

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIÓN COGNITIVA EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

DESCRIPTIVE STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN THERAPEUTIC ADHERENCE AND COGNITIVE FUNCTION IN NON-INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS FROM OCCUPATIONAL THERAPY



Susana Sáez-Gutiérrez*

Lic. Terapeuta Ocupacional. PDI Universidad de Salamanca. Departamento Enfermería y Fisioterapia. Máster Universitario en Terapia Ocupacional en Neurología Universidad Miguel Hernández, Sant Joan D'Alacant. España. Investigadora Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Presidenta del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Castilla y León (COPTOCYL). España. ORCID: 0009-0002-1943-9446.

Correo electrónico de contacto

susanasa@usal.es

*persona autora para correspondencia



Eduardo-José Fernández-Rodríguez

Terapeuta Ocupacional. Doctor por la USAL. Servicio de Oncología Médica Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Profesor de la Universidad de Salamanca. Investigador Área Cáncer. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). España. ORCID: 0000-0002-2175-8545.



Celia Sánchez-Gómez

Terapeuta Ocupacional. Doctora por la USAL. Profesora de la Universidad de Salamanca. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Salamanca. Investigadora Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). España. ORCID: 0000-0002-1196-816X.

Objetivos: analizar la relación entre la adherencia terapéutica, la edad y el estado cognitivo en adultos mayores no institucionalizados. **Método:** estudio descriptivo observacional transversal con 101 adultos mayores de más de 60 años de Salamanca, España. Se evaluaron la adherencia terapéutica con el cuestionario ARMS-e y la función cognitiva mediante el MoCA test. Se recogieron datos sociodemográficos como género, estado civil y nivel educativo. Se utilizaron correlaciones de Pearson y Spearman y un análisis de regresión lineal para analizar la relación entre variables. **Resultados:** la correlación entre la edad y la adherencia terapéutica fue débil ($r = 0.132$), sugiriendo que la edad no afecta significativamente la adherencia. Sin embargo, se observó una correlación negativa moderada entre la función cognitiva y la adherencia terapéutica ($r = -0.503$), indicando que un mejor estado cognitivo está asociado con mayor adherencia. El género fue una variable significativa, con las mujeres mostrando mayor adherencia. No se encontró relación significativa con el nivel educativo ni el estado civil. **Conclusión:** la función cognitiva es un factor clave en la adherencia terapéutica. Los resultados sugieren que futuras investigaciones con diseños longitudinales y muestras más amplias son necesarias.

Objective: To analyze the relationship between therapeutic adherence, age, and cognitive status in non-institutionalized older adults. **Methods:** A cross-sectional observational descriptive study with 101 older adults over 60 years old from Salamanca, Spain. Therapeutic adherence was assessed using the ARMS-e questionnaire, and cognitive function was evaluated with the MoCA test. Sociodemographic data such as gender, marital status, and educational level were collected. Pearson and Spearman correlations, as well as a linear regression analysis, were used to examine the relationship between variables. **Results:** The correlation between age and therapeutic adherence was weak ($r = 0.132$), suggesting that age does not significantly affect adherence. However, a moderate negative correlation was observed between cognitive function and therapeutic adherence ($r = -0.503$), indicating that better cognitive status is associated with higher adherence. Gender was a significant variable, with women showing greater adherence. No significant relationship was found with educational level or marital status. **Conclusion:** Cognitive function is a key factor in therapeutic adherence. The results suggest that future research with longitudinal designs and larger samples is necessary.

