multicéntrico en adultos mayores mostró que la revisión farmacológica basada en criterios STOPP/START redujo significativamente la proporción de prescripciones inadecuadas al alta, favoreciendo la continuidad del tratamiento y la seguridad clínica (Ortonobes et al., 2024).

Importancia en el Contexto Peruano y Regional

En el Perú y en otros países latinoamericanos, la polifarmacia se va agravada por barreras de acceso al sistema de salud, bajo nivel educativo y prácticas de dispensación no estandarizadas. Estudios regionales han demostrado que la

polifarmacia en adultos mayores está fuertemente relacionada con interacciones medicamentosas y dificultades en la adherencia, lo que subraya la necesidad de implementar programas de seguimiento farmacoterapéutico adaptados al contexto local (Cutipa, 2023).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Adherencia al Tratamiento Farmacológico

Es el nivel en que los pacientes cumplen con las recomendaciones acordadas respecto al uso de sus medicamentos. Implica continuidad y compromiso entre paciente y profesional de salud y se mide mediante métodos subjetivos que vienen a ser los cuestionarios y objetivos que es el PDC (Burgos et al., 2024).

2.3.2. Polifarmacia

Se define como el consumo simultáneo de varios fármacos. Puede ser adecuada cuando responde a necesidades clínicas o inapropiada cuando incluye duplicidad o medicamentos sin justificación terapéutica (O'Mahony et al., 2023).

2.3.3. Adulto Mayor

En el Perú, se considera adulto mayor a toda persona de 60 años o más (Ley N°.30490) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2025, p. 747). Tomando en cuenta que según Quispe y Macias (2025), menciona de como lo clasifico la OMS en 3 grupos, a los adultos mayores de 60 a 74 años, anciano de 75 a 90 y anciano longevo mayor de 90 años. Este grupo presenta alta prevalencia de comorbilidades y es particularmente vulnerable a los riesgos de polifarmacia

2.3.4. Cumplimiento Terapéutico

Se refiere al seguimiento estricto de la prescripción médica en cuanto a dosis, frecuencia y duración. Es un componente específico de la adherencia (Burgos et al., 2024).

2.3.5. Proporción de Días Cubiertos (PDC)

Indicador objetivo de adherencia que estima el porcentaje de días en que el paciente dispuso de su medicación en un periodo definido. Se considera adherente un PDC $\geq 80\%$ (Parikh et al., 2025).

2.3.6. Comorbilidad

Presencia simultánea de dos o más enfermedades crónicas en un individuo. Se mide mediante índices clínicos como el de Charlson y aumenta la necesidad de polifarmacia (O'Mahony et al., 2023).

2.3.7. *Prescripción Potencialmente Inapropiada*

Uso de medicamentos cuyo riesgo supera sus beneficios en adultos mayores. Se detecta con herramientas como los criterios STOPP/START y Beers (Ortonobes et al., 2024).

2.4. Marco Ético y Legal

2.4.1. *Ley N.º26842: Ley General de Salud*

Establece los principios y normas básicas del sistema de salud en el Perú, definiendo derechos, deberes y obligaciones de pacientes, profesionales e instituciones sanitarias (Congreso de la República del Perú, 1997).

2.4.2. *Ley N.º26459: Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios*

Regula la fabricación, importación, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos bajo supervisión de DIGEMID (Congreso de la República del Perú, 2009).

2.4.3. *Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (DS N.º 023-2005-SA y modificatorias)*

Define la estructura del MINSA, incluyendo las competencias de regulación, control y supervisión de productos farmacéuticos (Ministerio de Salud, 2006).

2.4.4. *Política Nacional de Medicamentos (MINSA, 2020)*

Plantea lineamientos para garantizar disponibilidad, calidad, acceso equitativo y uso racional de medicamentos en el país (Ministerio de Salud del Perú, 2020).

2.4.5. *Ley N.º30490: Ley de la Persona Adulta Mayor*

Reconoce los derechos de las personas adultas mayores, promueve su protección social y acceso preferente a servicios de salud, siendo clave en la atención de polifarmacia (*Ley de la Persona Adulta Mayor*, 2016).

2.4.6. *Resolución Ministerial N.º 116-2020/MINSA: Norma Técnica de Salud para la Prescripción y Dispensación de Medicamentos.*

Establece estándares para la prescripción racional y la dispensación adecuada de medicamentos en establecimientos de salud, garantizando eficacia y seguridad (Ministerio de Salud, 2020).

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Alcance de Investigación

3.1.1. *Enfoque*: Cuantitativo (Hernández y Mendoza, (2022).

3.1.2. *Tipo*: Básica (Hernández y Mendoza, (2022).

3.1.3. *Nivel*: Correlacional (Hernández y Mendoza, (2022).

3.2. Diseño de Investigación

No experimental (Hernández y Mendoza, (2022).

3.3. Unidad de Análisis

Cada adulto mayor atendido en el servicio de Medicina Interna, con prescripción farmacológica vigente.

3.4. Población de Estudio

La población fueron 232 adultos mayores que fueron atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre de 2025.

3.5. Muestra

Tipo de Muestreo

Se empleó un muestreo probabilístico, muestreo aleatorio simple (MAS). La lista de pacientes atendidos en Medicina Interna se utilizó como marco muestral.

Tamaño de Muestra

La muestra estuvo integrada por 145 pacientes, calculada mediante la fórmula para estudios de proporciones en poblaciones finitas. Tomando en cuenta un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), un margen de error del 5% y una proporción estimada de $p = 0,5$, se estableció un tamaño de muestra de 145 pacientes.

$$\begin{aligned}n &= \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q} \\n &= \frac{232 \times (1.96^2) \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (232 - 1) + (1.96^2) \times 0.5 \times 0.5} \\n &= \frac{232 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times 231 + 0.9604} \\n &= \frac{222.8128}{1.5379} \\n &= 144.93\end{aligned}$$

Se determinó que la muestra final está conformada por 145 pacientes adultos mayores, de las cuales a 53 pacientes se le excluyó por ser pacientes con deterioro cognitivo severo y fallecidos, en total son 92 pacientes que conforman el estudio.

3.6. Criterios de Selección

3.6.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos mayores de ≥ 60 años a más.
- Atendidos en consulta externa de Medicina Interna durante el periodo de estudio.
- Pacientes que presentan prescripción de 2 o más medicamentos, para la evaluación de polifarmacia.
- Debido a que firmaron el formulario de consentimiento informado, eso significa que están de acuerdo con participar en el estudio.

3.6.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con deterioro cognitivo severo que impida brindar información válida, sin presencia de un cuidador responsable.
- Pacientes hospitalizados en UCI prolongado o con estado clínico crítico que imposibilita la encuesta.
- Pacientes fallecidos durante el periodo de seguimiento, por imposibilidad de evaluar adherencia terapéutica.
- Para la evaluación de polifarmacia, se excluyeron los medicamentos de uso tópico o inhalatorio.
- Para el cálculo del Proporción de Días Cubiertos, se excluyeron los medicamentos no considerados de uso crónico, tales como agudos o sintomáticos de corta duración.
- Historias clínicas incompletas o con datos insuficientes.
- Negativa expresa a participar en la investigación.

3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.7.1. Técnica

1. Para adherencia al Tratamiento Farmacológico:

Se empleó la técnica encuesta, mediante la aplicación del cuestionario estructurado correspondiente al Test de Morisky-Green-Levine de 4 ítems.

De forma complementaria se empleó del análisis documental, correspondiente a la proporción de días cubiertos (PDC).

2. Para los Datos Clínicos:

Se usó la técnica de análisis documental, para recopilar los datos esenciales sobre la cantidad de medicamentos y enfermedades identificadas en cada paciente, es importante estudiar sus historias clínicas y recetas que se encuentran registradas en el servicio de Medicina Interna.

3.7.2. Instrumento

Los instrumentos de recolección de datos se describen a continuación:

1. Para Adherencia al Tratamiento Farmacológico:

Se empleó como instrumento el cuestionario estructurado correspondiente al Test de Morisky de 4 ítems (MMAS-4), el cual permitió medir el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico mediante 4 preguntas cerradas con alternativas de respuestas dicotómicas.

El test está conformado por 4 ítems dicotómico (sí/no), que indagan aspectos relacionados con la conducta del paciente respecto a su medición, tales como el olvido de dosis, incumplimiento de horarios, suspensión del tratamiento al sentirse mejor o peor.

La aplicación se realizó mediante entrevista directa a los pacientes, donde el instrumento se estableció, de manera dicotómica, de acuerdo con la siguiente clasificación con su correspondiente código de variables:

- 4 preguntas: Adherente – Cod. (1)
- ≤ 3 preguntas: No adherente – Cod. (0)

Esta forma de clasificación ha sido empleada en estudios previos realizados en el contexto local, como en investigaciones desarrolladas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno por Auqui (2025), lo cual respalda su aplicación en el presente estudio.

De forma complementaria se utilizó el matriz de cálculo de adherencia correspondiente al Proporción de Días Cubiertos (PDC) con el objetivo de medir de manera objetiva la adherencia farmacológica, a partir de los registros de dispensación de medicamentos de medicamentos del sistema hospitalario.

El periodo de análisis va corresponder del mes de Julio a diciembre del 2025 que corresponden a 6 meses de tratamiento.

La interpretación se realizó según los estándares internacionales con su correspondiente código de variables y fórmula:

- $\geq 80\%$: adherente – Cod. (1)

- < 80%: no adherente – Cod. (0)

Este método es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como indicador estándar para medir la adherencia terapéutica en estudios clínicos.

Fórmula:

$$PDC = \frac{\text{Número de días cubiertos con medicación en el periodo de estudio}}{\text{Número total de días del periodo de estudio}} \times 100$$

2. Para los Datos Clínicos:

Se usó una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador, con el propósito de recopilar información registrada en las historias clínicas, hojas de tratamiento y recetas médicas de los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna.

La ficha permitió registrar tanto datos sociodemográficos como clínicos y farmacológicos, estructurado en 2 secciones:

- Datos sociodemográficos del paciente.
- Datos clínicos y farmacológicos.

El procedimiento consistió en la revisión documental de las historias clínicas de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, registrando la información en la ficha manual y posteriormente en una base de datos electrónica (Excel).

Con la información obtenida se evaluó la variable polifarmacia, la cual se clasificó de acuerdo con el número de medicamentos prescritos de manera simultánea por paciente, considerando el mayor número registrado durante el periodo de seguimiento. La clasificación se realizó según la literatura científica vigente, con su correspondiente código de variables:

- 2 a 4 medicamentos: polifarmacia leve – Cod. (1)
- 5 a 9 medicamentos: polifarmacia moderada – Cod. (2)
- ≥ 10 medicamentos: polifarmacia excesiva – Cod. (3)

Asimismo, se analizó la comorbilidad según los diagnósticos CIE-10 registrados, con la siguiente categorización, con su correspondiente código de variables:

- 0 enfermedades: sin comorbilidad – Cod. (0)
- 1 – 2 enfermedades: comorbilidad leve – Cod. (1)
- 3 – 4 enfermedades: comorbilidad moderada – Cod. (2)
- ≥ 5 enfermedades: comorbilidad severa – Cod. (3)

Los medicamentos prescritos fueron codificados conforme a la Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), con el propósito de agruparlos según su clase terapéutica.

3.7.3. Procedimiento de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se siguieron dos procedimientos diferenciados según la variable de estudio. En cuanto a la adherencia farmacológica medida mediante la Proporción de Días Cubiertos (PDC), se accedió al sistema electrónico hospitalario del servicio de Medicina Interna, desde el cual se filtraron y extrajeron los registros de dispensación de medicamentos correspondientes al periodo de julio a diciembre del 2025, procediendo luego a registrar la información obtenida en la matriz de cálculo de PDC diseñada para tal fin. Para la medición mediante el Test de Morisky-Green-Levine de 4 ítems (MMAS-4), se realizó una entrevista directa a cada paciente que cumplió con los criterios de inclusión, aplicando el cuestionario de manera presencial mediante la lectura de cada ítem y el registro de las respuestas correspondientes; previo a ello, se solicitó a cada participante la firma del consentimiento informado como requisito ético indispensable. Una vez concluida la fase de recolección, los datos obtenidos por ambos métodos fueron ingresados y organizados en una base de datos electrónica en Microsoft Excel, para posteriormente ser exportados al software estadístico SPSS versión 27, con el cual se procesaron y analizaron los resultados del estudio.

3.8. Análisis de Datos

Los datos que se recolectaron son organizados, codificados y procesados mediante el programa SPSS versión 27, complementándose con el uso de Microsoft Excel para la tabulación inicial.

a) Análisis Descriptivo

Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva para caracterizar a la población de estudio.

Las variables sociodemográficas (Edad, sexo, lugar de procedencia y grado de instrucción) se presentaron mediante tablas de frecuencias y porcentuales.

Las variables relacionadas con la adherencia al tratamiento farmacológico y las categorías de polifarmacia se expresaron en tablas y gráficos de distribución de frecuencias.

b) Prueba de Hipótesis

Al determinar la asociación entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico, se empleará la estadística inferencial mediante la prueba no paramétrica Chi-cuadrado de Pearson (X^2), dado que ambas variables son de naturaleza categórica.

Se estableció un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$) para la aceptación o rechazo de hipótesis.

La hipótesis general es contrastada con base en los resultados obtenidos del análisis inferencial.

- Si el valor de $p < 0.05$, se aceptará la hipótesis alterna (H_1), concluyendo que existe una asociación significativa entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Si el valor de $p \geq 0.05$, se aceptará la hipótesis nula (H_0), indicando que no existe asociación significativa entre ambas variables.

3.9. Consideraciones Éticas

El estudio se ajustó a los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional vigente. Al ser de tipo retrospectivo y prospectivo, solo se emplearon historias clínicas y registros de dispensación, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los pacientes. No se incluyeron datos que permitan su identificación personal. Los datos se almacenaron de forma segura en archivos cifrados y solo estarán disponibles para el investigador por motivos académicos. De igual forma, se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los pacientes del servicio de Medicina Interna, con la explicación correspondiente sobre el tema de investigación. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital II Huamanga “Carlos Tupppia García Godos” y el marco legal peruano aplicable, que incluye la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N.º 29733).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos

Figura 1

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes adultos mayores atendidos en Medicina Interna.

