



Factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados

Factors related to adherence and non-adherence to treatment in polymedicated elderly adults

Factores relacionados com a adesão e a não adesão ao tratamento em idosos polimedicados

Daniel Felipe Penagos Montoya¹
<https://orcid.org/0000-0003-2654-8552>

Norbey Stiwar Rodríguez Herrera¹
<https://orcid.org/0000-0002-8020-7903>

Laura Medina Vélez¹
<https://orcid.org/0000-0002-9852-9046>

Daniela Largo Patiño¹
<https://orcid.org/0000-0002-4137-8689>

Marjorie Pérez Villa¹
<https://orcid.org/0000-0003-1021-7054>

¹ Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Autor de correspondencia: Marjorie Pérez-Villa

Correo electrónico: marjorie.perez@upb.edu.co

Recibido: 18 marzo 2024

Aceptado: 31 mayo 2024

Publicado: 06 agosto 2024

Resumen

Introducción: Con el envejecimiento de la población, se están incrementando las enfermedades crónicas y el uso de medicamentos. La falta de adherencia a los medicamentos para el tratamiento de estas es un problema de salud pública, aumentando las complicaciones y costos sanitarios.

Objetivo: Determinar los factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados que consultan una institución de Medellín durante el primer semestre del 2021.

Metodología: Estudio transversal con diseño correlacional. La población estuvo conformada por 74 adultos mayores polimedicados de una institución de primer nivel de atención pública en Medellín durante el primer semestre del 2021. Se aplicó un instrumento con el que se indagó por variables sociodemográficas y clínicas; mientras que la adherencia al tratamiento se midió por medio de la escala de Morisky. Se realizó análisis descriptivo a las variables cualitativas, las cuales se resumieron con frecuencias absolutas y relativas; las variables cuantitativas por medio de medidas de resumen de acuerdo con la normalidad de los datos. Para examinar la correlación

entre los factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas, clínicas y relativas al tratamiento, se realizaron análisis correlacionales.

Resultados: La edad promedio en los 74 participantes fue de 72 ± 8 años, el 64,9% eran de sexo femenino. El 50 % de los pacientes tenían 3 o menos enfermedades crónicas. Las patologías que se presentaron con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial (93,2%) y la dislipidemia (67,6%). Se encontró que el 77% no era adherente a los medicamentos.

Discusión y Conclusiones: La no adherencia terapéutica en los pacientes se asocia con barreras como la desconfianza médica y razones económicas, generando malos desenlaces en salud, por lo que son necesarias estrategias de seguimiento más integrales en los pacientes adultos mayores para que cumplan de forma adecuada los tratamientos.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, adulto mayor, polifarmacia.

Abstract

Introduction: With the aging population, chronic diseases and medication use are increasing. Lack of adherence to medications for the treatment of these conditions is a public health issue, leading to increased complications and healthcare costs.

Objective: To determine the factors related to adherence and non-adherence to treatment in polymedicated elderly adults who consulted an institution in Medellín during

the first half of 2021.

Methodology: Cross-sectional study with a correlational design. The population consisted of 74 polymedicated elderly adults from a primary public healthcare institution in Medellín during the first half of 2021. An instrument was applied to inquire about sociodemographic and clinical variables, while adherence to treatment was measured using the Morisky scale. A descriptive analysis was performed on qualitative variables, summarized with absolute and relative frequencies; quantitative variables were summarized according to data normality. Correlational analyses were conducted to examine the relationship between factors related to adherence and non-adherence to treatment and sociodemographic, clinical, and treatment-related variables.

Results: The average age of the 74 participants was 72 ± 8 years, with 64.9% being female. Fifty percent of the patients had three or fewer chronic diseases. The most frequently occurring conditions were hypertension (93.2%) and dyslipidemia (67.6%). It was found that 77% were non-adherent to their medications.