DeCS Terapia Ocupacional; Envejecimiento Saludable **MeSH** Occupational Therapy; Healthy Aging **Palabras claves** Adherencia terapéutica; Función Cognitiva; Edad; Adultos Mayores **Keywords** Therapeutic Adherence; Cognitive Function; Age; Older Adults

Texto recibido:

09/04/2025

Texto aceptado:

29/05/2025

Texto publicado:

30/05/2025

Derechos de persona autora



COTOGA
COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que plantea grandes desafíos para los sistemas sanitarios, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas y en la promoción de la adherencia terapéutica. Según la Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾, se prevé que el número de personas mayores de 60 años aumente a 2.1 mil millones para 2050, lo que genera una creciente demanda de atención médica para tratar diversas condiciones de salud asociadas con la edad. A pesar de los avances clínicos y las terapias no farmacológicas, la adherencia a los regímenes terapéuticos sigue siendo un problema crítico, especialmente en la población adulta mayor ⁽²⁾.

La adherencia terapéutica, entendida como el grado en que una persona sigue las recomendaciones del personal facultativo, tiene un impacto directo en los resultados de salud. Sin embargo, en los adultos mayores, este comportamiento se ve afectado debido a diversas barreras. Estudios revelan que la adherencia terapéutica en esta población varía entre el 40% y el 50%, lo que puede ser atribuido a múltiples factores como el deterioro cognitivo, la polifarmacia y las barreras socioeconómicas ⁽³⁻⁵⁾. El deterioro cognitivo, especialmente en pacientes con demencia o problemas de memoria, ha sido identificado como uno de los factores que más afecta la adherencia ⁽⁶⁻⁸⁾. De hecho, un buen estado cognitivo se asocia con una mayor adherencia, mientras que las dificultades cognitivas pueden dificultar el seguimiento de los tratamientos prescriptos ⁽⁹⁾.

Otro factor relevante en la adherencia terapéutica es la polifarmacia, característica frecuente en los adultos mayores. La necesidad de tomar múltiples medicamentos, a menudo para tratar diversas comorbilidades, aumenta la complejidad del régimen terapéutico y el riesgo de errores en la administración ⁽¹⁰⁾. Además, los efectos secundarios de los medicamentos y las interacciones entre fármacos también pueden ser obstáculos importantes para la adherencia ⁽¹¹⁾. La evidencia sugiere que, en este contexto, las intervenciones terapéuticas deben ser adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente para garantizar un mayor cumplimiento ⁽¹²⁾.

Por otro lado, los factores socioeconómicos también juegan un papel crucial en la adherencia a los tratamientos. Las barreras económicas, como la falta de recursos para acceder a medicamentos o servicios de salud, son comunes en la población mayor y limitan la capacidad de los pacientes para cumplir con los tratamientos ^(13,14). Asimismo, las barreras emocionales y sociales, como la depresión y el aislamiento, pueden agravar la situación y hacer que los pacientes no sigan sus terapias de manera efectiva ^(15,16).

La falta de adherencia terapéutica también impacta directamente en la efectividad de las intervenciones de terapia ocupacional. Cuando las personas usuarias no siguen las pautas establecidas en el plan terapéutico —como la práctica constante de actividades funcionales, el uso adecuado de ayudas técnicas o la implementación de rutinas adaptadas— se limita significativamente el avance hacia los objetivos de rehabilitación. Esto obliga a reajustes frecuentes en la intervención, reduce la eficacia del proceso terapéutico y, en muchos casos, puede generar frustración tanto en el profesional como en el paciente. Además, la baja adherencia puede debilitar la relación terapéutica y disminuir la participación activa del usuario, elemento esencial en el enfoque centrado en la persona que guía la práctica ocupacional.

En este contexto, la intervención de las y los terapeutas ocupacionales tienen un papel clave en mejorar la adherencia terapéutica. Como señalan Montenegro et al.⁽¹⁷⁾, un enfoque colaborativo entre el terapeuta ocupacional, el paciente y su familia puede ayudar a superar barreras individuales y mejorar la adherencia a los tratamientos. Además, Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino⁽¹⁸⁾ destacan que las estrategias para mejorar la adherencia deben ser integrales y abordar tanto los factores médicos como los socioeconómicos y emocionales. La personalización de los tratamientos, el uso de recordatorios y el acompañamiento emocional son intervenciones que pueden mejorar significativamente el cumplimiento terapéutico.