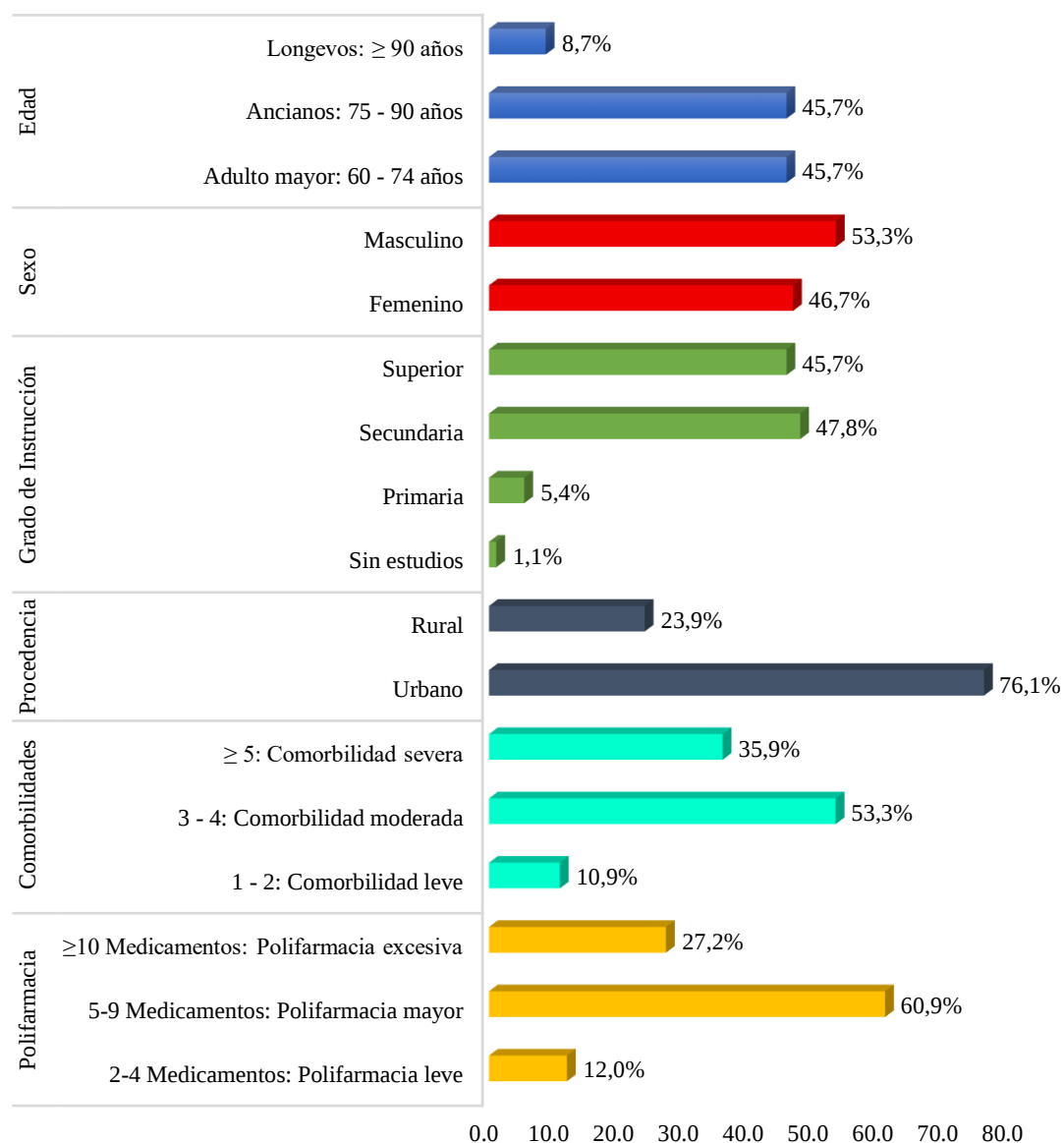


Tabla 1

Análisis descriptivo de la carga farmacológica y comorbilidades en los pacientes adultos mayores.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Cantidad de medicamentos prescritos	2	16	8,02	3,04
Cantidad de comorbilidades	1	12	4,26	1,92

Tabla 2

Enfermedades más prevalentes en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppa García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Código CIE – 10	Diagnóstico	n(%)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00 – E90)		
E11.9	Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación	29(7)
E78.2	Hiperlipidemia mixta	12(3)
E03.9 - E03.4	Hipotiroidismo	13(3)
E66.9	Obesidad	8(2)
E78.5	Hiperlipidemia no especificada	6(2)
E78.0	Hipercolesterolemia pura	3(1)
R73.0	Hiperglicemia, no especificada	3(1)
E04.1	Nódulo tiroideo solitario no tóxico	3(1)
E78.1	Hipertrigliceridemia pura	2(1)
E66.1	Sobrepeso	2(1)
E74.9	Transtorno del metabolismo de los carbohidratos, no especificado	2(1)
Enfermedades del sistema circulatorio (I00 – I99)		
I10 - I11.9	Enfermedades Hipertensivas (Hipertensión esencial, Enfermedad cardíaca hipertensiva)	60(15)
I83.1 - I87.2	Insuficiencia venosa y várices (Insuficiencia venosa crónica, Venas varicosas de los miembros inferiores, várices en otros sitios)	12(3)
I25.0 - I25.9	Enfermedad isquémica crónica del corazón (Enfermedad cardiovascular aterosclerótica, Cardiomiopatía isquémica, Enfermedad isquémica crónica del corazón)	3(1)
I48 - I50.0	Otras cardiopatías (Insuficiencia cardíaca congestiva, Fibrilación auricular)	4(1)
I69.3 - I69.8	Secuelas de enfermedad cerebrovascular (Secuelas de infarto cerebral, Secuelas de enfermedad cerebrovascular)	3(1)
I82.9	Embolia y trombosis de vena no especificada	2(1)
Enfermedades del sistema respiratorio (J00 – J99)		
J84.9	Enfermedad pulmonar intersticial, no especificada	13(3)
J02.9 - J31.2	Faringitis (Faringitis crónica, Faringitis aguda NE)	6(2)
J42 - J47	Enfermedades crónicas de la vía aérea (Bronquiectasia, Bronquitis crónica no especificada)	4(1)
J96.1	Insuficiencia respiratoria crónica	3(1)
Enfermedades del aparato digestivo (K00 – K93)		
K21.0 - K29.3	Enfermedades gastroesofágicas (Gastritis crónica superficial, Enfermedad del reflujo gastroesofágico con esofagitis)	6(2)
K70.3 - K83.9	Enfermedades hepatobiliares (Cirrosis hepática alcohólica, Otras cirrosis, Degeneración grasa del hígado, Fístula de la vesícula biliar, Enfermedad de las vías biliares NE)	5(1)
Otros	Otras enfermedades digestivas	1(0)
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo (M00 – M99)		
M15 - M19.9	Osteoartrosis y artropatías (Poliartrosis, Artrosis, Gonartrosis bilateral y otras, Osteoartrosis primaria generalizada, Osteoartrosis erosiva)	41(10)
M81.0	Osteoporosis postmenopáusica	16(4)

Tabla 2
Continuación

Código CIE – 10	Diagnóstico	n(%)
M43.1 - T91.1	Enfermedades de la columna vertebral (Lumbago con ciática, Espondilolistesis, Espondilosis, Trastornos de disco intervertebral, Espondilólisis, Radiculopatía, Síndrome cervicobraquial, Dorsalgia, Secuelas de fractura vertebral)	19(5)
M06.9	Artritis reumatoidea	6(12)
Otros	Otros trastornos musculoesqueléticos	2(1)
Enfermedades del sistema genitourinario (N00 – N99)		
N40 - N41.1	Enfermedades prostáticas (Hiperplasia de la próstata, Prostatitis crónica)	31(8)
N18.1 - N18.3	Enfermedad renal crónica (Estadios 1 - 3)	9(2)
N30.1 - N32.8	Trastornos vesicales (Vejiga neuropática refleja, Vejiga neuropática flácida, Cistitis intersticial crónica, Otros trastornos de vejiga)	6(2)
Otros	Otros trastornos genitourinarios	2(1)
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00 – H59)		
H25.1 - H27.0	Cataratas y afaquia (Catarata senil nuclear, Catarata complicada, Catarata residual, Afaquia)	6(2)
H36.0	Retinopatía diabética	4(1)
H40.1	Glaucoma primario de ángulo abierto	2(1)
Otros	Otras enfermedades oculares	2(1)
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60 – H95)		
H90.3	Hipoacusia neurosensorial, bilateral	2(1)
Enfermedades del sistema nervioso (G00 – G99)		
G62.9 - G99.0	Neuropatías (Polineuropatía, Polineuropatía diabética, Neuropatía autónoma periférica idiopática, Neuropatía autónoma en enfermedades metabólicas y endocrinas)	8(2)
Otros	Otras enfermedades neurológicas	3(1)
Trastornos mentales y del comportamiento (F00 – F99)		
F01.9	Demencia vascular, no especificada	8(2)
F41.1 - F41.3	Trastornos de ansiedad (Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno mixto de ansiedad y depresión)	2(1)
Tumores (C00 – D48)		
C93.1 - D75.8	Neoplasias hematológicas (Leucemia monocítica crónica, Enfermedad mieloproliferativa crónica, Mielofibrosis aguda, Policitemia vera, Policitemia secundaria, Otras enfermedades especificadas de la sangre y de los órganos hematopoyéticos)	6(2)
C16 - C64	Otros Tumores	5(1)
C73	Tumor maligno de la glándula tiroides	2(1)
D17.9	Otras neoplasias	1(0)
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (D50 – D89)		
D63.8 - D64.9	Trastornos de los eritrocitos (Anemia de tipo no especificado, Anemia en otras enfermedades crónicas clasificadas en otra parte)	2(1)
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00 – L99)		
L89	Úlcera de decúbito	1(0)
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00 – B99)		
B69.0 - B67.9	Infecciones parasitarias (Cisticercosis del sistema nervioso central, Equinococosis, otra y la no especificada)	2(1)
Total		393(100)

Tabla 3

Los medicamentos con mayor consumo en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Código ATC	Medicamento	Forma Farmacéutica	n (%)
Sistema genitourinario y hormonas sexuales (G)			
G04CA01	Tamsulosina 0.4 mg	Tab	24(9)
G04CB01	Finasterida 5 mg	Tab	4(1)
G04BD04	Oxibutinina 5 mg	Tab	2(1)
Tracto alimentario y metabolismo (A)			
A10BA02	Metformina 850 mg	Tab	22(8)
A12AA04	Carbonato de calcio 500 mg	Tab	10(4)
A11CA01	Retinol 50 000 UI	Tab	7(3)
A10BB01	Glibenclamida 5 mg	Tab	6(2)
A10AE04	Insulina Glargina 100 UI/mL	Amp	6(2)
A07EC01	Sulfasalazina 500 mg	Tab	1(0)
A06AB02	Bisacodilo 0.5 mg	Tab	1(0)
A11DA01	Tiamina 100 mg	Tab	1(0)
A11HA02	Piridoxina 50 mg	Tab	1(0)
A12BA02	Citrato de potasio 1080 mg	Tab	1(0)
A02BX02	Sucralfato 1 g/5 mL	Susp	1(0)
Sistema nervioso (N)			
N03AX12	Gabapentina 300 mg	Tab	19(7)
N06AA09	Amitriptilina 25 mg	Tab	6(2)
N05AX08	Risperidona 2 mg	Tab	5(2)
N05CF02	Zolpidem 10 mg	Tab	2(1)
N03AX09	Lamotrigina 50 mg	Tab	1(0)
N03AX14	Levetiracetam 1000 mg	Tab	1(0)
N04AA02	Biperideno 2 mg	Tab	1(0)
N05AH04	Quetiapina 12.5 mg	Tab	1(0)
N06AB04	Fluoxetina 20 mg	Tab	1(0)
N06AB06	Sertralina 50 mg	Tab	1(0)
Sangre y órganos hematopoyéticos (B)			
B03BB01	Ácido fólico 0,5 mg	Tab	18(6)
B01AC06	Ácido acetilsalicílico 100 mg	Tab	12(4)
B01AE07	Dabigatrán 110 mg	Tab	5(2)
B01AC04	Clopidogrel 75 mg	Tab	2(1)
Sistema cardiovascular (C)			
C09CA01	Losartán 50 mg	Tab	21(8)
C09CA04	Irbesartán 150 mg	Tab	14(5)
C07AB07	Bisoprolol 5 mg	Tab	9(3)
C09AA02	Enalapril 10 mg	Tab	8(3)
C10AA05	Atorvastatina 20 mg	Tab	8(3)
C09CA03	Valsartán 80 mg	Tab	7(3)

Tabla 3
Continuación

Código ATC	Medicamento	Forma Farmacéutica	n (%)
C03AA03	Hidroclorotiazida 25 mg	Tab	5(2)
C10AB04	Gemfibrozilo 600 mg	Tab	5(2)
C08CA01	Amlodipino 10 mg	Tab	4(1)
C08CA05	Nifedipino 30 mg	Tab	4(1)
C03CA01	Furosemida 40 mg	Tab	2(1)
C03DA01	Espironolactona 25 mg	Tab	2(1)
C10AA05	Atorvastatina 10 mg	Tab	1(0)
C01BD01	Amiodarona 200 mg	Tab	1(0)
Sistema Musculoesquelético (M)			
M05BA04	Ácido alendrónico 70 mg	Tab	13(5)
M04AA01	Alopurinol 100 mg	Tab	1(0)
Preparados hormonales sistémicos (H)			
H03AA01	Levotiroxina sódica 0.1 mg	Tab	3(1)
H03AA01	Levotiroxina sódica 0,05 mg	Tab	2(1)
H02AB07	Prednisona 5 mg	Tab	1(0)
Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores (L)			
L04AA13	Leflunomida 20 mg	Tab	3(1)
Antiparasitarios (P)			
P01BA02	Hidroxiclороquina 400 mg	Tab	1(0)
Sistema respiratorio (R)			
R05CB01	Acetilcisteína 200 mg	Sob	1(0)
Total			278

Nota: La clasificación de los medicamentos se basa en el sistema ATC (Anatómica, Terapéutica y Química).