Discussion and Conclusions: Therapeutic non-adherence in patients is associated with barriers such as medical distrust and economic reasons, leading to poor health outcomes. Therefore, more comprehensive follow-up strategies are necessary for elderly patients to adequately comply with treatments.

Keywords: Treatment adherence, elderly, polypharmacy.

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento da população, as doenças crônicas estão a aumentar e o uso dos medicamentos. A falta de adesão aos medicamentos para o tratamento destas é um problema de saúde pública, aumentando as complicações e os custos sanitários.

Objetivo: Determinar os factores relacionados com a adesão e a não adesão ao tratamento nos idosos polimedicados que consultam uma instituição de Medellín durante o primeiro semestre de 2021.

Metodologia: Estudo transversal com desenho correlacional. A população foi conformada por 74 idosos polimedicados de uma instituição de primeiro nível de atenção pública em Medellín durante o primeiro semestre de 2021. Aplicou-se um instrumento com o que se analisou por variáveis sociodemográficas e clínicas; enquanto que a adesão ao tratamento mediu-se por meio da escala de Morisky. Realizou-se análises descritivas às variáveis qualitativas, as quais se resumiram com frequências absolutas e relativas; as variáveis quantitativas por meio de medidas de resumo de acordo com a normalidade dos dados. Para examinar a correlação entre os factores relacionados com a adesão e a não adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas, clínicas e relativas ao tratamento, realizaram-se análises correlacionais.

Resultados: A média de idade dos 74 participantes foi de 72 ± 8 anos: 64,9% eram do sexo feminino. 50 % dos pacientes tinham 3 ou menos doenças crônicas. As patologias que se apresentaram com maior frequência foram: a hipertensão arterial (93,2%) e a

dislipidemia (67,6%). Verificou-se que o 77% não era aderente aos medicamentos.

Discussão e Conclusões: A não adesão terapêutica nos pacientes associa-se com barreiras como a desconfiança médica e a razões económicas, gerando maus resultados na saúde, pelo que são necessárias estratégias de seguimento mais integrais nos pacientes idosos para que cumpram de forma adequada os tratamentos.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento, idosos, polifarmacia.

Introducción

A nivel mundial se experimenta una gran transición demográfica hacia el envejecimiento; lo que incrementa el número de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); por ende, un gran aumento en el uso de medicamentos para el manejo de estas patologías. Se encuentra una importante correspondencia entre el envejecimiento y la adherencia o no adherencia a estos tratamientos que suelen ser de larga duración¹⁻³. En Colombia, el índice de envejecimiento⁴ muestra un rápido crecimiento. De acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2021 hubo 7 107 914 adultos mayores; para Antioquia, en el mismo año, se estimó un total de 1 066 187⁵⁻⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT van en ascenso y provocan hasta tres de cada cuatro muertes en América, cifra que supera la prevalencia de enfermedades infecciosas^{8,9}, en algunos países. En los Estados Unidos, alrededor de 80% de adultos mayores tienen una ECNT; 68,4 % tiene dos o más¹⁰. En Colombia,

según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2009 y 2017, las ECNT constituyeron la primera causa de consulta en todos los niveles de atención; lo cual significa 81,61 % de la demanda y una razón de 20 atenciones por persona¹¹.

Las enfermedades crónicas requieren de regímenes de larga duración para el adecuado mantenimiento de la salud y, por ende, de la calidad de vida del paciente. Se ha demostrado que el no cumplimiento del régimen terapéutico aumenta la aparición de resistencia a fármacos y complicaciones médicas¹²⁻¹⁴ y constituye la principal causa por la cual no se obtienen los resultados esperados.

Un ejemplo de las ECNT es la hipertensión arterial (HTA), enfermedad que afecta en mayor medida a los adultos mayores. Es una patología y también un factor de riesgo para complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales; además de implicar otros riesgos y daños a la salud del paciente^{15,13,16}.