Autores como Díaz Porto Robles⁽¹⁹⁾ subraya la necesidad de un apoyo emocional y educativo para abordar las barreras psicológicas que enfrentan los pacientes mayores, dado que la falta de conocimiento o la falta de confianza en el tratamiento pueden disminuir la adherencia. Los y las terapeutas ocupacionales, por su formación y habilidades, están especialmente capacitados para intervenir de manera holística y personalizada, ayudando a los pacientes a superar estos obstáculos.

Para finalizar, destacar que el presente estudio es relevante debido a que investiga la asociación entre la edad y/o el deterioro cognitivo y la adherencia terapéutica en población adulta mayor, un aspecto que ha recibido atención limitada en la literatura científica. La identificación y comprensión de esta relación es fundamental para optimizar las intervenciones clínicas, ya que el deterioro cognitivo puede comprometer significativamente la capacidad del paciente para seguir correctamente los regímenes terapéuticos. Esta investigación contribuye a



fundamentar estrategias de intervención más específicas y basadas en evidencia, particularmente en el ámbito de la terapia ocupacional, donde la personalización y adaptación de los tratamientos a las capacidades cognitivas individuales resultan esenciales para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida.

Hipótesis de trabajo

El deterioro cognitivo y la edad avanzada están negativamente asociados con la adherencia terapéutica, mientras que un buen estado cognitivo puede mitigar el impacto de la edad.

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la adherencia terapéutica, la edad y el estado cognitivo en personas mayores no institucionalizadas.

MÉTODOS

Tipo de investigación y diseño

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal con personas mayores no institucionalizadas mayores de 60 años, que viven en la ciudad de Salamanca, España. Las personas participantes fueron reclutadas en el programa de terapia ocupacional, perteneciente al Proyecto de Revitalización Geriátrica, organizado por la Universidad de Salamanca en colaboración con el Ayuntamiento de Salamanca. Dicho programa está dirigido a la prevención y mantenimiento de autonomía en personas mayores sin deterioro cognitivo mediante una intervención cognitiva basada en cognición cotidiana. La recogida de datos se realizó en el 2023.

Población a estudio

La población diana son personas mayores de 60 años sin deterioro cognitivo que de manera voluntaria aceptan participar en el programa de terapia ocupacional. Siendo un total de once centros de mayores donde se desempeña dicho programa. Los y las participantes recibieron una hoja de información explicada en lenguaje sencillo y firmaron el consentimiento informado antes de realizar la entrevista inicial, en la cual se recogieron los datos sociodemográficos y se evaluaron la adherencia terapéutica y la función cognitiva. Se han incluido a todos los y las participantes que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Tener una edad igual o mayor de 60 años.
- Firmar de manera voluntaria el consentimiento informado acerca del proyecto, autorizando su participación.
- Realizar la valoración inicial.

Criterios de exclusión

- No tener conocimientos de lecto-escritura o déficit importante en la comprensión del lenguaje.
- Persona institucionalizada.
- Presentar diagnóstico clínico de deterioro cognitivo y/o trastornos psiquiátricos según el DSM-V.
- No completar valoración inicial.

Procedimiento

Todas las personas participantes fueron evaluadas por investigadores e investigadoras terapeutas ocupacionales expertos y expertas en la materia y previamente formados y formadas. Los y las investigadores desconocían el objetivo del estudio en el momento de la administración. Las personas participantes también fueron cegadas sobre la hipótesis y expectativas del estudio. Las personas responsables del análisis estadístico también fueron cegadas, con el objetivo de aumentar el rigor y la calidad científica del estudio, disminuyendo posibles sesgos.

En el presente trabajo tomaremos en cuenta los sub-items contemplados del FIM motor, como se mencionó anteriormente, el total de la escala FIM es de 126 puntos, pero al considerar solo el FIM motor, el total del puntaje se calcula sobre 91 puntos.