4.2. Resultados Inferenciales

Tabla 4

Asociación de la polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico medido con Proporción de Días Cubiertos (PDC) y Test de Morisky en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Polifarmacia	Adherencia					
	Test de Morisky n = 92			Proporción de Días Cubiertos (PDC) n = 92		
	No	Si	p - valor	No	Si	p - valor
	n (%)	n (%)		<80% n (%)	≥80% n (%)	
Leve:						
2 – 4 medicamentos	2(2,2)	9(9,8)		5(5,4)	6(6,5)	
Mayor:						
5 – 9 medicamentos	5(5,4)	51(55,4)	0,001	25(27,2)	31(33,7)	0,001
Excesiva:						
≥ 10 medicamentos	13(14,1)	12(13,0)		22(23,9)	3(3,3)	

H₀: No existe asociación ($p > 0,05$)

H_a: Existe asociación ($p < 0,05$)

Tabla 5

Asociación entre la Cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico medido con el Test de Morisky en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Cantidad de medicamentos prescritos	Adherencia		<i>p</i> – valor
	Test de Morisky n = 92		
	No	Si	
	n (%)	n (%)	
2 – 4 medicamentos	2(2,2)	9(9,8)	0,001
5 – 9 medicamentos	5(5,4)	51(55,4)	
≥ 10 medicamentos	13(14,1)	12(13,0)	

H₀: No existe asociación ($p > 0,05$)

H_a: Existe asociación ($p < 0,05$)

Tabla 6

Asociación entre la Cantidad de medicamentos prescritos y la Proporción de Días Cubiertos (PDC) en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Cantidad de medicamentos prescritos	Adherencia		<i>p</i> – valor
	Proporción de Días Cubiertos (PDC) n = 92		
	No	Si	
	<80%	≥80%	
	n (%)	n (%)	
2 – 4 medicamentos	5(5,4)	6(6,5)	0,001
5 – 9 medicamentos	25(27,2)	31(33,7)	
≥ 10 medicamentos	22(23,9)	3(3,3)	

H₀: No existe asociación ($p > 0,05$)

H_a: Existe asociación ($p < 0,05$)

Tabla 7

Asociación entre la cantidad de comorbilidades y el cumplimiento terapéutico medido con el Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Comorbilidades	Adherencia		<i>p</i> – valor
	Test de Morisky		
	n = 92		
	No	Si	
	n (%)	n (%)	
Leve: 1 - 2	2(2,2)	8(8,7)	
Moderado: 3 - 4	6(6,5)	43(46,7)	0,034
Severo: ≥ 5	12(13,0)	21(22,8)	

H₀: No existe asociación ($p > 0,05$)

H_a: Existe asociación ($p < 0,05$)

Tabla 8

Asociación entre la Cantidad de comorbilidades y la Proporción de Días Cubiertos (PDC) en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Comorbilidades	Adherencia		<i>p</i> – valor
	Proporción de Días Cubiertos (PDC) n = 92		
	No	Si	
	<80%	≥80%	
	n (%)	n (%)	
Leve: 1 - 2	3(3,3)	7(7,6)	0,170
Moderado: 3 - 4	28(30,4)	21(22,8)	
Severo: ≥ 5	21(22,8)	12(13,0)	

H₀: No existe asociación ($p > 0,05$)

H_a: Existe asociación ($p < 0,05$)

Tabla 9

Asociación entre las características sociodemográficas con la Adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” según la adherencia al tratamiento farmacológico.

Variable	Test de Morisky			Proporción de Días Cubiertos (PDC)			Total n=92 n (%)
	No	Si	p - valor	No	Si	p - valor	
	n (%)	n (%)		<80% n (%)	≥80% n (%)		
Edad (Media, DE)	79,5(±9,8)	75,7(±9,1)	0,124	78,0(±9,0)	74,5(±9,5)	0,082	76,5(±9,4)
Edad agrupada							
Adulto mayor: 60 - 74 años	9(9,8)	33(35,9)	0,509	22(23,9)	20(21,7)	0,754	42(45,7)
Ancianos: 75 - 90 años	8(8,7)	34(37,0)		25(27,2)	17(18,5)		42(45,7)
Longevos: ≥ 90 años	3(3,3)	5(5,4)		5(5,4)	3(3,3)		8(8,7)
Sexo							
Femenino	11(12,0)	32(34,8)	0,403	26(28,3)	17(18,5)	0,475	43(46,7)
Masculino	9(9,8)	40(43,5)		26(28,3)	23(25,0)		49(53,3)
Instrucción							
Sin estudios	0(0)	1(1,1)	0,020	1(1,1)	0(0)	0,001	1(1,1)
Primaria	2(2,2)	2(2,2)		3(3,3)	1(1,1)		4(4,3)
Secundaria	14(15,2)	28(30,4)		32(34,8)	10(10,9)		42(45,7)
Superior	4(4,3)	41(44,6)		16(17,4)	29(31,5)		45(48,9)
Procedencia							
Urbano	9(9,8)	61(66,3)	0,001	32(34,8)	38(41,3)	0,001	70(76,1)
Rural	11(12,0)	11(12,0)		20(21,7)	2(2,2)		22(23,9)
Comorbilidades							
1 - 2: Leve	2(2,2)	8(8,7)	0,034	3(3,3)	7(7,6)	0,170	10(10,9)
3 - 4: Moderada	6(6,5)	43(46,7)		28(30,4)	21(22,8)		49(53,3)
≥ 5: Severa	12(13,0)	21(22,8)		21(22,8)	12(13,0)		33(35,9)
Polifarmacia							
2-4 Medicamentos: Leve	2(2,2)	9(9,8)	0,001	5(5,4)	6(6,5)	0,001	11(12,0)
5-9 Medicamentos: Mayor	5(5,4)	51(55,4)		25(27,2)	31(33,7)		56(60,9)
≥10 Medicamentos: Excesiva	13(14,1)	12(13,0)		22(23,9)	3(3,3)		25(27,2)

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Con respecto al objetivo general que menciona sobre la Asociación entre la polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico que como indicador se utilizó a la proporción de días cubiertos (PDC) y al Test de Morisky como instrumento, para así poder tener unos mejores resultados, ya que el PDC mide de forma objetiva y el Test de Morisky de forma subjetiva en los adultos mayores de medicina interna en el Hospital II Huamanga "Carlos Tuppia García Godos". Los resultados que se obtuvieron fueron ($p = 0,001$) en ambos casos con el Chi - cuadrado, evidencian que, a polifarmacia excesiva, menor es la adherencia terapéutica, especialmente cuando se llega a evaluar mediante el PDC ya que es una medida más objetiva. Las diferencias entre el Test de Morisky y el PDC podría reflejar un sesgo de deseabilidad, donde los pacientes tienen a declararse más adherentes de lo que realmente son. Este resultado determina que la polifarmacia es un factor determinante en la adherencia en adultos mayores. De manera concordante en el estudio hecho por Santos (2026), donde se realizó la investigación en la UMF 61 del IMSS en Naucalpan de Juárez México, con adultos mayores de 65 a 75 años con comorbilidades presentes encontraron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre la presencia de polifarmacia y la baja adherencia terapéutica, dando como resultado que el 85.9% de los pacientes con polifarmacia presentaron adherencia baja, a comparación con el 34% en el grupo sin polifarmacia. En este estudio, tiene mayor relevancia en el grupo de polifarmacia excesiva, donde que el PDC evidenció que el 23,9% de los pacientes no fue adherente frente a un escaso 3,3% con adherencia adecuada, ya que refuerza los resultados de esta investigación, según lo reportado por los investigadores que los pacientes presentes con múltiples comorbilidades presentaron mayor polifarmacia (85,8%) y menor adherencia (80,3%), este resultado es de forma muy similar con lo observado en nuestra población, donde que las comorbilidades múltiples como Diabetes mellitus e Hipertensión arterial se asocian a regímenes farmacológicos más complejos que dificultan la adherencia del paciente. Romero (2025), en una investigación en el servicio de Cardiología del

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, con una muestra de 438 adultos mayores de 60 años con hipertensión arterial, se evidenció que la polifarmacia estuvo presente en el 89,3% de los pacientes y el 66% de ellos no cumplían con el tratamiento antihipertensivo, donde que la asociación entre la polifarmacia y adherencia no alcanzó una significancia estadística, lo que sugiere que el tamaño muestral pudo haber sido una delimitación en la investigación. De otra forma en una investigación realizada por Quintero y Yerren (2025) realizado en el hospital de Ventanilla ubicada en Callao con una cantidad de 217 pacientes adultos mayores que presentan hipertensión arterial, tuvieron como resultados que existe una correlación positiva alta estadísticamente significativa entre la polifarmacia y la adherencia terapéutica. Como también la relación entre el número de medicamentos, la seguridad y pertinencia de la medicación con la adherencia terapéutica alcanzo un $Rho = 0,866$, lo que revela que no solo la cantidad de medicamentos influye si no también la adecuación del régimen farmacológico.

Con respecto al primer objetivo específico con las características sociodemográficas y clínicas de la población, donde que la polifarmacia mayor es uno de los más predominantes con un 60,9%, seguida de la polifarmacia excesiva con 27,2%, mientras que el 12% solo se presentó en la polifarmacia leve. Según estos resultados se evidencia una carga farmacológica en un porcentaje elevado de adultos mayores que fueron estudiados. En caso a las comorbilidades el 53,3% presenta comorbilidad moderada y el 35,9% comorbilidad severa, lo que nos menciona que la mayoría de los pacientes son provenientes de la zona urbana con un (76,1%), lo que facilita el acceso a servicios de salud y medicamentos. El nivel educativo son pacientes con un nivel de secundaria con un (47,8%) y superior (45,7%), mientras que un porcentaje mínimo no presenta estudios con (1,1%). Lo que se relaciona con el sexo es de forma equilibrada con un ligero predominio del masculino con mayor proporción que corresponde a adultos entre 60 y 74 años (45,7%) y 75 a 90 años (45,7%), mientras que los de 90 años representan solo el 8.7%. Los resultados que se presentó en esta investigación se explica por Quispe (2024), quien evidencio que la adherencia terapéutica está influenciada por características sociodemográficas y clínicas como la edad, el nivel educativo y la presencia de las múltiples comorbilidades. Los pacientes que tienen un mayor educativo tienden a mostrar una mejor relación con la adherencia. Este estudio nos ayuda a ver que la población investigada, caracterizada por una alta comorbilidad y polifarmacia, presenta condiciones que pueden influir directamente en

la adherencia terapéutica. Según Ayala (2023) al hacer su investigación reportó que el predominio del sexo femenino fue más en su población que fueron adultos mayores con un nivel educativo principalmente secundario de procedencia urbana, evidenciando una población similar con enfermedades crónicas. Según Huamaní (2023), en su estudio al hacer lo descriptivo de la población obtuvo que la edad promedio en un 50% los pacientes fueron de 61 a 70 años, 57,5% de género femenino, 48,8% con instrucción superior, reforzando así al estudio presente. En estos resultados con lo reportado por Calle *et al.* (2021) quien encontró en su estudio que el predominio fue del sexo femenino y una mayor proporción de adultos mayores en edades avanzadas (≥ 70 años). Estas diferencias podrían explicarse por las características propias de la población estudiada y el contexto donde se desarrolló la investigación.

Con respecto al segundo objetivo específico, al realizar un análisis descriptivo de la carga farmacológica y comorbilidades, se vio que la cantidad de medicamentos prescritos presenta un valor de 2 y un máximo de 16, con una media de $8,02 \pm 3,04$, lo que evidencia una carga farmacológica alta en la población que se estudió. Asimismo, la cantidad de comorbilidades muestra un mínimo de 1 y un máximo de 12, con una media de $4,26 \pm 1,92$, indicando que los pacientes presentan múltiples enfermedades de manera simultánea. Estos resultados reflejan que la población con alta complejidad clínica, caracterizada por la presencia de polifarmacia y multimorbilidad, lo cual es frecuente en adultos mayores y puede influir en el manejo terapéutico. Estos resultados concuerdan con Wang *et al.* (2024) al hacer sus revisiones sistemáticas y un metaanálisis evidencian una alta prevalencia de polifarmacia en adultos mayores, la cual se incrementa significativamente en pacientes con enfermedades crónicas. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Pazan y Wehling (2021), quienes señalan que la polifarmacia es frecuente en adultos mayores y se encuentra directamente relacionada con la presencia de múltiples enfermedades, de modo que a mayor número de comorbilidades, mayor es la cantidad de medicamentos utilizados. En conclusión, esto nos confirma que la polifarmacia en adultos mayores está estrechamente vinculada a la presencia de múltiples enfermedades crónicas.

Con respecto al tercer objetivo específico, en relación con los diagnósticos clínicos, se observa que la hipertensión arterial es la comorbilidad más frecuente (15%), seguida de Hiperplasia de la próstata con un (8%) y la diabetes mellitus tipo 2 en un (7%). Otras patologías como hiperlipidemia, obesidad y artrosis presentan menores proporciones. Respecto a los medicamentos, el más utilizado es tamsulosina 0,4 mg tab

(9%), seguido de metformina 850 mg tab (8%), gabapentina 300 mg tab (7%), Losartan 50 mg tab (6%) y Irbesartán 150 mg tab (5%). Otros fármacos presentan frecuencias menores. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Li *et al.* (2023), al hacer la investigación en los adultos mayores con enfermedades crónicas, describen una alta frecuencia de patologías cardiovasculares y metabólicas, particularmente hipertensión y diabetes, acompañadas de un uso predominante de antihipertensivos y antidiabéticos. En este sentido, la distribución de comorbilidades y medicamentos observada en el presente estudio no solo reproduce el patrón clínico descrito en la investigación, sino que nos da una máxima claridad entre la relación que se da la carga de enfermedad y el tratamiento farmacológico. Como también lo reporta Wang *et al.* (2023), donde que menciona que la polifarmacia se presenta principalmente en pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, las cuales requieren un tratamiento farmacológico continuo. En poca discordancia con los resultados Huamaní (2023) menciona que al obtener las descripciones de la población se obtuvo que en su mayoría obtuvo a las dislipidemias (57,5%), hipertensión arterial (50%), insuficiencia cardiaca (25%). Dentro de los fármacos más recetados se obtuvo que dentro de ellas estuvo la insulina, clonazepam, metformina, atorvastatina, levotiroxina, glibenclamida siendo estos los más representativos. En conclusión, la hipertensión arterial es un problema que es muy representativa en muchos estudios en ciertos centros de salud, estando dentro de los grupos con mayor presencia dentro de la población.