El incumplimiento o no adherencia al tratamiento representa un claro problema de salud pública. La OMS estima que la adherencia en tratamientos crónicos y pacientes polimedicados es alrededor de 50% y 60%¹². En un estudio realizado con población colombiana, se reportó no adherencia a los medicamentos de 62,9%¹⁴. Ello es contrario al estudio de Ramírez et al. con pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, quienes reportaron adherencias de 46.3% y moderadas de 50.4%¹⁷; mientras un grupo de pacientes hipertensos 89.6% mostró alta adherencia y 10.42%, moderada¹⁸. Sin embargo, estas cifras pueden ser menores en países donde se cuenta con bajos recursos

económicos y dificultades para acceder a recursos sanitarios básicos¹⁹. Además, el nivel de adherencia puede variar según la patología, el nivel de instrucción, la edad y el conocimiento que se tenga de esta^{20,21}.

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos con medicamentos como un problema grave de salud pública; un problema prioritario debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Asimismo, la falta de adherencia genera grandes pérdidas en ámbitos personal, familiar y social común, con repercusiones sanitarias, sociales y económicas; por lo que es importante asumir la necesidad de su prevención y detección en la práctica clínica diaria, para realizar actividades que impacten en la adherencia de los pacientes al tratamiento^{22,23}. Asimismo, se considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de la salud^{16,24,25}.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es exponer los factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados que consultan en una institución de Medellín durante el primer semestre del 2021.

Metodología

Esta investigación se realizó con un enfoque cuantitativo de tipo transversal y diseño correlacional. La población estuvo conformada por adultos mayores polimedicados, que consultaron la red de primer nivel de atención pública de Medellín durante el primer semestre del 2021. Se realizó un muestreo

no probabilístico; fueron incluidos todos los adultos con 60 años o más⁴ que tuvieran diagnosticada alguna enfermedad crónica no transmisible, polimedicados (consumo de cinco o más medicamentos durante un período igual o superior a seis meses) y sin deterioro funcional o cognitivo, que impidiera el manejo de la medicación de forma independiente.

La recolección de la información se realizó por medio de encuestas a los participantes de forma individual, realizadas antes o después de la consulta de control médico, momento en el cual se explicó el objetivo de la investigación y se hizo entrega del consentimiento informado. Una vez que fueron resueltas las posibles dudas, se procedió a la firma. Posteriormente, se aplicó un instrumento de recolección de datos y se les analizó mediante variables sociodemográficas, clínicas y relativas al tratamiento. La adherencia al tratamiento se midió por medio de la escala de Morisky 8 ítems (MMAS-8), que determina factores relacionados con la adherencia a los medicamentos; consta de siete preguntas con respuestas de tipo sí / no, donde no equivale a 1 punto en los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7; mientras que **sí**, a 1 punto en el ítem 5. La prueba cuenta con una octava pregunta en escala de tipo Likert, donde el ítem **nunca / casi nunca** equivale a 1 punto; mientras que los demás (**rara vez, algunas veces, habitualmente y siempre**) equivalen a 0.75, 0.5, 0.25 o 0, respectivamente.

La adherencia se determinó de acuerdo con su puntuación: los pacientes con 8 puntos, como **adherentes**; con puntajes menores a 8, como **no adherentes**. La versión original de este instrumento mostró un α de Cronbach de 0,646 26-28. Para este estudio se utilizó la versión validada en pacientes co-

lombianos; se encontró un coeficiente de concordancia w de Kendall de 0,8 con un p valor de 0,0001, lo que indica un alto grado de concordancia entre las valoraciones de los diferentes ítems del cuestionario²⁹.

El procesamiento de la información se realizó por medio del programa estadístico SPSS versión 25. Las variables cualitativas se resumieron con frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas, por medio de medidas de resumen de acuerdo con la normalidad de los datos. Se examinó la correlación entre los factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas, clínicas y relativas al tratamiento.