Variables del estudio

El estudio cuenta con las siguientes variables:

1. Variable dependiente: la adherencia terapéutica, valorada por el cuestionario ARMS-e es una versión adaptada al español del cuestionario ARMS que es adecuada para la medida de la adherencia en pacientes mayores. Su estructura facilita un abordaje multidimensional de la falta de adherencia permitiendo individualizar posibles intervenciones en función de las barreras detectadas en cada paciente. Esta escala incluye ítems que valoran la consistencia en la toma de medicamentos, tales como seguir la dosis y los horarios indicados, así como la continuidad en el tratamiento sin interrupciones. También evalúa la adherencia a la adquisición de medicamentos, considerando la renovación puntual de recetas y la capacidad del paciente para acceder a los fármacos, identificando posibles barreras económicas o logísticas. Además, el ARMS-e explora aspectos relacionados con el olvido y la organización del tratamiento, incluyendo la dificultad para recordar tomar medicamentos o la complejidad de manejar regímenes con múltiples fármacos. La escala también aborda factores que pueden influir en la adherencia, como efectos secundarios, problemas de comprensión de las indicaciones médicas, y la falta de apoyo social o emocional. Tiene un tiempo de administración promedio de 5 a 10 minutos. Presenta propiedades psicométricas sólidas, con alta fiabilidad interna ($\alpha > 0.80$) y validez demostrada en poblaciones con enfermedades crónicas. Otros estudios destacan un coeficiente alfa de Cronbach de 0.428, indicando una consistencia interna limitada. La fiabilidad test-retest mostró un coeficiente kappa de 0.627 ($p > 0.001$), sugiriendo una concordancia moderada en las respuestas al cuestionario en diferentes momentos (20).
2. Variables independientes
 - a. Edad: recogida en la entrevista como variable cuantitativa discreta.
 - b. La función cognitiva se midió mediante "The Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA test). Esta prueba evalúa las diferentes funciones cognitivas básicas (evaluando funciones ejecutivas, atención, abstracción, memoria, lenguaje, capacidades viso-constructivas, cálculo y orientación), como cribado del deterioro cognitivo leve de la población mayor de 60 años. El tiempo de administración es de 10 minutos. La consistencia interna es buena (α de Cronbach 0,772), la fiabilidad interevaluador muy buena (coeficiente de correlación de Spearman 0,846 [$p < 0,01$]) y la fiabilidad intraevaluador (test-retest) fue 0,922 bilateral ($p < 0,001$) (21).
3. Variables intervinientes: género, estado civil y nivel de estudios; recogidos en la entrevista inicial como variables cualitativas.

Cálculo del tamaño muestral

El tamaño muestral se determinó mediante un planteamiento unilateral para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 10%. Los datos poblacionales se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), que estimó una población de aproximadamente 327,120 habitantes en la provincia de Salamanca, de los cuales el 27.48% tenía 65 años o más (alrededor de 89,800 personas). Se asumió una proporción esperada (p) de 0.5 para garantizar la máxima variabilidad. Con estos parámetros, el tamaño muestral calculado fue de 96 participantes. El cálculo se realizó utilizando el programa Epidat 4.2.

Análisis de datos

Las características de los participantes se describieron según el tipo de variable. Para las variables cuantitativas con distribución normal ($p > 0.05$), se presentaron la media y la desviación estándar, mientras que para aquellas sin distribución normal ($p < 0.05$), se utilizaron la mediana y el rango intercuartílico. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%).

La prueba de Kolmogorov-Smirnov se empleó para verificar la normalidad de las variables cuantitativas (edad, adherencia terapéutica y función cognitiva). La relación entre la adherencia terapéutica y las variables edad y función cognitiva se analizó mediante la correlación de Spearman si alguna de las variables no presentaba distribución normal, y mediante la correlación de Pearson si ambas seguían una distribución normal. La relación entre las variables categóricas (género, nivel educativo y estado civil) y la adherencia terapéutica se evaluó mediante un modelo de regresión lineal simple, utilizando ANOVA para determinar la significación del modelo.

Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0.05$, con un intervalo de confianza del 95%. El análisis de los datos se realizó con el software IBM SPSS Statistics versión 28.0.1. estadístico IBM SPSS Statistics versión 28.0.1.



Consideraciones éticas

El presente estudio cumple con los aspectos éticos establecidos por la Declaración de Helsinki, ha sido aprobado por el comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Salamanca con el número de registro: 902. La participación de las personas es voluntaria, tras haber recibido información con los objetivos del estudio de manera detallada y haber firmado el consentimiento informado. Toda la información utilizada durante este estudio se tratará de manera estrictamente confidencial de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos y normativa complementaria.

RESULTADOS

Resultados descriptivos sociodemográficos

La muestra final del estudio asciende a 101 personas mayores (n=101), con una edad media de 77.0 ± 6.0 siendo un 85,1% mujeres. En la muestra podemos observar que la mayor parte de los participantes tenían completos los estudios primarios (52,5%) (en España estos estudios obligatorios incluían conocimientos de: lectura, escritura, matemáticas básicas, geografía, historia, higiene y religión.). Un alto porcentaje (43,6%) corresponde a personas viudas, continuando por personas casadas (42,6%).

Resultados de la edad y la adherencia terapéutica

Al relacionar la edad y la adherencia terapéutica encontramos un Coeficiente de correlación de Pearson de 0,132 (r = 0.132). Debido a que el coeficiente es cercano a 0, la asociación entre estas dos variables es mínima. Por ello, el valor indica una relación positiva muy débil entre la edad de los participantes y la adherencia terapéutica.

Por lo que se puede concluir que no se encontró evidencia suficiente para afirmar que existe una relación significativa entre la edad de los participantes y su adherencia terapéutica.

Resultados de la función cognitiva y la adherencia terapéutica

Al analizar la relación entre la función cognitiva y la adherencia terapéutica, se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de -0.503 (r = -0.503), evidenciando una correlación negativa moderada entre ambas variables.

Este resultado indica que a medida que aumenta el puntaje en la prueba de función cognitiva (MoCA), los puntajes de adherencia terapéutica tienden a disminuir, reflejando una mayor adherencia. El valor de p < 0.01 confirma que esta asociación es estadísticamente significativa, lo que sugiere que la relación observada no se

Tabla 1. Características de los participantes del estudio (n=101).

	Total (n=101)	Kolmogorov-Smirnov (p value)
Edad, media (±DE)	76.98±6.0	0.024
Género, n (%)		
Mujer	86 (85.1%)	
Hombre	15 (14.9%)	
Nivel Educativo, n (%)		
Ninguno	5 (5%)	
Primarios	53 (52.5%)	
Secundarios	13 (12.9%)	
Superiores	30 (29.7%)	
Estado Civil, n (%)		
Soltero	8 (7.8%)	
Casado	43 (42.6%)	
Viudo	44 (43.6%)	
Divorciado	4 (4%)	
Otro	2 (2%)	
MOCA media (±DE)	23.1±4,5	.001
ARMS-E media (±DE)	15.2±3,4	<.001

Nota: Elaboración propia.

Tabla 2. Relación de la adherencia terapéutica con las variables independientes e intervinientes.

Variable	Media ± DE / n (%)	Coefficiente de Pearson (r)	p-valor	Interpretación
Edad (años)	76.98 ± 6.03	0.132	0.187	Relación positiva muy débil, no significativa.
Función cognitiva (MOCA)	23.1 ± 4.5	-0.503	<0.001	Relación negativa moderada y significativa; mejor función cognitiva se asocia con mayor adherencia.
Género				
<i>Femenino</i>	86 (85.1%)		0.021	Relación significativa; mayor adherencia promedio en un género específico.
<i>Masculino</i>	15 (14.9%)			



debe al azar y que una mejor función cognitiva se asocia con una mayor adherencia terapéutica en esta muestra.