Con respecto al cuarto objetivo específico, al determinar la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico que consiste en el instrumento Test de Morisky para poder ver de forma subjetiva a los pacientes adherentes en base al cuestionario. Los resultados estadísticamente con el Chi cuadrado fueron ($p = 0,001$) con un nivel muy significativo para la asociación entre ambas dimensiones. Dando a entender que a medida que la cantidad de medicamento prescrita aumenta llega a disminuir el cumplimiento terapéutico del tratamiento en el paciente mayor, sobre todo en los pacientes adultos mayores. Teniendo una polifarmacia mayor en pacientes adherentes con un (55,4%) y un (5,4%) no adherentes y en polifarmacia excesiva, un total de (13%) adherentes y no adherentes un (14,1%). Predominando la polifarmacia mayor. Confirmando los resultados presentes, Quispe y Macias (2025), identificaron que el 35% fueron adultos mayores con polifarmacia y multipatológicos, en donde predominó la polifarmacia media con 47,6%, y al aplicar la prueba Rho de Spearman su coeficiente fue igual a 0,885 y con una significancia de $0,000 < 0,05$

aceptando la hipótesis alterna. Donde concluyeron que la cantidad de medicamentos prescritos es un factor que afecta directamente a la adherencia farmacológica, ya que existió una correlación entre ambas. De esta forma se corrobora con la asociación de estas 2 dimensiones que es la cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico son de suma importancia al momento de prescribir una receta médica. En coincidencia con Huamaní (2023), en un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional, donde se aplicaron 2 instrumentos, el Test de Morisky y una ficha de recolección de datos electrónica. En una muestra de 80 pacientes. Al obtener los resultados se determinó que existe una asociación entre la polifarmacia y adherencia al tratamiento terapéutico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Se concluyó que el 88,8% de los pacientes encuestados no son adherentes al tratamiento farmacológico y solo el 11,3% son adherentes. Dando a entender que el número de medicamentos prescritos se involucra en la adherencia del paciente, siendo un factor muy predeterminante. De tal forma Shani *et al.* (2024), menciona que a los pacientes con muy baja adherencia (0 – 20%) toman menos medicamentos en promedio (1,9), lo que nos da entender el abandono terapéutico; a medida que llega a aumentar el cumplimiento terapéutico (21% - 80%), también aumenta el número de medicamentos prescritos (hasta 3,4), lo que se da un mejor manejo de sus enfermedades. Pero en un grupo con pacientes extremadamente niveles altos de adherencia (81% - 100%), el número de fármacos baja ligeramente a aun (2,8), lo que nos da entender tratamiento más ajustados y optimizados. En conclusión, el cumplimiento terapéutico en los pacientes no depende de la cantidad de medicamentos prescritos, sino que llega a estar mejor asociada a un uso más adecuado, efectivo y controlado de la farmacoterapia. Pero en contradicción Al- Noumani *et al.* (2023), en su investigación menciona que las características del paciente, el apoyo social y la relación médico - paciente son factores muy importantes para poder predecir la adherencia a la medicación en pacientes con enfermedades crónicas en Oriente Medio. Donde destaca más otros aspectos que la cantidad de medicamentos prescritos, siendo más determinante para la adherencia factores como la situación laboral, duración de la enfermedad y la frecuencia de la medicación, así como fortalecer las relaciones entre profesional sanitario y el paciente, para fomentar la adherencia. Esto nos indica que los aspectos de orientación en un paciente son clave fundamental para que un paciente tenga un cumplimiento terapéutico adecuado.

Con respecto al quinto objetivo específico, al determinar la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y la Proporción de Días Cubiertos (PDC) que se hizo con el indicador PDC, nos dio como resultados en el valor de ($p = 0,001$), dándonos un nivel de significancia un valor estadísticamente significativo. Concluyendo que existe una asociación significativa entre las 2 dimensiones utilizando el PDC. Pero al observar los resultados, los adherentes en polifarmacia mayor son de (33,7%) y los no adherentes (27,2%), como también en la polifarmacia excesiva se observa que el (23,9%) es no adherente y el (3,3%) es adherente, teniendo así una gran variabilidad con el Test de Morisky, ya que el PDC es un indicador que nos ayuda de forma objetiva a obtener nuestros datos del sistema, garantizando así datos sólidos. En concordancia con Yap y Tang (2025), los modelos PDC que incorporan datos prescritos y que llegan a utilizar métodos basados en intervalos pueden dar a que un mayor número de pacientes se clasifiquen con baja adherencia. Donde que al evaluar los cuatro modelos (P1, P2, D1 y D2) se llegó a encontrar que la proporción de pacientes adherentes varía: (64,1%) en P1, (73,9%) en P2, (66,5%) en D1 y (87,3%) en D2, lo que nos indica que el Proporción de Días Cubiertos (PDC) va depender de cómo se mida el grupo de medicamentos analizados, la adherencia puede parecer mayor o menor, pero en general es relativamente alta, por ser sumamente objetiva. Donde muestra que el PDC es el método más sensible para detectar diferencias reales del Proporción de Días Cubiertos (adherencia) según la complejidad del régimen. Concluyendo en que el PDC enmarca mejor el efecto que se da al consumo de excesivo de medicamentos. Según Parikh *et al.* (2025), al hacer un estudio en 1 millón de pacientes el PDC promedio fue de un 87,5% lo que nos indica que es buena adherencia. Pero había casos que el 12,1% fueron hospitalizados, el 14,8% acudieron a urgencias y 32,3% tuvieron consultas ambulatorias. Teniendo así mejores resultados a nivel poblacional, estimando umbrales óptimos de adherencia medidos con el PDC en medicación RASA en hipertensos mayores. Los hallazgos mostraron que la adherencia objetiva (PDC) cae dramáticamente cuando la carga farmacológica es alta, coincidiendo con nuestros datos proporcionados del 3,3% de adherentes en polifarmacia excesiva. En contradicción de los resultados Alfaqeeh *et al.* (2025), menciona que la adherencia a los medicamentos en pacientes con insuficiencia cardíaca es muy variable y generalmente muy baja, con tasas que van desde el 23% hasta 92,5%, lo que nos menciona que muchos de los pacientes no toman correctamente sus medicamentos. Uno de los motivos centrales de esta variabilidad es que no existe una única forma de medir la adherencia, ya que se

utilizaron diferentes herramientas como MMAS – 4, MMAS -8, GMAS, etc., y siendo que cada una mide diferentes aspectos distintos del comportamiento del paciente. Donde que la adherencia es un problema multifactorial, donde influye la complejidad del tratamiento, los efectos adversos y factores socioeconómicos. Dando a conocer que la cantidad de medicamentos prescritos no es el problema si no otros problemas multifactoriales que estén relacionado con el paciente y el nivel del entendimiento.

Con respecto al sexto objetivo específico, al determinar la asociación entre la cantidad de comorbilidades y el cumplimiento terapéutico (Test de Morisky), teniendo como conclusión una estadística del valor de $p = 0,034$, cumpliendo con la hipótesis alterna. Teniendo una asociación entre estas dos dimensiones, viendo que la comorbilidad moderada tiene un 46,7% y la comorbilidad severa un 22,8% que son adherentes. Teniendo como conclusión que los que mejor se adhieren son los de comorbilidad moderada, puede ser más por sus conocimientos de sus enfermedades y los que presentan adherencia más baja son los que presentan comorbilidad severa, posiblemente por la complejidad del régimen terapéutico, polifarmacia y deterioro funcional. Dando a entender que, a mayor severidad de comorbilidades, menor llega a ser adherente el paciente, siendo el más vulnerable la comorbilidad severa. Asimismo Santos (2026), menciona en su investigación que en pacientes con otros diagnósticos distintos a diabetes o hipertensión presentaron una menor adherencia terapéutica con un 80.3% a un nivel muy bajo . observándose que, a mayor número de enfermedades crónicas, el cumplimiento del tratamiento se ve muy comprometido por la complejidad del tratamiento farmacológico. Cabe agregar que Cardona *et al.*(2025), al realizar un estudio en pacientes adultos mayores de 65 años con enfermedades crónicas en Colombia, mediante un análisis univariado, bivariado y multivariado, señalo que el número de comorbilidades y la multimorbilidad constituyen una barrera para la adherencia, dado que cada enfermedad crónica tiene su propio plan terapéutico. De lo contrario Palacios *et al.*(2025), encontraron que el 38,20% presento una baja adherencia , el 30.62% moderada y el 31.18% alta, así mismo evidenciando que la carga de enfermedad crónica impacta negativamente en el cumplimiento del tratamiento . donde que estadísticamente obtuvo ($p = 0,034$). Estas diferencias podrían explicarse por las características propias de la población estudiada, el contexto hospitalario y el tipo de instrumento utilizado.

Con respecto al séptimo objetivo específico, al determinar la asociación entre la cantidad de comorbilidades y el Proporción de Días Cubiertos (PDC), se obtuvo

como un nivel estadístico alto ($p = 0,170$), cumpliendo así con la hipótesis nula, es decir que no existe ninguna asociación entre estas 2 dimensiones. pero como resultados definidos se observó que la comorbilidad moderada (30,4%) y la comorbilidad severa (22,8%) lo que corresponde a no adherentes, contradiciendo así a los resultados hechos con el instrumento Test de Morisky. Por lo contrario Yap y Tang (2025), evaluó 4 modelos de cálculo del PDC en pacientes diabéticos en atención primaria de Singapur, donde analizaron mediante regresión logística multivariada el número de enfermedades crónicas como factor asociado a la adherencia, encontrando que esta variable no resultó determinante de forma independientemente en todos los modelo evaluados, o que sugiere que el PDC puede comportarse de manera variable según el modelo aplicado y las características de la población estudiada.

Finalmente, con respecto al último objetivo específico, al relacionar las características sociodemográficas con la adherencia al tratamiento farmacológico, se obtuvo como resultado, que el grado de instrucción en ambos métodos con el PDC ($p = 0,001$) y Test de Morisky ($p = 0,020$), observando que los pacientes con educación superior presentaron la mayor proporción de adherencia. En caso de la procedencia en ambos casos se obtuvo ($p = 0,001$), observando que los pacientes urbanos tienen mayor adherencia que los rurales, refleja diferencias en acceso a servicios de salud y farmacias. Pero por lo contrario en sexo y edad no hubo ninguna relación en la población estudiada. Asimismo, Villegas (2023) en una investigación menciona que el 75,52% de pacientes fueron del sexo masculino, con edad media de $66,6 \pm 12,1$; y la media del tiempo de alta prótesis fue $11,4 \pm 6,75$ meses. Se encontró diferencia significativa entre adherencia y no adherencia en la edad, nivel socioeconómico, estado civil y cobertura de atención. En conclusión, la mayoría de los pacientes amputados con DM tipo 2 fueron del sexo masculino cuyo cumplimiento o adherencia a la rehabilitación se relacionó con factores sociodemográficos como la edad, estado civil, nivel socioeconómico y cobertura de salud. En contradicción con los resultados Clemente *et al.* (2022), nos menciona en sus resultados que el dominante fue el sexo femenino (62%), los participantes entre 50 a 59 años fueron los que más representaban y cerca de la mitad de los participantes había cumplido la primaria (46%), y la mayoría de ellos reporta pareja (69%). El 23% de los participantes reportaron 3 años de DM2, solo el 38% de los encuestados realizan ejercicio físico de 10 a 15 min al día y el 28% no realizaba ejercicio físico; la mayoría se encontraba con un tratamiento farmacológico basado en hipoglucemiantes orales (82%). La edad se asoció con la adherencia estadísticamente ($p < 0,005$). En conclusión,

la edad fue la única característica sociodemográfica que se asoció significativamente con la adherencia al tratamiento farmacológico en personas adultas mexicanas con Diabetes Mellitus Tipo 2. En concordancia Arévalo (2020) nos menciona que el 52,23% de pacientes pertenecen a mejorables adherencia, según los factores socio demográficos presentes , la mayoría de los pacientes que acuden al Servicio de Targa del Hospital Tumbes, presento que su estado civil es conveniente, de edades de 30 a 64 años, de sexo masculino, en las características del persona de salud hay empatía, con acceso a la información insuficiente, con necesidades básicas insatisfechas siendo Pobres y de grado de estudios de secundaria. En conclusión, se vio que no existe una asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la adherencia en pacientes que acuden al servicio de Targa del Hospital de Tumbes.

En síntesis, los factores más determinantes de la adherencia al tratamiento farmacológico en la población estudiada fueron el nivel de instrucción, la procedencia y la polifarmacia, siendo estos consistentes en ambos instrumentos de medición, lo que sugiere la necesidad de intervenciones educativas, estrategias de simplificación farmacológica y mayor accesibilidad a los servicios de salud para la población rural atendida en este establecimiento.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

- 1.** La polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico, reportan una asociación estadísticamente significativa en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” durante el periodo de julio a diciembre de 2025.
- 2.** Si existió la asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico medido con el Test de Morisky.
- 3.** Si presentó la asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de medicamentos prescritos y la Proporción de Días Cubiertos (PDC).
- 4.** Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de comorbilidades y el cumplimiento terapéutico medido con el Test de Morisky.
- 5.** No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de comorbilidades y el Proporción de Días Cubiertos (PDC).
- 6.** Se concluye que la edad y el sexo no mostraron asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico utilizando el Test de Morisky y la Proporción de Días Cubiertos (PDC); por el contrario, el nivel de instrucción y la procedencia sí demostraron una asociación significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico utilizando el Test de Morisky y la Proporción de Días Cubiertos (PDC).

CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”, implementar un registro clínico que esté ordenado, completo y actualizado en las historias clínicas de los pacientes adultos mayores.
2. Se recomienda al servicio de Farmacia del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”, establecer un registro completamente sistematizado de las dispensaciones que se da a cada paciente y bien ordenado.
3. Se recomienda a los investigadores que deseen abordar temas similares que coordinen con previa anticipación y de manera formal el acceso a las historias clínicas y a los registros de dispensación con los jefes de las áreas.
4. Se recomienda a los investigadores tener estrategias de un seguimiento activo a los pacientes que están en estudio, como su número telefónico o visitas previamente programadas.
5. Se recomienda a la Escuela de Farmacia y Bioquímica gestionar convenios formales con el Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” para el acceso de los tesisistas a la información clínica que sea necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaqueeh, M., Abdullah, R., Zakiyah, N., Suwantika, A. A., Postma, M. J., Rahmawati, F., Wahyuni, A., & Ibrahim, B. (2025). Medication Adherence and Contributing Factors in Patients with Heart Failure Within the Middle East: A Systematic Review. 20(1), 47. <https://globalheartjournal.com/articles/10.5334/gh.1431?>
- Allpacca, A. J. (2012). Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos atendidos en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011. Nacional San Cristóbal de Humanga.
- Al-Nouman, H., Alharrasi, M., Rathinasamy, E., & Panchatcharam, S. M. (2023). Factors predicting medication adherence among Omani patients with chronic diseases through a multicenter cross-sectional study. 13(7067). <https://www.nature.com/articles/s41598-023-34393-4?>
- Alvarado, A. J., Cedeño, J. A., Gálvez, S. A., Mendoza, K. E., & Ponce, J. A. (2023). Adherencia terapéutica y complicaciones de la polifarmacia en la persona mayor: Una revisión de la literatura. 5(2), 224-234.
- Arévalo, L. C. (2020). Factores sociodemográficos asociados a la adherencia en pacientes con TARGA, Hospital Regional Tumbes, Tumbes 2020 [Universidad Nacional de Tumbes]. <https://url-shortener.me/LO2C>
- Auqui, J. Y. (2025). Conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, 2025. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Ayala, H. B. (2023). Factores relacionados a la adherencia del tratamiento de pacientes con hipertensión arterial en el servicio de emergencia del Hospital Apoyo de Coracora, Ayacucho 2023. Nacional del Callao.
- Boateng, I., Rodriguez, C., Grassby, P., Asghar, Z., & Ibrahim, K. (2025). The impact of polypharmacy on health outcomes in the aged: A retrospective cohort study. 20(2), ingles.
- Bonilla, A., Bailén, M., & Hernando, A. (2023). Análisis de la adherencia farmacológica utilizando la receta electrónica en una farmacia comunitaria: Estudio 'REACT'. Revista Farmacéuticos Comunitarios, 15(1), 15.
- Burga, L. L., & Zarate, J. (2023). Consecuencias de la polifarmacia en adultos mayores con enfermedades crónicas del Asentamiento Humano San Benito, Lima-2023 [Norbert Wiener]. <https://goo.su/SzhzQi>

- Burgos, N., Torrecilla, M., Mendiguren, A., Gómez, M. P., & Bruzos, C. (2024). Strategies to Improve Therapeutic Adherence in Polymedicated Patients over 65 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. 12(35). <https://www.mdpi.com/2226-4787/12/1/35?>
- Calle, M. A., Andamayo, D. E., Mendoza, L. J., & Junchaya, V. A. (2021). Polifarmacia y calidad de vida en adultos mayores del Centro Residencial Beneficencia de Huancayo. 6(2), 83-88. <https://revistas.uroosevelt.edu.pe/index.php/VISCT/article/view/93?>
- Cardona, D., Santacruz, V., Rendón, A., Madrigal, J., Cardona, A., & Estrada, J. I. (2025). Adherencia a la medicación en la población anciana con enfermedades crónicas: Un análisis factorial. 16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41458953/>
- Chae, J., Cho, H. J., Yoon, S.-H., & Kim, D.-S. (2024). The association between continuous polypharmacy and hospitalization, emergency department visits, and death in older adults: A nationwide large cohort study. 15.
- Chippa, V., & Roy, K. (2023). Geriatric Cognitive Decline and Polypharmacy.
- Coates, M., McClure, L., & Vader, D. (2024). Impact of Polypharmacy on Symptoms and Health Outcomes in Older Adults With and Without Alzheimer's Disease and Related Dementias. 27(1). <https://goo.su/eqYI>
- Congreso de la República del Perú. (1997). Ley General de Salud. El Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
- Congreso de la República del Perú. (2009). Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. El Peruano. <https://goo.su/aW5W8>
- Cordero, C., Alba, C., Muñoz, M., Guzmán, E., & Ramírez, N. (2022). Características sociodemográficas asociadas a la adherencia del tratamiento en adultos con Diabetes Tipo 2. 21(2). <https://url-shortener.me/LO1C>
- Costanzo, S., Di Castelnuovo, A., Panzera, T., De Curtis, A., Falciglia, S., Persichillo, M., Cerletti, C., Benedetta, M., De Gaetano, G., & Lacoviello, L. (2024). Polypharmacy in Older Adults: The Hazard of Hospitalization and Mortality is Mediated by Potentially Inappropriate Prescriptions, Findings From the Moli-sani Study. International Journal of Public Health, 69. <https://goo.su/mOodv5>
- Cutipa, S. E. (2023). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en adultos y adultos mayores hipertensos del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas—Puno, 2023 [Nacional del Altiplano]. <https://goo.su/JxxZu>

- Frisancho, A. A., & Fuentes, F. S. (2025). Asociación entre la polifarmacia e interacciones farmacológicas en adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, enero -noviembre, 2024. Católica de Santa María.
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2022). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (7.^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Huaman, R. Y. (2018). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupia García Godos- EsSalud. Ayacucho -2018. Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Huamaní, L. M. (2023). Asociación entre polifarmacia y adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 en el consultorio de Endocrinología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo-EsSalud 2021-2022 [Universidad Católica de Santa María]. <https://acortar.link/yeXiA>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2025). Este 26 de agosto más de 4 millones 747 mil adultos mayores conmemoran su día. INEI. <https://acortar.link/frya60>
- Lee, E. A., Brettler, J. W., Kanter, M. H., Steinberg, S. G., Khang, P., Distasio, C. C., Martin, J., Dreskin, M., Thompson, N. H., Cotter, T. M., Thai, K., Yasumura, L., & Gibbs, N. E. (2019). Refining the Definition of Polypharmacy and Its Link to Disability in Older Adults: Conceptualizing Necessary Polypharmacy, Unnecessary Polypharmacy, and Polypharmacy of Unclear Benefit. 24(18), 6. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6972545/>
- Lee, G. B., Hosking, S. M., Etherton, C., Pasco, J. A., Holloway, L. K. L., & Page, A. T. (2025). Defining polypharmacy in older adults: A cross-sectional comparison of prevalence estimates calculated according to active ingredient and unique product counts. 47, 824-833. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-025-01882-7?>
- Ley de la Persona Adulta Mayor. (2016). El Peruano. <https://diariooficial.elperuano.pe/Normas/obtenerDocumento?idNorma=11>
- Li, M., Wei, N., Shi, H. Y., Jing, X. J., Kan, X. H., Gao, H. Q., & Xiao, Y. L. (2023). Prevalence and clinical implications of polypharmacy and potentially inappropriate medication in elderly patients with heart failure: Results of six months' follow-up. J Geriatr Cardiol, 20(7), 495-508. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37576481/>

- Li, Y., Zhang, X., Yang, L., Yang, Y., Qiao, G., Lu, C., & Liu, K. (2022). Association between polypharmacy and mortality in the older adults: A systematic review and meta-analysis. 100. <https://acortar.link/xxTpdb>
- Liu, L., & Harrison, J. (2023). Development of explicit criteria identifying potentially inappropriate polypharmacy in older adults in New Zealand primary care: A mixed-methods study. 15(1), 38-47. <https://www.publish.csiro.au/hc/pdf/HC22135>
- López, F. J., & Quesada, E. N. (2018). Organización Administrativa y Gestión Terapéutica. ACCI ediciones. <https://acortar.link/6N7JKJ>
- Marquez, J. E., & Marquina, P. E. (2023). Factores asociados a polifarmacia en adultos mayores de 12 comunidades altoandinas del Perú en el periodo 2013-2017. San Martín de Porres.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalish, L., & Caughey, G. (2017). ¿Qué es la polifarmacia? Una revisión sistemática de definiciones. ¿Qué es la polifarmacia? BMC Geriátría, 17(230).
- Ministerio de Salud. (2006). Aprobación del Reglamento de Organización y Funciones. El Peruano.
- Ministerio de Salud. (2020). Directiva de Telegestión para la implementación y desarrollo de Telesalud. <https://shre.ink/SeZu>
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). Política Nacional de Medicamentos. https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/Normatividad/2020/RM_281-2020-MINSA.pdf
- O’Ryan, J. C. (2017). Adherencia farmacológica y presión arterial de pacientes hipertensos en 18 establecimientos del servicio de salud Metropolitano sur Oriente. Universidad de Chile.
- O’Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A. R., Denkinge, M., Beuscart, J.-B., Onder, G., Gudmundsson, A., Cruz, A. J., Knol, W., Bahat, G., Van, N., Petrovic, M., & Curtin, D. (2023). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 3. Medicina Geriatrica Europea, 14, 625-632. <https://shre.ink/SeZA>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. OPS. <https://shre.ink/SeZb>
- Ortonobes, S., Herranz, S., Lleal, M., Sevilla, D., Jordana, R., Mascaró, O., Ferrández, O., Jaime, E., Estrada, R., Nazco, G. J., & Baré, M. (2024). Multidisciplinary

- medication review during older patient hospitalization according to STOPP/START criteria reduces potentially inappropriate prescriptions: MoPIM cohort study. 24(584).
- Palacios, G., Toledo, A., Albavera, C., Rodríguez, P., & Rojas, E. (2025). Polifarmacia y su asociación con adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, Cuernavaca, Morelos. 25(2). <https://goo.su/mG08lrO>
- Parikh, M. A., Ramachandran, S., Nsiah, I., Campbell, P. J., Castora, M., Karmakar, T., Black, H., & Bentley, J. P. (2025). Estimating optimal thresholds for adherence to RASA medications among older adults with hypertension. 31(1). <https://www.jmcp.org/doi/epdf/10.18553/jmcp.2025.31.1.25>
- Pazan, F., & Wehling, M. (2021). Polypharmacy in older adults: A narrative review of definitions, epidemiology and consequences. 12(2), 1-10. https://www.researchgate.net/publication/349987329_Polypharmacy_in_older_adults_a_narrative_review_of_definitions_epidemiology_and_consequences
- Persaud, N., Workentin, A., Rizvi, A., Pierson, T., Bortolussi, É., Liu, K., Bennett, A., Shaver, N., Skidmore, B., Vyas, N., Pap, R., Almoli, F., Lee, T. C., Sirois, C., McCracken, R. K., Papillon, L., & McDonald, E. G. (2025). Interventions to Address Potentially Inappropriate Prescribing for Older Primary Care Patients. 8(6). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12205406/>
- Plasencia, C. I., Salvatierra, B. K., Velásquez, J. M., Runzer, F. M., & Parodi, J. F. (2022). Polifarmacia y mortalidad en adultos mayores: El rol del sexo y la comorbilidad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(1), 7. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8359754.pdf>
- Quintero, M. S., & Yerren, E. V. (2025). Polifarmacia y adherencia terapéutica en paciente adulto mayor con hipertensión arterial atendidos en el Hospital de Ventanilla Callao- 2024 [Universidad Norbert Wiener]. <https://acortar.link/qMaCPr>
- Quispe, L. (2024). Asociación de la condición sociodemográfica y clínica con la adherencia a la medicación en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Consultorio de Endocrinología del Hospital Regional de Ayacucho en el 2023 [Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. <https://shre.ink/SeZ2>
- Quispe, S. E., & Macias, K. (2025). Polifarmacia y Adherencia Farmacológica en Adultos Mayores de una Zona Rural. 9(17).

- Robinson, M., Mokrzecki, S., & Mallett, A. J. (2024). Attitudes and barriers towards deprescribing in older patients experiencing polypharmacy: A narrative review. 10(6). <https://www.nature.com/articles/s41514-023-00132-2>
- Rodriguez, M. S. (2019). Asociación entre polifarmacia y funcionalidad en adultos mayores de 10 comunidades altoandinas. *Científica del Sur*.
- Romero, S. S. F. (2025). Asociación entre polifarmacia y adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del servicio de cardiología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mrtins Junio—Agosto, 2024.
- Sánchez, J. R., Escare, C. A., Castro, V. E., Robles, C. R., Vergara, M. I., & Jara, C. T. (2019). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revision de literatura. *Rev. Salud Pública*, 21(2), 271-277. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2019.v21n2/271-277/es>
- Santiago, D. (2024). Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, Hospital Regional de Ayacucho 2022. Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Santos, D. (2026). Relación entre la polifarmacia y adherencia terapéutica en adultos mayores de 65 a 75 años con comorbilidades de la UMF 61. [Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://goo.su/v52Yj5a>
- Saud, M., Aljeelani, Y. O., Hatem, S., Ali, M., Abdullah, A., Saleh, A., Awadallah, A., Tobaiqi, M. A. A., Mohammad, A., SyedKhaleel, N., & Ali, H. (2024). Effect of medication adherence on quality of life, activation measures, and health imagine in the elderly people: A crosssectional study. 24(634).
- Shani, M., Lustman, A., Comaneshter, D., & Schonmann, Y. (2024). Overall Medication Adherence as an Indicator for Health Outcomes Among Elderly Patients With Hypertension and Diabetes. 137(8), 736-741. [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(24\)00243-2/fulltext?](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(24)00243-2/fulltext?)
- Varghese, D., Ishida, C., Patel, P., & Haseer, H. (2024). Polypharmacy. *StarPearls*.
- Villegas, L. (2023). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de rehabilitación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con amputación de miembro inferior. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*, 34(3).
- Wang, X., Yang, C., Jiang, J., Hu, Y., Hao, Y., & Dong, J.-Y. (2023). Polypharmacy, chronic kidney disease, and mortality among older adults: A prospective study of National Health and nutrition examination survey, 1999–2018. 11. <https://shre.ink/SeiV>

- Wang, Z., Liu, T., Su, Q., Luo, L., Zhao, L., Kang, X., Pan, Y., & Nie, Y. (2024). Prevalence of Polypharmacy in Elderly Population Worldwide: A Systematic Review and Meta-Analysis. 33(8). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.5880>
- World Health Organization. (2019). World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: Technical report. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>
- Yap, H. R., & Tang, W. E. (2025). Exploring adherence to antidiabetic medications in Singapore primary care: A comparison of four models of proportion of days covered. *Rev. Singapore Med Journal*. <https://shre.ink/Seiz>
- Zhao, M., Chen, Z., Xu, T., Fan, P., & Tian, F. (2023). Global prevalence of polypharmacy and potentially inappropriate medication in older patients with dementia: A systematic review and meta-analysis. 24(14). <https://shre.ink/Seij>

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de Definición y Operacionalización de Variables.