Se realizaron análisis correlacionales en el caso de variables continuas; en función de la distribución de las variables, se emplearon estadísticos paramétricos (correlación de Pearson) o no paramétricos (correlación de Spearman). En el caso de variables cualitativas, se examinaron las diferencias entre grupos respecto a los factores de adherencia y no adherencia. En función de la distribución de las variables, se emplearon estadísticos paramétricos (T Student o ANOVA) o no paramétricos (Kruskal Wallis o U de Mann-Whitney)³⁰.

Esta investigación contó con el aval ético de la Universidad Pontificia Bolivariana y de la entidad de salud donde se recolectó la información.

Resultados

En el estudio fueron incluidos 74 participantes, con una edad de 72 años (DE 8); 64,9% de sexo femenino. 60,8 % manifestó tener apoyo familiar (ver Tabla No. 1).

Tabla No. 1

Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad crónica no transmisible, 2021

Características sociodemográficas	N=74 n (%)
Edad, Promedio (DE)	72 (8)
Sexo	
Femenino	48 (64,9)
Masculino	26 (35,1)
Estado civil	
Soltero/a	22 (29,7)
Casado/a	18 (24,3)
Viudo/a	18 (24,3)
Separado/a	12 (16,2)
Unión libre	4 (5,4)
Escolaridad	
Analfabetismo	6 (8,1)
Primaria	43 (58,1)
Secundaria	22 (29,7)
Sin información	3 (4,1)
Situación laboral	
Desempleado	61 (82,4)
Independiente	5 (6,8)
Pensionado	5 (6,8)
Empleado	3 (4,1)
Estrato socioeconómico	
Bajo-bajo	12 (16,2)
Bajo	28 (37,8)
Medio-bajo	30 (40,5)
Medio	4 (5,4)
Lugar de residencia	
Urbano	69 (93,2)
Rural	5 (6,8)
Grupo familiar	
Nuclear	26 (35,1)
Extensa	20 (27)
Unipersonal	15 (20,3)
Monoparental	6 (8,1)
Compuesta	5 (6,8)
Sin información	2 (2,7)

Apoyo familiar	
Con apoyo	45 (60,8)
Sin apoyo	29 (39,2)
Quién brinda el apoyo	
Un integrante de la familia	44 (59,5)
Ninguna persona	29 (39,2)
Un externo	1 (1,3)

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al número de enfermedades que les ha sido diagnosticadas, 50% de los pacientes tienen tres o menos enfermedades. Se encontró que los sistemas más afectados son el cardiovascular, digestivo y

metabólico; las patologías que se presentan con mayor frecuencia son la hipertensión arterial (93,2%), dislipidemia (67,6%) y diabetes mellitus (56,8%) (ver Tabla No. 2).

Tabla No. 2

Enfermedades diagnosticadas en los pacientes con enfermedad crónica no transmisible, 2021

Sistema	Enfermedad	n (%)
Respiratorio	Epoc*	10 (7,4)
	Asma	2 (2,7)
Cardiovascular	Hipertensión Arterial	69 (93,2)
	Dislipidemia	50 (67,6)
	Falla cardíaca	11 (11,9)
	Enfermedad coronaria	1 (1,4)
	Insuficiencia venosa	1 (1,4)
Digestivo y metabólico	Diabetes mellitus	42 (56,8)
	Hipotiroidismo	28 (37,8)
	Gastritis crónica	5 (6,8)
	Cirrosis	1 (1,4)
Musculoesquelético	Artrosis	11 (14,8)
	Osteoporosis	3 (4)
	Artritis	2 (2,7)
Neurológico/psiquiátrico	Depresión	4 (5,4)
	Trastorno afectivo bipolar	4 (5,4)
	Migraña	2 (2,7)
	Parkinson	1 (1,4)
	Epilepsia	1 (1,4)
	Trastorno del sueño	1 (1,4)
	Ansiedad	1 (1,4)

Renal y urinario	Enfermedad renal crónica	3 (4,1)
	Uremia	1 (1,4)
	Incontinencia urinaria	1 (1,4)
	Hiperplasia prostática	1 (1,4)
Autoinmunes	Lupus	1 (1,4)
* Epoc: enfermedad pulmonar obstructiva crónica		

Fuente: Elaboración propia.