Relación entre otras variables sociodemográficas y la adherencia terapéutica

El análisis de regresión lineal mostró que el modelo general es estadísticamente significativo ($F = 2.902$, $p = 0.039$), indicando que las variables género, nivel educativo y estado civil explican una proporción de la variabilidad en la adherencia terapéutica mayor que la esperada por azar. Sin embargo, el coeficiente de determinación ($R^2 = 0.082$) sugiere que el modelo explica solo el 8.2% de la variabilidad total.

Nivel educativo		Beta	p	Relación no significativa; el nivel educativo no influye claramente en la adherencia.
<i>Ninguno</i>	5 (5%)			
<i>Primaria</i>	53 (52.5%)			
<i>Secundaria</i>	13 (12.9%)			
<i>Superior</i>	30 (29.7%)			
Estado civil		Beta	p	Relación no significativa; el estado civil no influye claramente en la adherencia.
<i>Soltero</i>	8 (7.8%)			
<i>Casado</i>	43 (42.6%)			
<i>Viudo</i>	44 (43.6%)			
<i>Divorciado</i>	4 (4%)			
<i>Otro</i>	2 (2%)			
Adherencia terapéutica (ARMS-E)	15.2 ± 3.4			Media general de adherencia terapéutica en la muestra.

Nota: Elaboración propia.

Entre las variables predictoras, el género de los y las participantes presentó un efecto significativo ($B = 3.638$, $Beta = 0.235$, $p = 0.021$), señalando un impacto moderado en la adherencia terapéutica, con un incremento promedio de 3.638 puntos en la escala de adherencia asociado a un género específico. Por otro lado, ni el nivel educativo ($B = -0.682$, $p = 0.232$) ni el estado civil ($B = -0.444$, $p = 0.531$) demostraron relaciones significativas con la adherencia terapéutica, sugiriendo una contribución poco relevante de estas variables en este contexto.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio proporcionan una visión relevante sobre los factores que impactan la adherencia terapéutica en personas mayores no institucionalizadas destacando la función cognitiva como un predictor significativo en la adherencia a tratamientos médicos. La correlación negativa moderada entre la función cognitiva y la adherencia terapéutica ($r = -0.503$) sugiere que una mejor función cognitiva está asociada con una mayor adherencia a los tratamientos, lo cual es consistente con investigaciones previas. Romero-Ortuno et al. ⁽⁸⁾ encontraron que los pacientes con mayor puntuación en evaluaciones cognitivas presentaban mejor adherencia a sus regímenes terapéuticos, lo que refuerza la idea de que las capacidades cognitivas facilitan la comprensión y el seguimiento de las instrucciones médicas. De manera similar, Unützer et al. ⁽¹⁴⁾ señalaron que el deterioro cognitivo está estrechamente vinculado a una disminución en la adherencia a tratamientos crónicos, lo cual sugiere que el estado cognitivo debe ser evaluado regularmente para optimizar la adherencia.

Nuestro estudio también coincide con los hallazgos de Haynes et al. ⁽⁵⁾, quienes, en una revisión sobre adherencia a tratamientos, indicaron que las personas con mejores capacidades cognitivas tienen mayor probabilidad de seguir las indicaciones médicas y, por tanto, mejorar los resultados de salud. Además, como señalan García-Casares et al. ⁽⁹⁾, los cambios cognitivos que se experimentan con la edad pueden afectar directamente la capacidad de las personas mayores para cumplir con los tratamientos médicos, por lo que evaluar de forma continua la función cognitiva es esencial para diseñar estrategias efectivas de adherencia.

En cuanto a la relación entre la edad y la adherencia, nuestros resultados muestran un coeficiente de correlación muy débil ($r = 0.132$), lo que indica que la edad por sí sola no es un factor determinante para la adherencia terapéutica. Esto coincide con estudios previos, como el de Márquez-González et al. ⁽¹²⁾, quienes encontraron que factores como el apoyo social y el estado de salud percibido tienen un mayor impacto en la adherencia que la edad cronológica en sí. Este hallazgo refuerza la idea de que, aunque el envejecimiento conlleva ciertos cambios fisiológicos y cognitivos, no todos los adultos mayores enfrentan las mismas dificultades para adherirse a los tratamientos, dependiendo de factores adicionales, como el apoyo social o la motivación personal.