Variable 1	Definición	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valoración	Escala de medición
Polifarmacia	La polifarmacia se entiende como el consumo simultaneo de múltiples medicamentos prescritos a un paciente, situación común en adultos mayores con comorbilidades crónicas (Calle et al., 2021).	Se evaluará mediante la revisión directa de las historias clínicas.	Cantidad de medicamentos prescritos.	Carga farmacológica individual prescrita.	2-4 medicamentos = polifarmacia leve – Cod. (1) 5-9 medicamentos = polifarmacia mayor – Cod. (2) ≥10 medicamentos = polifarmacia excesiva – Cod. (3)	Ordinal
				Número de categorías ATC por pacientes.	1 – 2 grupos: Baja Complejidad – Cod. (1) 3 – 4 grupos: Complejidad Moderada – Cod. (2) ≥ 5 grupos: Alta complejidad – Cod. (3)	Ordinal

Variable 2	Definición	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valoración	Escala de medición	Ítem del instrumento
Adherencia tratamiento farmacológico	al	Es el cumplimiento del adulto mayor con la pauta terapéutica prescrita en cuanto a dosis, frecuencia y duración del tratamiento farmacológico (Alvarado et al., 2023)	Cumplimiento terapéutico subjetivo	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos?	Puntaje ≤ 3 = No adherente – Cod. (0) Puntaje de 4 = Adherente – Cod. (1)	Nominal	Preguntas 1-4 del Test de Morisky-Green-Levine
				¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?			
				Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?			
				Si alguna vez se sienta mal ¿deja de tomarla?			
			Cumplimiento en cobertura de días objetivo	Proporción de días cubiertos	<80%=No adherente – Cod. (0) $\geq 80\%$ =Adherente – Cod. (1)	Nominal	Registro de dispensación
			Características sociodemográficas	Edad agrupada	Años cumplidos al momento de la evaluación.	Ordinal	Ítem I y Ítem II de la Ficha de recolección de datos
				Sexo	Femenino = 1 – Cod. (1) Masculino = 2 – Cod. (2)	Nominal	
				Grado de instrucción	Sin estudios = 1 – Cod. (1) Primaria = 2 – Cod. (2) Secundaria = 3 – Cod. (3) Superior = 4 – Cod. (4)	Ordinal	
				Procedencia	Urbano = 1 – Cod. (1) Rural = 2 – Cod. (2)	Nominal	
			Comorbilidades	Carga de Comorbilidades	0 = sin comorbilidad – Cod. (0) 1-2 = comorbilidad leve – Cod. (1) 3 – 4 = comorbilidad moderada – Cod. (2) ≥ 5 = comorbilidad severa – Cod. (3)	Ordinal	

Anexo 2

Matriz de consistencia

Título: Polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”. Ayacucho, 2025

Autor: Robert Tudela Cruz

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema general ¿Qué asociación existe entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”? Problemas específicos • ¿Cuál es la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico? • ¿Cuál es la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y la Proporción de Días Cubiertos? • ¿Cuál es la asociación entre la cantidad de comorbilidades y el cumplimiento terapéutico? • ¿Cuál es la asociación entre la cantidad de comorbilidades y la Proporción de Días Cubiertos? • ¿Cuál es la asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico (cumplimiento terapéutico y la Proporción de Días Cubiertos)?	Objetivo General Determinar la asociación entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años a más atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”. Ayacucho, durante el mes de julio a diciembre del año 2025. Objetivos específicos • Determinar la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico. • Determinar la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y la Proporción de Días Cubiertos. • Determinar la asociación entre la cantidad de comorbilidades y el cumplimiento terapéutico. • Determinar la asociación entre la cantidad de comorbilidades y la Proporción de Días Cubiertos. • Determinar la asociación de las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico (cumplimiento terapéutico y la Proporción de Días Cubiertos).	Hipótesis general Existe una asociación significativa entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”. Ayacucho - 2025. Hipótesis específicas • Existe asociación significativa entre la cantidad de medicamentos prescritos y el cumplimiento terapéutico. • Existe asociación significativa entre la cantidad de medicamentos prescritos y la Proporción de Días Cubiertos. • Existe asociación significativa entre la cantidad de comorbilidades y el cumplimiento terapéutico. • Existe asociación significativa entre la cantidad de comorbilidades y la Proporción de Días Cubiertos. • Existe asociación significativa entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico (cumplimiento terapéutico y la Proporción de Días Cubiertos).	Variable 1: Nivel de polifarmacia Dimensión: • Cantidad de medicamentos prescritos. Variable 2: Adherencia al tratamiento farmacológico Dimensiones: • Cumplimiento terapéutico subjetivo. • Cumplimiento en cobertura de días objetivo. • Características sociodemográficas. • Comorbilidades.	Alcance De Investigación Correlacional Diseño De Investigación No experimental, transversal y correlacional Área De Estudio Hospital II en Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” Población: Adultos mayores de 60 años a más del servicio de Medicina Interna. Muestra: Está constituido por 92 pacientes adultos mayores de 60 años a más con diagnóstico de enfermedades crónicas. Técnica: Encuesta y análisis documental. Instrumentos: Cuestionario, matriz de cálculo, ficha de recolección de datos.

Tabla 10

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Polifarmacia y Adherencia con el Test de Morisky	Chi-cuadrado de	18,940 ^a	2	0,001
	Pearson			
	Razón de verosimilitud	17,593	2	0,001
Polifarmacia y Adherencia con la Proporción de Días Cubiertos (PDC)	Chi-cuadrado de	13,844 ^a	2	0,001
	Pearson			
	Razón de verosimilitud	15,477	2	0,001
	N de casos válidos	92		

Hipótesis Planteada:

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe una asociación significativa entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

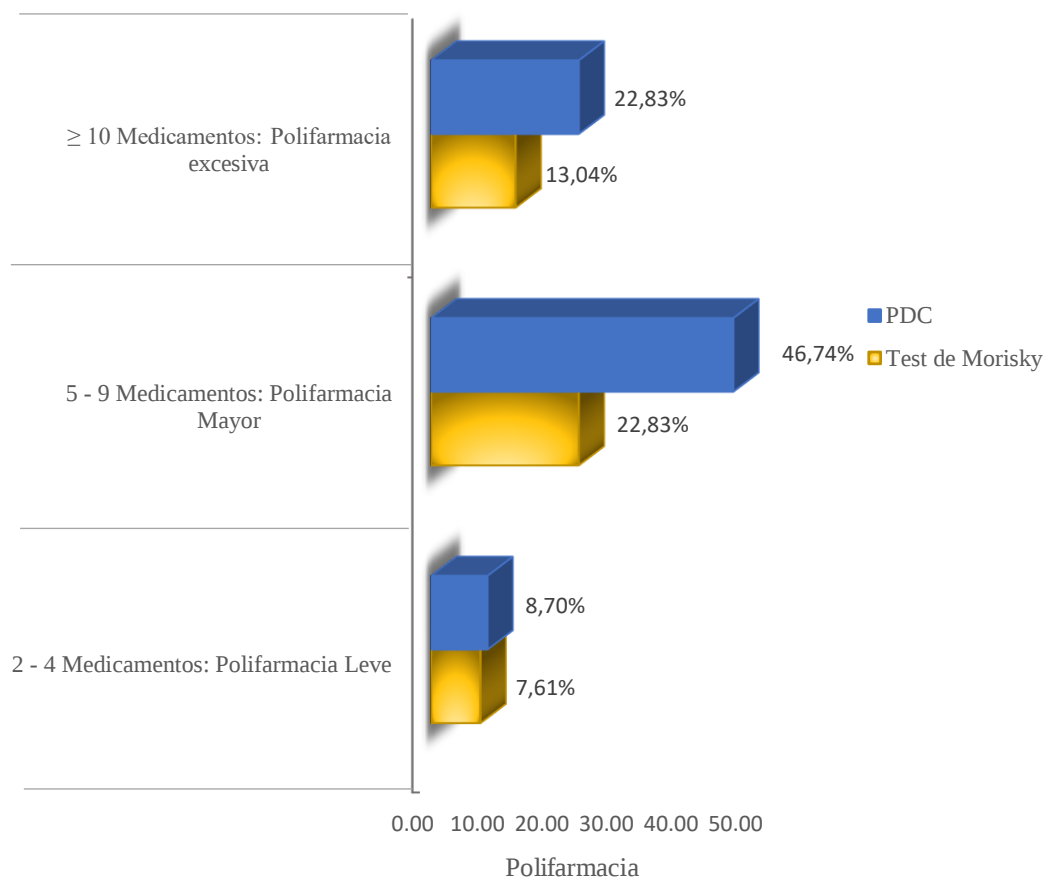
Interpretación del resultado:

- **Polifarmacia y adherencia evaluado con el Test de Morisky:** Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,001$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico medida de forma subjetiva con el Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.
- **Polifarmacia y adherencia evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC):** Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,001$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se

concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento farmacológico medida de forma objetiva con el PDC en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Figura2

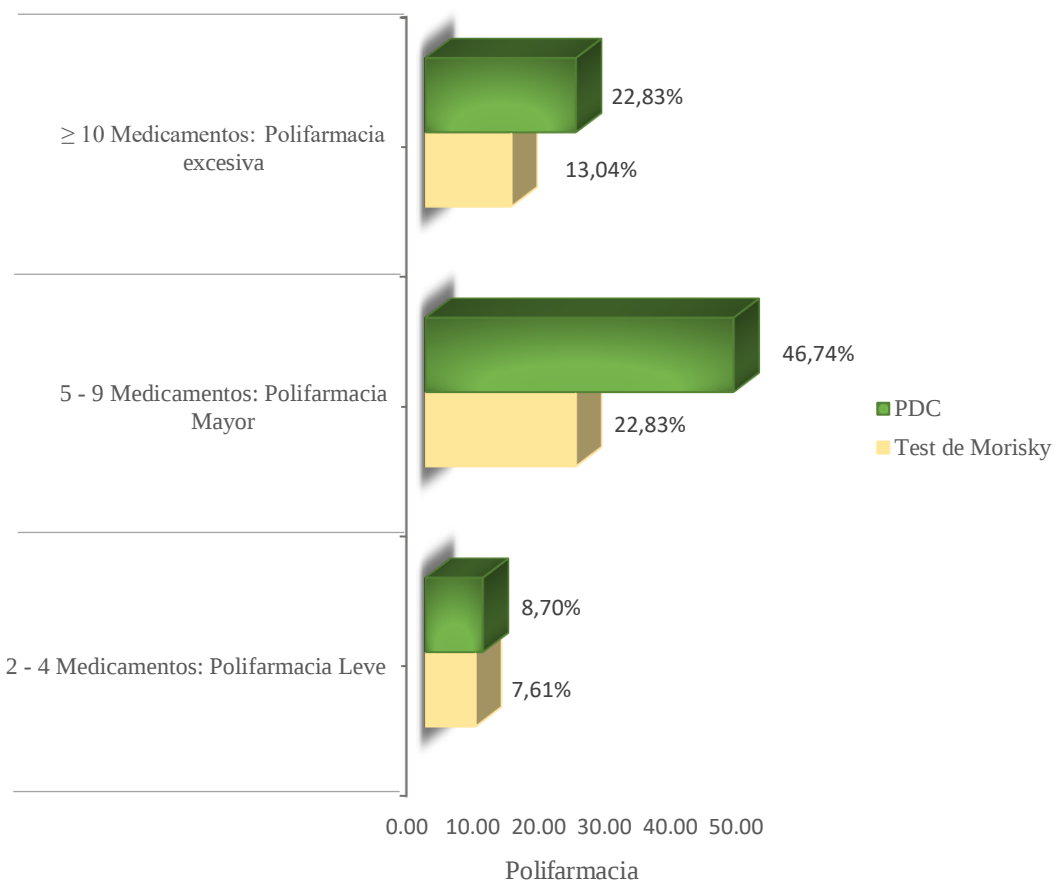
Polifarmacia y pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico medido con Proporción de Días Cubiertos (PDC) y Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.



Nota: Comparación porcentual del no cumplimiento a la Adherencia al tratamiento farmacológico según el nivel de polifarmacia, evaluado de manera objetiva (Proporción de Días Cubiertos – PDC) y de forma subjetiva (Test de Morisky)

Figura3

Polifarmacia y pacientes adherentes al tratamiento farmacológico medido con Proporción de Días Cubiertos (PDC) y Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.



Nota: Comparación porcentual del cumplimiento terapéutico (Adherencia al tratamiento) según el nivel de polifarmacia, evaluado de manera objetiva (Proporción de Días Cubiertos – PDC) y de forma subjetiva (Test de Morisky)

Tabla 11

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la cantidad de medicamentos prescritos y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de Julio a diciembre del 2025.