Los grupos farmacológicos, prescritos con más frecuencia, son los antihipertensivos, seguido de hipolipemiantes y hormonas. De ellos, 50% de los pacientes toman seis medicamentos (RIQ 8-5). En cuanto a la percepción sobre los medicamentos ordenados, se encontró que 93,2% de los encuestados estaba satisfecho con los medicamentos recetados; 90,5% siente esperanza con el medicamento para el control de su enfermedad y 71,6% sentía alivio de los síntomas por los medicamentos que consumía; sin embargo, 35,2% no siempre se los tomaba todos y 43,3% no siempre se los tomaba a la hora adecuada. A ello se suma que 21,6% refirió sentir, a veces, efectos indeseados que no estaban relacionados con la enfermedad y que 25,7% hacía cambios frecuentes en la prescripción de los medicamentos que debía tomar.

De los encuestados, 67,6% afirmó no tener dificultades al momento de reclamar los medicamentos y que el lugar donde los reclama no se encuentra lejos de su resi-

dencia. Además, 68,9% considera que el costo del transporte para acudir por el medicamento es accesible; 89,2%, que la cuota moderadora no es alta. Por otra parte, a 77% no se le dificulta asistir a las citas de control.

En cuanto al conocimiento sobre características e importancia de los medicamentos consumidos, 35 participantes del estudio (47,3%) afirmó tener mucho conocimiento; en contraste con 39 de ellos (52,7%) que tenían poco, casi nada o nada de conocimiento. Resalta que 81,1% sí conoce las implicaciones de no tomar los medicamentos de la forma correcta; mientras que 67,7% se interesa por aprender más sobre sus medicamentos y enfermedad. 94,6% informó no tener alguna creencia que le impidiera seguir el tratamiento.

Se realizó la clasificación de la adherencia a los medicamentos de acuerdo con la escala Morisky; se encontró que 77% no era adherente (ver Tabla No. 3).

Tabla No. 3

Clasificación de la adherencia a la medicación de acuerdo con la escala Morisky

Clasificación	n (%)
Adherente	17 (23)
No adherente	57 (77)

Fuente: Escala Morisky, 2022

Variables relacionadas con la adherencia y no adherencia a los medicamentos

Se encontró correlación (débil) significativa entre la variable número de medicamentos, edad y número de enfermedades diagnosticadas. De las variables estudiadas, no se hallaron correlaciones significativas. (ver Tabla No. 4). En cuanto a las variables categóricas, se observaron diferencias estadís-

ticamente significativas en la satisfacción con el tratamiento ($p = 0,006$), esperanzas/expectativas con respecto al resultado ($p = 0,007$), conocimiento de las implicaciones de la no adherencia ($p = <0,001$), mejoría de los síntomas ($p = 0,022$), dificultad de acceso al medicamento ($p = 0,025$) e interés por aprender sobre los medicamentos ($p = 0,028$).

Tabla No. 4

Análisis de correlación entre variables de estudio

Variables	Valor de P	Correlación	Clasificación
# de medicamentos administrados vs Edad	0.033*	0.248	Débil
# de medicamentos administrados vs # de enfermedades diagnosticadas	0.002†	0.355	Débil
*Es significativa en el nivel de 0.05			
† Es significativa en el nivel de 0.01			

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Tras analizar aquellos factores que pueden estar relacionados con la adherencia y la no adherencia al tratamiento, se encontró un bajo porcentaje de adultos mayores adherentes al tratamiento. Dicho resultado es similar a lo reportado en otros estudios^{13,31,32}. Sin embargo, otros autores difieren al reportar adecuada adherencia al tratamiento^{21,33}; lo cual constituye resultados concordantes con lo informado por la OMS¹², donde se reporta una adherencia al tratamiento de alrededor de 50% en este tipo de población.