El impacto significativo del género en la adherencia terapéutica, observado en este estudio, también coincide con investigaciones previas. Angadi et al.⁽¹³⁾ documentaron que las mujeres tienden a mostrar una mayor adherencia terapéutica a los tratamientos, lo que podría estar relacionado con una mayor percepción de responsabilidad hacia su salud y un mayor compromiso con el autocuidado. Sin embargo, variables como el nivel educativo y el estado civil no demostraron una relación significativa con la adherencia en nuestro estudio, lo que es consistente con los resultados de Doggrell⁽¹¹⁾, quien sugirió que el impacto de estas variables podría depender de otros factores indirectos, como la complejidad del tratamiento o la accesibilidad a servicios de salud.

Limitaciones del estudio

A pesar de los hallazgos importantes, este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un diseño transversal, no es posible establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Un diseño longitudinal sería más adecuado para analizar cómo el deterioro cognitivo afecta la adherencia terapéutica a lo largo del tiempo. Además, el tamaño muestral relativamente pequeño limita la capacidad de generalización de los resultados.

Futuras líneas de la investigación

Futuros estudios deberían incluir muestras más amplias y diversas, lo que permitiría obtener resultados más representativos de la población en general. Otro aspecto importante es que, al depender de autoinformes para evaluar la adherencia terapéutica, existe el riesgo de sesgo en las respuestas, lo que podría afectar la precisión de los resultados. Por lo tanto, sería recomendable incorporar métodos más objetivos, como el monitoreo electrónico de la medicación, en futuras investigaciones.

Aplicabilidad

Los resultados obtenidos tienen importantes implicaciones para la práctica de la terapia ocupacional, dado que evidencian cómo la función cognitiva influye directamente en la adherencia terapéutica. Esto sugiere que los y las terapeutas ocupacionales deben incorporar evaluaciones cognitivas regulares para identificar posibles barreras que interfieren en el cumplimiento del tratamiento. Además, la intervención en terapia ocupacional puede orientarse a diseñar estrategias personalizadas que potencien las capacidades cognitivas y funcionales del paciente, facilitando así una mayor adherencia. Por ejemplo, la creación de rutinas adaptadas, uso de recordatorios, simplificación de actividades y apoyo en la organización de los tratamientos son recursos clave que pueden mejorar el seguimiento terapéutico. De esta manera, los hallazgos del estudio aportan una base empírica que refuerza el papel fundamental de la terapia ocupacional no solo como apoyo directo como apoyo directo a la persona usuaria, sino también como mediadora para optimizar resultados en la adherencia y, por ende, en la salud integral del adulto mayor.

CONCLUSIÓN

Este estudio aporta una contribución significativa a la literatura existente al demostrar que la función cognitiva tiene una influencia considerable sobre la adherencia terapéutica en personas mayores no institucionalizadas. Los resultados sugieren que, en lugar de centrarse únicamente en la edad, los y las profesionales de la salud deben priorizar la evaluación de la función cognitiva como un componente clave para mejorar la adherencia a los tratamientos médicos. La capacidad cognitiva es un predictor importante, y las intervenciones que promuevan la estimulación cognitiva y la adaptación de los tratamientos a las capacidades cognitivas de los pacientes pueden ser efectivas para mejorar los resultados de salud en esta población.

Además, los hallazgos destacan la importancia de personalizar las intervenciones según las características cognitivas y sociodemográficas de las personas usuarias, especialmente en un contexto geriátrico. La terapia ocupacional tiene un papel crucial en este proceso, ya que puede diseñar intervenciones que optimicen tanto la función cognitiva como el cumplimiento de los tratamientos, usando herramientas como recordatorios y estrategias adaptadas al nivel cognitivo del paciente. Las políticas de salud deberían incorporar evaluaciones cognitivas regulares y programas diseñados específicamente para aquellos en riesgo de tener dificultades con la adherencia, lo que podría mejorar la calidad de vida y los resultados de salud en los adultos mayores.