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Cantidad de medicamentos prescritos y cumplimiento terapéutico (Test de Morisky)	Chi-cuadrado de Pearson	18,940 ^a	2	0,001
	Razón de verosimilitud	17,593	2	0,001
Cantidad de medicamentos prescritos y Proporción de Días Cubiertos (PDC).	Chi-cuadrado de Pearson	13,844 ^a	2	0,001
	Razón de verosimilitud	15,477	2	0,001
N de casos válidos		92		

Hipótesis Planteada:

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre la cantidad de medicamentos prescritos y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre la cantidad de medicamentos prescritos y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación del resultado:

- **Cantidad de medicamentos prescritos y adherencia evaluado con el Test de Morisky:** Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,001$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la cantidad de medicamentos prescritos se asocia de manera significativa con el cumplimiento terapéutico evaluado a través del Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

- **Cantidad de medicamentos prescritos y adherencia evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC):** Tiene una significancia asintónica bilateral de $p = 0,001$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la cantidad de medicamentos prescritos guarda una asociación estadísticamente significativa con el PDC en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Tabla 12

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre las comorbilidades y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Cantidad de comorbilidades y cumplimiento terapéutico (Test de Morisky)	Chi-cuadrado de Pearson	6,762 ^a	2	0,034
	Razón de verosimilitud	6,636	2	0,036
Cantidad de comorbilidades y Proporción de Días Cubiertos (PDC).	Chi-cuadrado de Pearson	3,550 ^a	2	0,170
	Razón de verosimilitud	3,565	2	0,168
N de casos válidos		92		

Hipótesis Planteada:

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre la cantidad de comorbilidades y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre la cantidad de comorbilidades y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación del resultado:

- **Comorbilidades y adherencia evaluado con el Test de Morisky:** Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,034$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre las comorbilidades y el cumplimiento terapéutico valorado con el Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

- **Comorbilidades y adherencia evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC):** Tiene una significancia asintónica bilateral de $p = 0,170$, es un valor superior al nivel de significancia de $p \geq 0,05$. Por lo tanto, se aprueba la hipótesis nula. Por ello, no se logra demostrar una asociación estadísticamente significativa entre las comorbilidades y el cumplimiento medido a través del PDC en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Figura4

Comorbilidades y Proporción de Días Cubiertos (PDC) en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

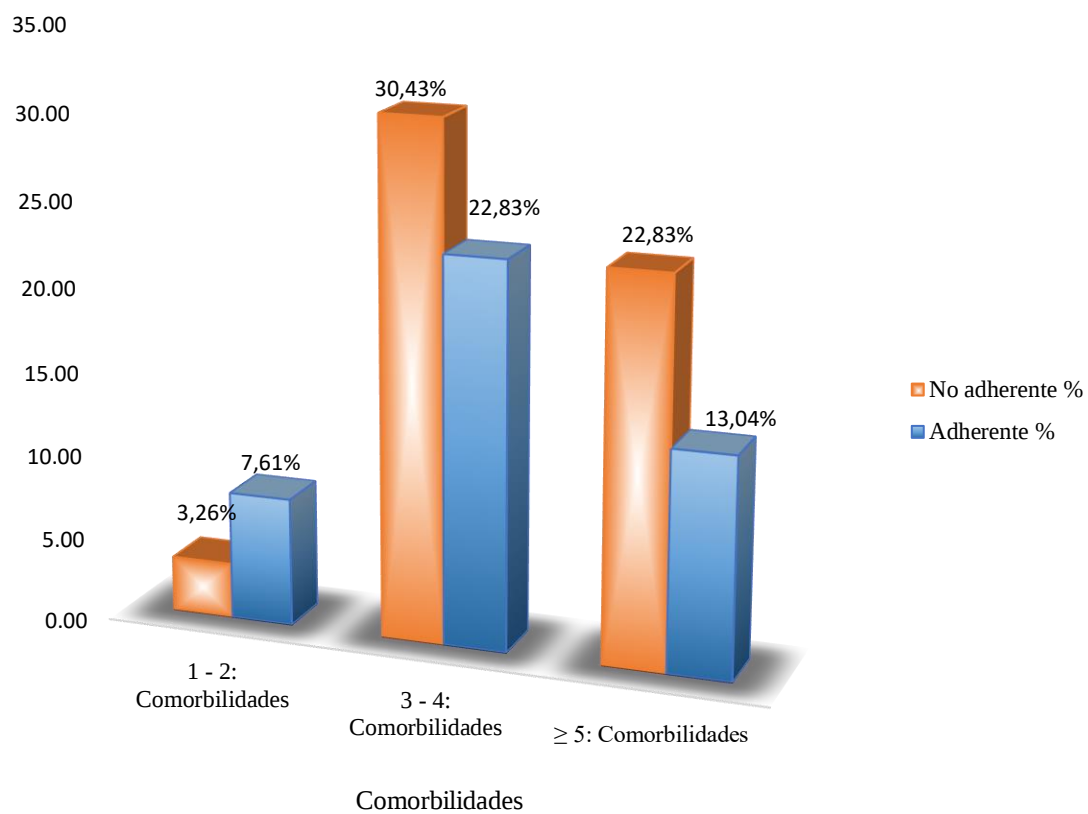


Figura5

Comorbilidades y cumplimiento terapéutico (Test de Morisky) en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppa García Godos” de julio a diciembre del 2025.

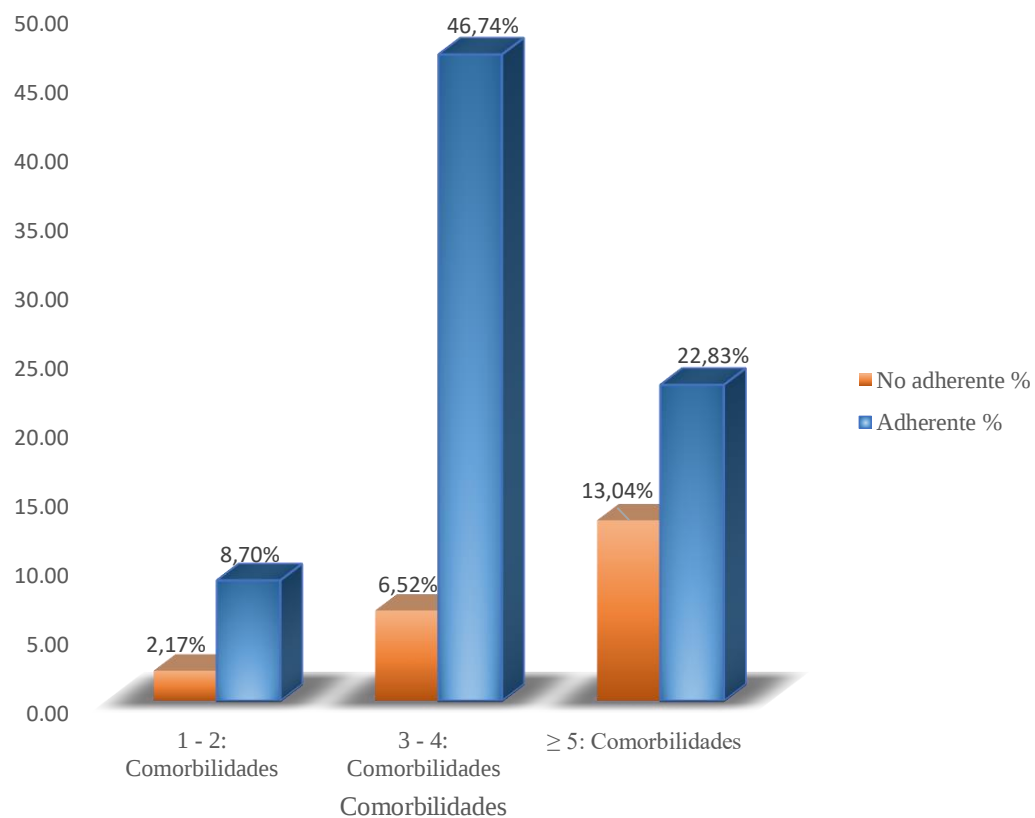


Tabla 13

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la edad agrupada y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC).

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Edad agrupada	Chi-cuadrado de Pearson	0,563	2	0,754
	Razón de verosimilitud	0,564	2	0,754

Hipótesis específica planteada

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre la edad agrupada y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre la edad agrupada y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación de resultados:

Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,754$, es un valor superior al nivel de significancia de $p \geq 0,05$. Por lo tanto, se aprueba la hipótesis nula y se concluye que la edad agrupada no constituye un factor asociado al cumplimiento terapéutico medido mediante el PDC en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Tabla 14

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC).

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Sexo	Chi-cuadrado de Pearson	0,511	1	0,475
	Razón de verosimilitud	0,512	1	0,474

Hipótesis específica planteada

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación de resultados:

Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,475$, es un valor superior al nivel de significancia de $p \geq 0,05$. Por lo tanto, se aprueba la hipótesis nula. Por ello, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y el nivel de cumplimiento evaluado con el PDC en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Tabla 15

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC).

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Grado de instrucción	Chi-cuadrado de Pearson	15,986	3	0,001
	Razón de verosimilitud	16,792	3	0,001

Hipótesis específica planteada

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación de resultados:

Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,001$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Por ello, estos resultados afirman que el grado de instrucción se encuentra significativamente asociado al cumplimiento farmacológico medido a través del PDC en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Tabla 16

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el lugar de procedencia y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con la Proporción de Días Cubiertos (PDC).

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Lugar de procedencia	Chi-cuadrado de Pearson	13,913	1	0,001
	Razón de verosimilitud	16,040	1	0,001

Hipótesis específica planteada

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre el lugar de procedencia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre el lugar de procedencia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación de resultados:

Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,001$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Por ello, nos permite concluir que el lugar de procedencia del paciente guarda una asociación estadísticamente significativa con la Proporción de Días Cubiertos (PDC) en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Tabla 17

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la edad agrupada y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con el Test de Morisky.

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Edad agrupada	Chi-cuadrado de Pearson	1,349	2	0,509
	Razón de verosimilitud	1,210	2	0,546

Hipótesis específica planteada

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre la edad y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre la edad y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación de resultados:

Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,509$, es un valor superior al nivel de significancia de $p \geq 0,05$. Por lo tanto, se aprueba la hipótesis nula y se concluye que la edad agrupada no constituye un factor asociado al cumplimiento terapéutico medido mediante el Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025

Tabla 18

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con el Test de Morisky.

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Sexo	Chi-cuadrado de Pearson	0,701	1	0,403
	Razón de verosimilitud	0,699	1	0,403

Hipótesis específica planteada

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación de resultados:

Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,403$, es un valor superior al nivel de significancia de $p \geq 0,05$. Por lo tanto, se aprueba la hipótesis nula. Por ello, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y el nivel de cumplimiento evaluado con el Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tupia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Tabla 19

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con el Test de Morisky.

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Grado de instrucción	Chi-cuadrado de Pearson	9,842	3	0,020
	Razón de verosimilitud	10,331	3	0,016

Hipótesis específica planteada

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y la adherencia al tratamiento farmacológico. en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación de resultados:

Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,020$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Por ello, estos resultados afirman que el grado de instrucción se encuentra significativamente asociado al cumplimiento farmacológico medido a través del Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Tabla 20

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el lugar de procedencia y la adherencia al tratamiento farmacológico evaluado con el Test de Morisky.

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Lugar de procedencia	Chi-cuadrado de Pearson	13,574	1	0,001
	Razón de verosimilitud	12,129	1	0,001

Hipótesis específica planteada

H₀ (nula): Si el valor de $p \geq 0,05$, indica que no existe asociación significativa entre el lugar de procedencia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

H₁ (Alternativa): Si el valor de $p < 0,05$, concluye que existe asociación significativa entre el lugar de procedencia y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Interpretación de resultados:

Tiene una significancia asintótica bilateral de $p = 0,001$, es un valor inferior al nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Por ello, nos permite concluir que el lugar de procedencia del paciente guarda una asociación estadísticamente significativa con el cumplimiento terapéutico evaluado mediante el Test de Morisky en adultos mayores de 60 años atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos” de julio a diciembre del 2025.

Tabla 21

Distribución de pacientes según número de categorías ATC identificadas en la prescripción farmacológica durante el periodo de estudio.

Nº de categorías ATC	Categorías	Nº pacientes	%
1 categoría	A, C, G o N únicamente	28	30,4%
2 categorías	Combinaciones de A, B, C, G, L, M, N	29	31,5%
3 categorías	Combinaciones de A, B, C, G, H, M, N, R	22	23,9%
4 categorías	Combinaciones de A, B, C, G, H, L, M, N	9	9,8%
5 categorías	A, C, G, M, N / A, B, C, G, N / A, H, L, M, P	4	4,3%
Total		92	100%

Nota: El número de categorías ATC por paciente osciló entre 1 y 5, con una mediana de 2 categorías. El 61,9% de los pacientes presentó entre 1 y 2 categorías ATC, siendo las más frecuentes la categoría C (sistema cardiovascular), A (sistema digestivo y metabolismo)

Anexo 3

Consentimiento informado

Investigador: Tudela Cruz, Robert

Título de la Investigación: Adherencia al tratamiento farmacológico y niveles de polifarmacia en adultos mayores Hospital II Huamanga - 2025.

- **Objetivo del estudio:**

Evaluar la asociación entre adherencia al tratamiento y polifarmacia en adultos mayores, para mejorar la atención médica y farmacéutica.

- **De los procesos:**

Se revisará de manera retrospectiva y prospectiva la información clínica y farmacológica registrada en la historia médica. No se realizará ningún procedimiento adicional ni intervención directa.

- **De los beneficios:**

Los hallazgos permitirán proponer mejoras en la prescripción y dispensación de medicamentos para futuros pacientes.

- **De la confidencialidad:**

La información será anónima y utilizada solo con fines académicos y científicos.

- **De los derechos del participante:**

✓ La participación es voluntaria.

✓ Puede retirarse en cualquier momento, sin afectar su atención.

✓ Puede solicitar información sobre el estudio

- **Consentimiento**

Declaro que he leído y comprendido la información anterior. Acepto participar de forma libre y voluntaria en el estudio.

Firma del participante:.....

Nombre completo:.....

Fecha:.....

Anexo 4*Test de Morisky- Green- Levine*

Responda a la siguiente lista de preguntas

Nº	INTERROGANTES	SÍ	NO
1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos?		
2	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?		