En cuanto a las barreras para la no adherencia, se menciona que los factores relacionados con el tratamiento juegan un

papel importante^{3,34}. Entre estos se podría mencionar desconfianza con la indicación del médico, razones económicas, aparición de síntomas indeseados no relacionados con la enfermedad, entre otros^{13,35,36}.

En el presente estudio, los pacientes manifestaron sentir (a veces) efectos indeseados, incluso a pesar de que algunos de los participantes sintieron alivio de los síntomas con la toma de los medicamentos prescritos^{3,13,37}. Esta situación se ve además potenciada por la percepción de bienestar o no tener síntomas clínicos causados por la enfermedad; lo cual favorece que el paciente deje de tomar los medicamentos y ello, en conjunto, se comporta como la principal causa de no adherencia al tratamien-

to^{31,38}. Tales resultados son congruentes con los obtenidos por Ramírez³⁹, en donde los pacientes suspendieron el tratamiento farmacológico por sentirse bien.

Con respecto a la influencia del nivel de conocimiento sobre el régimen terapéutico, los entrevistados refirieron tener poco conocimiento acerca de su tratamiento; esto mostró correlación con la no adherencia al tratamiento farmacológico. Un estudio realizado en Colombia arroja resultados similares: una muestra de 96 pacientes mostró un nivel de adherencia moderada determinada por factores como el bajo nivel de conocimiento y autocuidado de su enfermedad^{14,31,40}. Por el contrario, Conte et al. encontró que los pacientes mostraron tener un buen conocimiento sobre enfermedad y tratamiento⁴¹.

Estudios realizados en población española y mexicana demuestran que el apoyo de amigos, familiares y comunidades se ha asociado con una mejor salud; incluso recalcan que la importancia del apoyo de la familia, los recursos sociales y comunitarios a la hora de conseguir una buena adherencia al tratamiento^{17,40}. No obstante, el presente estudio evidencia que, aunque un porcentaje alto de los participantes refirieron tener apoyo familiar, no son adherentes al tratamiento, por lo que el apoyo familiar no se comporta directamente como un factor que determine la adherencia a los tratamientos.

Las creencias sobre la enfermedad, el enfoque del autocontrol y los medicamentos pueden verse influidos por historia, cultura, experiencias familiares y preferencias individuales, sobre todo en minorías étnicas y culturales⁴². Dichas creencias varían entre una persona y otra, dentro de las familias y

entre culturas; suelen estar asociadas con la adherencia al tratamiento. En este estudio no se evidenciaron creencias culturales sólidas que generaran interferencia con la adherencia al régimen terapéutico de los pacientes.

Los costos relacionados con el acceso al medicamento no tienen relación con el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes. Probablemente, esto se deba a la característica de universalidad y acceso al sistema de salud al que tienen derecho los pacientes después de que se implementara la ley 1751 de 2015^{43,44}, así como por su pertenencia al régimen subsidiado establecido en la ley 100 de 1993 de Colombia⁴⁵, por lo cual no se realizan cobros para el acceso a consultas médicas ni dispensación de medicamentos.

Conclusiones

Los regímenes de medicación muy complejos y la polifarmacia pueden llevar a la no adherencia al tratamiento. Ello se asocia con malos desenlaces en salud, progresión de la enfermedad, falla terapéutica y hospitalizaciones. Por ende, es necesario promover y estimular la adquisición de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico en los pacientes. La consulta de control es clave para brindar educación y comunicación para la salud, pues permite que el paciente muestre mejoría en su adherencia al tratamiento.

Las evaluaciones de la adherencia a los tratamientos y la creación de estrategias para un seguimiento más integral son claves para determinar el comportamiento en la toma de medicamentos en los pacientes, para

que tengan un tratamiento adecuado y este no sea percibido como molestia. También es importante implementar intervenciones efectivas adaptadas a las necesidades de las personas, que permitan disminuir los síntomas indeseados y educar a los pacientes y familias; con lo que se fortalece la participación de los usuarios en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocados en hábitos y estilos de vida saludables, con el fin de reducir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, mejorando la calidad de vida y generando una inversión rentable por parte del sistema de salud que mejora el bienestar de adultos mayores polimedicados¹².

Agradecimientos

A la E.S.E. Metrosalud y su equipo de trabajo por abrirnos las puertas de sus instituciones. A los pacientes que fueron parte de la población de estudio, esto lo hacemos por ellos y para ellos.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan no presentar ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Téllez-Gordo MC, Garcés-Castañeda GE. Los adultos mayores de Puerto López, Colombia: una perspectiva desde la salud. Boletín Semillero de Investigación en Familia 2021;3(2):11; doi: 10.22579/27448592.822.
2. Nieto Poveda EC. Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Revista de Investigación e Innovación en Salud 2019; 2:44-57; doi: 10.23850/rediis.v2i0.2076
3. Rincón Alarcón AC, Gusñay Ramírez NX, Rodríguez Vinuesa VI. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. An Real Acad Farm 2020;86(2):125-131. Disponible en: https://analesranf.com/articulo/8602_04/
4. Ministerio de Salud. Ciclo de Vida. [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
5. Ministerio de Justicia y del Derecho. Enfoque Etario. [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/justicia-transicional/Paginas/OJTC-Enfoque-Etario.aspx>
6. DANE. Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación. 2021. [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>
7. Ministerio de Salud. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. 2015. [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica>

[tica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf](#)

8.Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles 2018;16(3):226-232. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

9.Organización mundial de la salud. Enfermedades no transmisibles. [citado 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

10.National Council on Aging. Chronic Disease Self-Management Facts. [citado 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncoa.org/article/get-the-facts-on-chronic-disease-self-management>

11.Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Dirección de Epidemiología y Demografía: Bogotá; 2018. p. 149. [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

12.Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. World Health Organization. [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2003/>

[pr54/es/index.html](#)

13.González Boulí Y, Cardoso Aguilar E, Carbonell Noblet A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. RIC 2019;98(2):146-156. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88087>

14.Polanco Leal SA, Rivera Gutiérrez IZ, Salamanca Ramos E, et al. Características de salud y adherencia farmacoterapéutica en el adulto mayor del municipio de Acacias (Colombia). Revista Colombiana de Ciencias Químico - Farmacéuticas 2021;50(2):325-338; doi: 10.15446/rcciquifa.v50n2.77677.

15.González Rodríguez R, Cardentey García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Revista Finlay 2018;8(2):103-110. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>

16.Garcés Ortega JP, Quillupangui Ramón SM, Delgado Astudillo EP, et al. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Latinoamericana de Hipertensión 2020;15(5):8. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/22373

17.Ramírez Gómez A, Maldonado Muñiz G, Maya Sánchez A. Diferencia de adherencia terapéutica del adulto mayor que vive con diabetes mellitus por género. Revista Salud y Cuidado 2023;2(4):8-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>

[lo?codigo=9295745](#)

18.Becerra Partida EN, Villegas Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Revista CONAMED* 2021;26(2):57-67; doi: 10.35366/100348.

19.Marulanda FÁT, Nanclares R, Giraldo LAL. Fármaco-seguridad al uso de antihipertensivos por adultos mayores de un programa para la salud psicofísica. *Hacia la Promoción de la Salud* 2022;27(2):88-101; doi: 10.17151/hpsal.2022.27.2.7.

20.Guamán-Montero NA, Mesa-Cano IC, Peña-Cordero SJ, et al. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. 2021;40(5):290-300; doi: 10.5281/ZENODO.5039487.

21.Pocohuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Rev Cuerpo Med HNAAA* 2021;14(3):316-321; doi: 10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252.

22.González-Ruiz DP, Getial-Mora DA, Higidio-Miranda MA, et al. Efectividad de las tecnologías de la información y comunicación en la adherencia terapéutica de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. *Enferm Nefrol* 2020;23(1):22-32; doi: 10.37551/S2254-288420200003.

23.Huaman-Carhuas L, Gutiérrez-Cres-

po HF, Huaman-Carhuas L, et al. Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrológica* 2021;24(1):68-76; doi: 10.37551/s2254-288420210007.

24.Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética* 2021;32(4):897-945; doi: 10.36105/mye.2021v32n4.01.

25.Díaz V. La adherencia terapéutica y las enfermedades crónicas. Un problema clínico. *Pediatr Panamá* 2021;50(3):37-47. Disponible en: <https://www.pediatricadepanama.org/index.php/rspp/article/view/1786>

26.De Las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Health Psychol* 2015;15(2):121-129; doi: 10.1016/j.ijchp.2014.11.003.

27.Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* 2017;34(2):245; doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2206.

28.Intilangelo A, Majic S, Palchik V, et al. Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados en pacientes crónicos: revisión sistemática. *Farmacia Hospitalaria*

2024; doi: 10.1016/j.farma.2024.01.001.

29.Chaves Torres NM, Echeverri Sarmiento JE, Ballesteros DA, et al. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Med* 2016;24(2):23–32; doi: 10.18359/rmed.2627.

30.Grisales Romero H. Estadística aplicada en salud pública: estadística descriptiva y probabilidad. 1st ed. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública: Medellín-Antioquia; 2002.

31.Burgal-Cintra CJ, Pérez-Bichor A, Ortega-López IL, et al. Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica Electrónica* 2021;43(6):1606–1616. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242021000601606&lng=es&nrm=iso&tlng=en

32.Zamora-Niño CF, Guibert-Patiño AL, De La Cruz-Saldaña T, et al. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Peruana* 2019;36(2):96–103. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172019000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33.Monterrey Hernández M, Linares Cánovas LB, Toledo del Llano R, et al. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en

adultos mayores hipertensos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* 2021;25(2):11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

34.Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, et al. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)* 2018;59(4):251–258; doi: 10.30827/ars.v59i4.7357.

35.Formentin-Zayas M, Carbajales-León EB, Medina-Fuentes G, et al. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero.” *Revista Información Científica* 2021;100(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

36.Quintero LH, Fernández DAC, Cruz LT, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay* 2021;11(3):279–286. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973>

37.Padilla Vinueza VE, Morales Solís JM. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. *Dominio de las Ciencias* 2020;6(Extra 4):68–80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385958>

38.Solarte Adrada W, Preciado Casi-

erra CJ, Galvis Acevedo S, et al. Determinantes psicosociales y adherencia farmacológica en pacientes geriátricos. *Aten Fam* 2022;29(2):126-129. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104910>

39. Oviedo Ramírez S, Viart Almeida C, Chávez Vega R. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos o diabéticos ingresados en el Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. *Progaleno* 2020;3(2):66-75. Disponible en: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/179>

40. Lorigo Cano I, Hernanz Arroyo B, Cordero Sánchez E, et al. Adherencia terapéutica en pacientes polimedicados y factores condicionantes en un grupo de pacientes de Badajoz, España. *Arch Med Fam* 2019;21(2):51-59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86595>

41. Conte E, Morales Y, Niño C, et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL* 2020;30(4):313-323; doi: 10.4321/s1699-714x2020000400011.

42. McQuaid EL, Landier W. Cultural Issues in Medication Adherence: Disparities and Directions. *J Gen Intern Med* 2018;33(2):200-206; doi: 10.1007/s11606-017-4199-3.

43. Ramírez AM, Rocha Beltrán DE, Durango Suárez LF, et al. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015

sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *rev.ces derecho* 2016;7(2):13-41; doi: 10.21615/cesder.7.2.2.

44. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 de 2015. [citado 14 de sept de 2022]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

45. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. [citado 14 de sept de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>