Este estudio cubre un vacío importante en la literatura al integrar la función cognitiva en la evaluación de la adherencia terapéutica, sugiriendo que la evaluación cognitiva debe ser parte integral de las estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, debido a las limitaciones del diseño transversal y el tamaño muestral, es necesario continuar investigando este tema a través de estudios longitudinales y con muestras más



amplias, lo que permitirá comprender mejor la influencia de la función cognitiva en la adherencia a lo largo del tiempo.

AGRADECIMIENTOS

La autoría expresa su agradecimiento a la Universidad de Salamanca y al Ayuntamiento de Salamanca por su apoyo. El estudio forma parte del Proyecto de Investigación en envejecimiento activo con fisioterapia Preventiva PReGe, que ha sido financiado por el Ayuntamiento de Salamanca. Clave del proyecto: L9AB. La autoría declara no tener ningún conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

SSG realizó la búsqueda bibliográfica, metodología, manuscrito original y llevó a cabo el proceso de valoración, intervención y recogida de datos. EJFR y CGS, realizaron un seguimiento, supervisión y revisión de las funciones destacadas anteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
2. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Ginebra: OMS; 2003.
3. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>
4. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj SI, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(1):e016982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982>
5. Haynes RB, et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011>
6. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011;26(3):155-9. <https://doi.org/10.5001/omj.2011.38>
7. Petersen RC, et al. Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *J Intern Med*. 2014;275(3):214-28. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
8. Romero-Ortuno R, et al. Adherence to medication in older people with cognitive impairment in a community setting. *Aging Ment Health*. 2012;16(6):769-74. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.667779>
9. García-Casas N, et al. Adherencia terapéutica en personas mayores en Latinoamérica: Una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e55. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.55>
10. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, Cumming RG. Polypharmacy and health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(5):831-8. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03920.x>
11. Doggrell SA. Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions: Does intervention by an allied health professional help? *Drugs Aging*. 2010;27(3):239-54. <https://doi.org/10.2165/11532870-000000000-00000>
12. Márquez-González M, Losada A, Peñacoba C. Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes mayores. *Psicothema*. 2012;24(3):362-7.
13. Angadi NB, Kavi A, Torgal SS. Therapeutic adherence among elderly with chronic diseases residing in urban area of South India - A descriptive cross-sectional study. *Biomed Pharmacol J*. 2020;13(4). <https://doi.org/10.13005/bpj/1960>
14. Unützer J, Schoenbaum M, Druss BG, Katon WJ. Collaborative care for older adults with complex needs: Time for a patient-centered approach. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(10):888-96.
15. Viswanathan M, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2012;157(11):785-95. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-11-201212040-00538>
16. Bressan V, Nicodemo AL. Intervenciones de Terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [Tesis de Licenciatura]. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín; 2017.
17. Montenegro A, Rueda L, Ornstein C. Reflexiones en torno a la adherencia a tratamiento de las personas en situación de enfermedad. *Rev Chil Ter Ocup*. 2015;15(2):109-14.
18. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018;59(3):163-72.
19. Bastán JE. Adherence to antiretroviral treatment of people with HIV/AIDS in primary health care. *Rev Habanera Cienc Med*. 2020;19(5):1-11.
20. González-Bueno J, et al. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2017;49(8):459-64. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.008>
21. Gómez-Moreno SM, Cuadrado ML, Cruz-Orduña I, Martínez-Acebes EM, Gordo-Mañas R, Fernández-Pérez C, García-Ramos R. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment as a screening test for cognitive impairment in multiple sclerosis. *Neurologia (Engl Ed)*. 2020;23:S0213-4853(19)30149-5. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.11.006>

Derechos de persona autora