Adherente	Si	No
Resultado		

Fuente: Morisky et al.,1986

Anexo 5

Instrumento - Ficha de recolección de datos de historias clínicas del servicio de Medicina interna.

Nombres y apellidos del paciente (iniciales):.....

DNI:..... Fecha:..... N° de Cuestionario:.....

Fecha de dispensación de medicamentos:.....

Fecha de culminación de recojo de medicamentos:.....

I. Datos Demográficos

Edad:..... Sexo:..... Grado de instrucción:.....

Lugar de procedencia:.....

II. Comorbilidades

Enfermedad crónica	Sí	No
Hipertensión arterial (HTA)		
Diabetes mellitus tipo 2		
Enfermedad renal crónica (ERC)		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)		
Cardiopatía isquémica		
Accidente cerebrovascular (ACV)		
Cáncer		
Otras (especificar)		

III. Numero de medicamentos prescritos

2 – 4 medicamentos ()

5 – 9 medicamentos ()

≥ 10 medicamentos ()

Anexo 6

Autorización del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”.



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

CARTA N° 000040-DIREC-ESSALUD-2026

San Juan Bautista, 26 de Enero del 2026

Señor

ROBERT TUDELA CRUZ

DNI N° 70416424

Presente. –

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Expediente: 0255620250005209.

Referencia: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en atención los documentos de la referencia comunico que el Comité Institucional de Ética en la Investigación de la Red Asistencial Ayacucho, determina que el Proyecto de Investigación cumple con las condiciones para la aprobación para ser ejecutado.

En ese sentido, la Dirección de la Red Asistencial Ayacucho **AUTORIZA LA EJECUCIÓN** del protocolo de investigación titulado **"POLIFARMACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL II HUAMANGA "CARLOS TUPPIA GODOS", AYACUCHO 2025"**.

Condiciones de la aprobación:

El investigador principal se compromete a cumplir con las disposiciones, normativas y procedimientos establecidos por Essalud y el CIEI.

Se deberá presentar informes de avance y un informe final al CIEI.

Es preciso señalar, que el periodo de vigencia de la presente autorización será de **01 año**; a partir del **16 de enero 2026**, en caso expire el plazo establecido para la culminación de su investigación debe solicitar una prórroga al Comité de Ética en Investigación.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

Firmado digitalmente por
WILLIAM FRANCISCO ESPINO VERGARA
DIRECCION RED AYACUCHO
ESSALUD

WFEV

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: 00I9JVT.

www.gob.pe/essalud

Jr. Domingo Cueto N.º 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000

**¡EL PERÚ A TODA
MÁQUINA!**

Anexo 7

Validación del instrumento (Experto Evaluador 1)

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del juez: Yaneth M. Bautista Flores
 1.2. Grado académico /mención: Químico farmacéutico
 1.3. DNI/Teléfono y/o celular: 40545429 Telef. 993037761
 1.4. Cargo e institución donde labora: Q. Farmacéutico - ESSALUD

2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Escala de valoración				
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada y lógica					X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos técnicos.					X
8. COHERENCIA	Entre problema, objetivos, hipótesis con las variables, dimensiones, indicadores e ítems.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					X

CONTEO TOTAL DE MARCAS		A	B	C	D	E
(realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					1	9

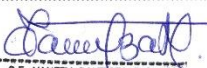
CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{0.98}{1}$

3. OPINION DE APLICABILIDAD: Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa.

CATEGORÍA	INTERVALO
No válido, reformular	[0,20 - 0,40]
No válido, modificar	<0,41 - 0,60]
Válido, mejorar	<0,61 - 0,80]
Válido, aplicar	<0,81 - 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....


 Q.F. YANETH BAUTISTA FLORES
 C.O.P. # 11619
 Hospital II ESALUD Huamanga
 Red Asistencial Ayacucho
 ESALUD
 FIRMA DEL JUEZ

Anexo 8

Validación del instrumento (Experto Evaluador 2)

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del juez : CONISCA Chacras Edith Eurling
 1.2. Grado académico /mención : Maestra en Docencia Universitaria
 1.3. DNI/Teléfono y/o celular : 43958510 - 975931113
 1.4. Cargo e institución donde labora: Docente - UNSCU

2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Escala				
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada y lógica					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					✓
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					✓
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					✓
8. COHERENCIA	Entre problema, objetivos, hipótesis con las variables, dimensiones, indicadores e ítems.					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					✓
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS		A B C D E				
(realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)				1	1	8

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{0.94}{1}$

3. OPINION DE APLICABILIDAD: Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa.

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	☐	[0.20 - 0.40]
No válido, modificar	☐	<0.41 - 0.60]
Válido, mejorar	☐	<0.61 - 0.80]
Válido, aplicar	☒	<0.81 - 1.00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

.....

.....


FIRMA DEL JUEZ

Anexo 9

Validación del instrumento (Experto Evaluador 3)

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del juez : Navarro Vallejos Ana
 1.2. Grado académico /mención : Superior Completo
 1.3. DNI/Teléfono y/o celular : 44161979 / 972224430
 1.4. Cargo e institución donde labora: Médica Intensivista - UCI/UCIU
 2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN Cssawd

INDICADORES	CRITERIOS	EVALUACIÓN				
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada y lógica					X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					X
8. COHERENCIA	Entre problema, objetivos, hipótesis con las variables, dimensiones, indicadores e ítems.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					X

CONTEO TOTAL DE MARCAS		A	B	C	D	E
(realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					3	1

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \frac{0.94}{1}$

3. OPINION DE APLICABILIDAD: Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa.

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	☐	[0,20 - 0,40]
No válido, modificar	☐	<0,41 - 0,60]
Válido, mejorar	☐	<0,61 - 0,80]
Válido, aplicar	☒	<0,81 - 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

Ana C. Navarro Vallejos
 MEDICINA INTENSIVA
 CNA N° 088780 - RNE 049908
 FIRMA DEL JUEZ

Tabla 22
Prueba de Validez V de Aiken.

	Claridad	Objetividad	Actualidad	Organización	Suficiencia	Pertinencia	Consistencia	Coherencia	Metodología	Aplicación
Juez 1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Juez 2	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5
Juez 3	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
Juez 1	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Juez 2	1,00	0,50	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Juez 3	0,75	0,75	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Total	0,83	0,75	0,83	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
V Aiken	0,94									

Intervalos	Significado
0,00 – 0,49	Validez Nula
0,50 - 0,59	Validez muy baja
0,60 - 0,69	Validez baja
0,70 - 0,79	Validez aceptable
0,80 - 0,89	Validez buena
0,90 - 1,00	Validez muy buena

Conclusión: El instrumento muestra una validez del 0,94 significando que la validez es muy buena, considerándose apto para su aplicación.

Anexo 10

Confiabilidad del Instrumento

Pacientes	Ítems del cuestionario del Test de Morisky			
	M1	M2	M3	M4
	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos?	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?	Si alguna vez se sienta mal ¿deja de tomarla?
P1	1	1	1	1
P2	1	1	1	1
P3	1	1	1	1
P4	1	1	1	1
P5	1	1	1	1
P6	1	1	1	1
P7	1	1	1	1
P8	1	1	1	1
P9	1	1	1	1
P10	1	1	1	1
P11	1	1	1	1
P12	1	1	1	1
P13	1	1	1	1
P14	1	1	1	1

Estadísticas de Fiabilidad	
Estadístico	Valor
Alfa de Cronbach	0,713
Número de ítems	4

Escala de confiabilidad	
Rango	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy baja

Anexo 11

Evidencia fotográfica del proceso de recolección de datos de los pacientes adultos mayores de Medicina interna.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
RESOLUCIÓN DECANAL N° 0353-2026-UNSCH-FCSA-D

BACHILLER:

ROBERT TUDELA CRUZ,

En la ciudad de Ayacucho, siendo las tres de la tarde del día seis del mes de junio del año dos mil veintiséis, se reunieron en el aula J-201, los docentes miembros del jurado evaluador, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: **Polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga "Carlos Tupppia García Godos". Ayacucho, 2025**, presentado por el bachiller **Robert TUDELA CRUZ**; para optar el título profesional de Químico farmacéutico. Los miembros del jurado de sustentación conformado por:

Presidente (delegado por el Decano) :	Prof. Edwin Carlos Enciso Roca
	: Prof. Edwin Carlos Enciso Roca
	: Prof. Nancy Victoria Castilla Torres
4to jurado	: Prof. Osmar Héctor Huaraca Cárdenas
Asesor	: Prof. Pablo Williams Común Ventura
Secretaria Docente	: Prof. Edith Eveling Conislla Cáceres

Con el quorum de reglamento se dio inicio la sustentación de tesis, como acto inicial el presidente de la comisión pide a la secretaria docente dar lectura a los documentos presentados por los recurrentes y da algunas indicaciones a la sustentante.

Acto seguido inicia la exposición el bachiller **Robert TUDELA CRUZ**, una vez finalizado, el presidente de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, seguidamente se da pase al asesor de tesis, para que pueda aclarar algunas preguntas, interrogantes.

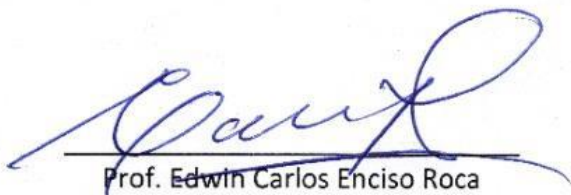
El presidente invita a la sustentante a abandonar el auditorio para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FINAL

JURADOS	Texto	Exposición	Preguntas	P. final
Prof. Edwin Carlos Enciso Roca	17	17	17	17
Prof. Nancy Victoria Castilla Torres	18	18	18	18
Prof. Osmar Héctor Huaraca Cárdenas	17	17	17	17
PROMEDIO FINAL				17

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar al bachiller **Robert TUDELA CRUZ**; quien obtuvo la nota final de

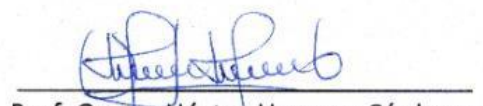
diecisiete (17), por el cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las cinco de la tarde, se da por concluido el presente acto académico.



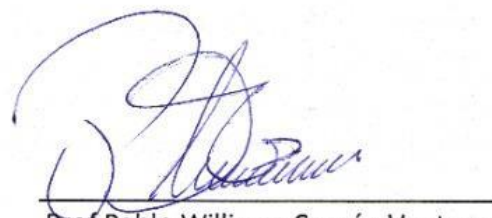
Prof. Edwin Carlos Enciso Roca
Presidente - Miembro



Prof. Nancy Victoria Castilla Torres
Miembro



Prof. Osmar Héctor Huaraca Cárdenas
Miembro



Prof Pablo Williams Común Ventura
Asesor



Prof. Edith E. Conislla Cáceres
Secretaria docente

**UNSCH****FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD****ESCUELA PROFESIONAL DE
FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

El Instructor en Segunda Instancia, en virtud de la RCU N° 039 – 2021 – UNSCH – CU, y en calidad de Director de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, emite la presente

CONSTANCIA

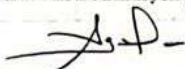
DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A Robert Tudela Cruz, Bachiller de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Facultad de Ciencias de la Salud, en mérito a que la tesis titulada: Polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”. Ayacucho, 2025; ha alcanzado un índice de similitud de 17 % (diecisiete por ciento); cumpliendo satisfactoriamente lo establecido en el Art. 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga mediante el uso del SOFTWARE TURNITIN.

En tal sentido, se emite la presente constancia en señal de conformidad.

Ayacucho, 07 de julio de 2026

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica


Dr. Enrique Javier Aguilar Felices
Director

Firmado
digitalmente por

Enrique Javier
Aguilar Felices

Fecha:

2026.07.07

18:50:30 -05'00'

CONSTANCIA N° 014 - 2026

Polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital II Huamanga “Carlos Tuppia García Godos”. Ayacucho, 2025

por Robert TUDELA CRUZ

Polifarmacia y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores atendidos en el ser Medicina Interna del Hospital II Huamanga "Carlos Tuppia García Godos". Ayacucho, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUD

FUENTES PRIMARIAS

1 Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

2 Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

3 hdl.handle.net

Fuente de Internet

4 repositorio.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

5 repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

6 Bustinza Vargas, Juana Victoria. "Influencia de las Tecnologías del Aprendizaje - Conocimiento - TAC en el proceso aprendizaje de los estudiantes de la Escuela Profesional de Trabajo Social - UNA - Puno 2019 - I", Universidad Nacional del Altiplano de Puno (Perú) 2019, Puno, Perú. Publicación

7 api-repositorio.unapiquitos.edu.pe

Fuente de Internet

8 repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

9 Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego 2025

Trabajo del estudiante

10 repositorio.untumbes.edu.pe

Fuente de Internet

11 editorialibkn.com

Fuente de Internet

12 revistas.upch.edu.pe

Fuente de Internet

13 pglt.aulavirtualusmp.pe

Fuente de Internet

14 repositorio.usanpedro.edu.pe

Fuente de Internet

-
- 15 www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co
Fuente de Internet
-
- 16 Submitted to D.A. de Medicina Humana
Trabajo del estudiante
-
- 17 ru.dgb.unam.mx
Fuente de Internet
-
- 18 repositorio.upao.edu.pe
Fuente de Internet
-
- 19 repositorio.unap.edu.pe
Fuente de Internet
-
- 20 Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez
Trabajo del estudiante
-
- 21 alicia.concytec.gob.pe
Fuente de Internet
-
- 22 repositorio.ucv.edu.pe
Fuente de Internet
-
- 23 mapaprocesos.esecarmenemiliaospina.gov.co
Fuente de Internet
-
- 24 virtual.urbe.edu
Fuente de Internet
-
- 25 repositorio.unac.edu.pe
Fuente de Internet
-
- 26 Submitted to Columbus State Community College
Trabajo del estudiante
-
- 27 repositorio.upse.edu.ec
Fuente de Internet
-
- 28 repositorio.upt.edu.pe
Fuente de Internet
-
- 29 www.researchgate.net
Fuente de Internet
-
- 30 Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista
Trabajo del estudiante
-
- 31 repositorio.colmex.mx
Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo