

## Características de salud y adherencia farmacoterapéutica en el adulto mayor del municipio de Acacías (Colombia)

Sergio Aldemar Polanco Leal <sup>1a</sup>, Ingrid Zuley Rivera Gutiérrez <sup>1b</sup>, Emilce Salamanca Ramos <sup>2c</sup>, Zulma Velasco Páez <sup>2d</sup>

<sup>1</sup> Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de los Llanos, Sede San Antonio, Calle 37 N.° 41-02 Barzal, Villavicencio, Colombia.

<sup>a</sup> Correo electrónico: [sergio.polanco@unillanos.edu.co](mailto:sergio.polanco@unillanos.edu.co)

<sup>b</sup> Correo electrónico: [ingrid.rivera@unillanos.edu.co](mailto:ingrid.rivera@unillanos.edu.co)

<sup>2</sup> Escuela de Salud Pública, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de los Llanos, Sede San Antonio, Calle 37 N.° 41-02 Barzal, Villavicencio, Colombia.

<sup>c</sup> Correo electrónico: [esalamanca@unillanos.edu.co](mailto:esalamanca@unillanos.edu.co)

<sup>d</sup> Correo electrónico: [zvelasco@unillanos.edu.co](mailto:zvelasco@unillanos.edu.co)

Recibido: 11 de febrero de 2019

Revisado: 27 de enero de 2021

Aceptado: 28 de enero de 2021

### RESUMEN

**Introducción:** el envejecimiento es una preocupación que ocupa las políticas públicas en todos los países del mundo. **Objetivo:** analizar la adherencia, el uso de medicamentos y el estado de salud en los adultos mayores del municipio de Acacías (Colombia). **Metodología:** estudio descriptivo, muestreo no probabilístico discrecional, n= 96 adultos mayores. **Resultados:** 64,6% de los adultos mayores consumen medicamentos; el 62,9% no son adherentes al tratamiento farmacológico, existe una correlación significativa a través del MEC (minexamen cognoscitivo), el 46,2% de ellos padecen algún tipo de deterioro cognitivo. **Conclusiones:** existe una correlación entre la no adherencia con el estado cognitivo y el apoyo familiar.

**Palabras clave:** Adherencia al tratamiento, adulto mayor, medicamento.

## SUMMARY

### Health characteristics and pharmacotherapeutic adherence in the elderly in the municipality of Acacías (Colombia)

**Introduction:** aging is a concern that occupies public policies in all countries of the world. **Objective:** to analyze the adherence, use of medications and health status in the elderly of the municipality of Acacías (Colombia). **Methodology:** descriptive study, non-probabilistic discretionary sampling, n= 96 older adults. **Results:** 64.6% of older adults consume medications; 62.9% are not adherent to pharmacological treatment, there is a significant correlation through the MCC (Mini Cognitive Examination), 46.2% of them suffer some type of cognitive deterioration. **Conclusions:** there is a correlation between non-adherence with cognitive status and family support.

*Keywords:* Adherence to treatment, older adult, medication.

## RESUMO

### Características de saúde e adesão farmacoterapêutica em idosos do município de Acacías (Colômbia)

**Introdução:** o envelhecimento é uma preocupação que ocupa políticas públicas em todos os países do mundo. **Objetivo:** analisar a adesão, o uso de medicamentos e o estado de saúde dos idosos do município de Acacías (Colômbia). **Metodologia:** estudo descritivo, amostragem não probabilística discricionária, n= 96 idosos. **Resultados:** 64,6% dos idosos consomem medicamentos; 62,9% não aderem ao tratamento farmacológico, existe uma correlação significativa através do MEC (mini exame cognitivo), 46,2% deles sofrem de algum tipo de deterioração cognitiva. **Conclusões:** há correlação entre a não adesão com o estado cognitivo e o suporte familiar.

*Palavras-chave:* Adesão ao tratamento, idoso, medicamentos.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una etapa en la que todos los seres humanos experimentan cambios biológicos y psicológicos, que están relacionados con diferentes factores de tipo social, económico, cultural y ecológico del entorno donde se desarrolla su vida [1, 2], influyendo de manera directa en el proceso de envejecimiento desde una edad temprana. Los cambios que experimenta el adulto mayor no vienen dados específicamente por la edad, algunos septuagenarios gozan de un estado de salud excelente, mientras que otros son frágiles y necesitan de intervenciones dentro del marco del cuidado del adulto mayor [2].

Además de los cambios biológicos que pueden experimentar las personas mayores cabe mencionar que el proceso de envejecer está asociado con otras situaciones de vida [3], como la jubilación, viviendas apropiadas, pérdida de amigos, familiares o la pareja; por lo tanto, la respuesta sanitaria en salud pública es un factor contribuyente a la mejora en la calidad de vida de los adultos mayores y, por ende, podría relacionarse con la prevención de algunos estados patológicos [4, 5].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [4], la población geriátrica a nivel mundial pasará del 12% al 22% entre el 2015 y 2050, la cantidad de personas entre 80 y 90 años aumentará cuatro veces más hasta alcanzar aproximadamente los 395 millones de adultos mayores [4]. En Latinoamérica, el envejecimiento se está dando a un ritmo acelerado, pero hay un insuficiente crecimiento institucional y, en efecto, se presenta desigualdad social en salud, acceso inequitativo a medicamentos y ausencia de valoración geriátrica por parte del profesional correspondiente. Este envejecimiento gradual se está presentando en todos los países, pero con diferentes variables [6].

Las condiciones de salud del adulto mayor pueden ser observadas a través de la medición de diferentes aspectos que se relacionan con la misma, la presencia de diferentes enfermedades o cifras de comorbilidad; según una investigación elaborada por Sarro *et al.* [7], el 44% de su población objeto de estudio presentó índices de comorbilidad, incluyendo la presencia de diversas enfermedades tal como lo reportaron Velásquez *et al.* [8], las enfermedades prevalentes corresponden a hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 y 2, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal crónica, enfermedad ácido péptica e insuficiencia hepática. Por otro lado, de acuerdo con el estudio de Cardona *et al.* [9], hay una relación entre las condiciones de salud del adulto mayor y su estado nutricional, los autores clasificaron con mala nutrición a más del 50% de la población de estudio, 69% tenía hiperglucemia; para la medición de las actividades básicas de la vida diaria reportan que a mayor edad hay mayor dependencia (prevalció el género femenino). Otros de los aspectos para

tener en cuenta para la valoración del estado de salud del adulto mayor son los índices depresivos y cognitivos [7, 10, 11], lo cual influye y afecta en su calidad de vida.

Por una parte, la polifarmacia en el adulto mayor es cada vez más frecuente debido a diferentes factores que afectan la salud de la población (presencia de diferentes enfermedades, edad avanzada y pérdida en diferentes actividades de la vida diaria) [12]. Los prescriptores comunicados dentro del ciclo de reconciliación de medicamentos en las personas mayores son causales del incremento en las cifras de ancianos polimedicados, puesto que al momento de medicar, el profesional de salud facultado debe tener en cuenta las diferentes características de los medicamentos para minimizar el impacto que se está generando por la polimedicación [13]. La adherencia terapéutica insuficiente afecta principalmente a los adultos mayores, debido a la prevalencia de deficiencias cognitivas, funcionales, regímenes médicos complejos además de múltiples comorbilidades y el manejo de estas; por otra parte, el declive de la función hepática, renal y cardíaca alteran considerablemente modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de los medicamentos, así los adultos mayores son vulnerables a efectos colaterales relacionado con su medicación [14].

En países desarrollados, la adherencia farmacoterapéutica es apenas del 50% en pacientes con enfermedades crónicas [15]. El incumplimiento con el tratamiento farmacoterapéutico se ha convertido en un problema de salud pública, que con el paso del tiempo aumenta significativamente, aún más en los países en desarrollo como consecuencia de inequidades a acceso de la atención en salud y a la insuficiencia de recursos económicos [15]. La no adherencia es el origen principal de que no se logre obtener el beneficio completo de los medicamentos, lo que puede repercutir directamente en la calidad de vida de los pacientes, adicionalmente, contribuye al desabastecimiento monetario debido al costo de nuevas intervenciones, así como al aumento de discapacidades y muertes; la adherencia es influenciada por diferentes causas relacionadas con aspectos económicos, asistencia sanitaria, factores ligados con el tratamiento en conjunto al paciente y entorno en el cual se desempeña el individuo, por tal motivo la participación de la familia o comunidad es sumamente importante en cuanto a la adherencia correspondiente al tratamiento del adulto mayor [15].

El objetivo de la investigación fue analizar la adherencia, el uso de medicamentos y el estado de salud de los adultos mayores del municipio de Acacías (Colombia); esta investigación hace parte del macroproyecto *Caracterización, social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta*, aprobado por la Dirección General de Investigaciones de la Universidad de los Llanos y responde a la línea de salud pública de la Facultad de Ciencias de la Salud.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal con variables cuantitativas. La población estuvo comprendida por todos los adultos mayores que participaban en los programas de los Centros Vida del Municipio de Acacías, Meta con una cobertura de 150 para 2017. El muestreo fue no probabilístico discrecional, es decir, se seleccionaron las personas que asistieron al programa un día en particular,  $n=96$ , se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: mayor de 60 años, activo en el Centro Vida, tener un estado de salud mental favorable y aceptar el consentimiento informado.

Los instrumentos utilizados fueron: miniexamen cognoscitivo (MEC), que tiene una fiabilidad entre 0,67-1,00 [16]. Actividades básicas de la Escala de Lawton y Brody, con una fiabilidad de 0,85 [17]. La valoración afectiva se realizó con el test de Yesavage reportado con confiabilidad para población latina de 0,72 [18]. Para conocer la adherencia al tratamiento se usó la escala de Moresby-Green con un índice de confiabilidad entre 0,64-0,83 [19, 20]. Finalmente, para valorar la comorbilidad se utilizó el índice de Charlson. El instrumento de caracterización sociodemográfica fue elaborado por los autores.

La información fue procesada en SPSS® (Statistical Product and Service Solutions) versión 20, Excel y Word. La investigación aplicó parámetros éticos contenidos en Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, además incluyó autorizaciones, aval bioético y consentimiento informado de los participantes, garantizando absoluta confidencialidad de la información y tratamiento anónimo del informante. Esta investigación siguió los principios internacionales de investigación establecidos en la declaración de Helsinki de 1975 de la Asociación Médica Mundial y contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de los Llanos.

## RESULTADOS

La tabla N.º 1 evidencia el género predominante es el masculino con un 55%; edades prevalentes corresponde al rango entre los 71-80 años, respecto al nivel educativo, el 89% no cuentan con ningún tipo de estudio o cursaron primaria incompleta; el 32% viven solos, con inquilinos o desconocidos. El 25% tenían entre mediana y alta morbilidad según el índice de comorbilidad de Charlson y el 48% tenía una autopercepción de salud entre término medio y mala.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas del adulto mayor.

| <b>Variables socio-demográficas (N= 96*)</b> |  | <b>N.º</b> | <b>%</b> |
|--|--|------------|----------|
| <b>Edad (años)</b>                           | 60-70                                  | 27         | 28       |
|  | 71-80                                  | 45         | 47       |
|  | 81-90                                  | 20         | 21       |
|  | 91-100                                 | 4          | 4        |
| <b>Género</b>                                | Masculino                              | 53         | 55       |
|  | Femenino                               | 43         | 45       |
| <b>Nivel educativo</b>                       | Sin estudios o con primaria incompleta | 85         | 89       |
|  | Primaria completa                      | 8          | 8        |
|  | Secundaria                             | 2          | 2        |
|  | Técnico o tecnólogo                    | 0          | 0        |
|  | Universitario                          | 1          | 1        |
| <b>Con quién vive</b>                        | Familia                                | 65         | 68       |
|  | Solos, inquilinos o conocidos          | 31         | 32       |
| <b>Morbilidad sentida</b>                    | Baja                                   | 72         | 75       |
|  | Mediana                                | 10         | 10       |
|  | Alta                                   | 14         | 15       |
| <b>Percepción de salud</b>                   | Mala                                   | 13         | 14       |
|  | Término medio                          | 33         | 34       |
|  | Buena                                  | 50         | 52       |

\*Número de adultos mayores participantes en la investigación.

La tabla N.º 2 corresponde al análisis de las variables sociodemográficas en relación con la polimedición y la adherencia farmacoterapéutica. 62 adultos mayores manifestaron estar consumiendo medicamentos. El rango de edades prevalentes para polimedición y no adherencia farmacoterapéutica corresponde de los 71-80 con un 26%. 34% de las mujeres reportaron no adherencia farmacológica frente a la prevalencia de polimedición en los hombres con 29%. El 52% de adultos mayores no adherentes no tenían estudios o cursaron primaria incompleta. El 24% viven solos, con inquilinos o conocidos clasificados como no adherentes según el test de Morisky Green. El 30% presenta comorbilidad sentida de término medio y con factor de polimedición. El 46% tenía una autopercepción de salud media y mala y el 48% no son adherentes a su medicación.

**Tabla 2.** Análisis de las variables sociodemográficas en relación con la polimedicación y la adherencia farmacoterapéutica.

| Variables socio-demográficas (N= 62*) |  | Polimedicados (%) |    | Total (%) | Adherente (%) |    | Total (%) |
|---------------------------------------|--|-------------------|----|-----------|---------------|----|-----------|
|                                       |  | Sí                | No |           | Sí            | No |           |
| Edad                                  | 60-70                                  | 15                | 15 | 29        | 5             | 24 | 29        |
|                                       | 71-80                                  | 26                | 19 | 45        | 19            | 26 | 45        |
|                                       | 81-90                                  | 16                | 8  | 24        | 13            | 11 | 24        |
|                                       | 91-100                                 | 0                 | 2  | 2         | 0             | 2  | 2         |
| Género                                | Masculino                              | 29                | 19 | 48        | 19            | 29 | 48        |
|                                       | Femenino                               | 27                | 24 | 52        | 18            | 34 | 52        |
| Nivel educativo                       | Sin estudios o con primaria incompleta | 48                | 37 | 85        | 34            | 52 | 85        |
|                                       | Primaria completa                      | 6                 | 5  | 11        | 2             | 10 | 11        |
|                                       | Secundaria                             | 0                 | 2  | 2         | 0             | 2  | 2         |
|                                       | Técnico o tecnólogo                    | 0                 | 0  | 0         | 0             | 0  | 0         |
|                                       | Universitario                          | 2                 | 0  | 2         | 2             | 0  | 2         |
| Con quién vive                        | Familia                                | 34                | 29 | 63        | 24            | 39 | 63        |
|                                       | Solos, inquilinos o conocidos          | 23                | 15 | 37        | 13            | 24 | 37        |
| Morbilidad sentida                    | Baja                                   | 27                | 37 | 65        | 24            | 40 | 65        |
|                                       | Mediana                                | 15                | 2  | 16        | 5             | 11 | 16        |
|                                       | Alta                                   | 15                | 5  | 19        | 8             | 11 | 19        |
| Percepción de salud                   | Mala                                   | 11                | 6  | 18        | 3             | 15 | 18        |
|                                       | Término medio                          | 31                | 18 | 48        | 19            | 29 | 48        |
|                                       | Buena                                  | 15                | 19 | 34        | 15            | 19 | 34        |

\*Número de adultos mayores que consumen medicamentos.

En la tabla N.º 3 se indica que el 29% estaban polimedicados y no eran adherentes al tratamiento farmacológico, además padecían algún tipo de deterioro cognoscitivo y el 19% experimentaba algún tipo de condición depresiva y no eran adherentes a su farmacoterapia.

**Tabla 3.** Interpretación de datos valoración MEC y depresión (test de Yesavage) con índices de polimedición y adherencia farmacoterapéutica.

| Instrumento (N=62*)                      |                                 | Polimedicionado (%) |    | Total (%) | Adherente (%) |    | Total (%) |
|--|---------------------------------|---------------------|----|-----------|---------------|----|-----------|
|  |                                 | Sí                  | No |           | Sí            | No |           |
| Valoración miniexamen cognoscitivo (MEC) | Normalidad                      | 27                  | 19 | 47        | 13            | 34 | 47        |
|  | Algún tipo de déficit cognitivo | 29                  | 24 | 53        | 24            | 29 | 53        |
| Valoración test de Yesavage              | Normal                          | 37                  | 34 | 71        | 27            | 44 | 71        |
|  | Probable depresión              | 18                  | 6  | 24        | 8             | 16 | 24        |
|  | Depresión establecida           | 2                   | 3  | 5         | 2             | 3  | 5         |

\*Número de adultos mayores que consumen medicamentos.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación reportó más presencia de hombres con un 55%, coherente con estudios como el de Sánchez *et al.* [21] donde se reporta un 56% de varones, sin embargo, en estudios colombianos se reporta más presencia de mujeres que de hombres [22, 23]. Con relación al rango edad, el 47% estaba entre los 71-80 años, situación similar a otros estudios como el de Velázquez *et al.* [8], Núñez *et al.* [13], quienes reportaron más del 50% de adultos mayores entre ese rango de edades, esto lleva a pensar en el incremento de la esperanza de vida en los países de América Latina [23, 24]. Ahora bien, 89% de los participantes eran analfabetas. El analfabetismo es un factor de riesgo relacionado con el tema de la adherencia reportado por Bello, Angulo, Ariel *et al.* [25-27], es decir, hay una relación entre analfabetismo y la no adherencia terapéutica por parte de los adultos mayores.

La polifarmacia a nivel mundial es un problema de salud pública que afecta gran parte la población geriátrica. En la investigación se evidenció que hay polimedición en 57% de los adultos mayores; en otros estudios se reportó 66,7% [8] y 85% [13], respectivamente. Las edades donde se presenta más polimedicionados son 71-80 años, sin embargo, se observa más adherencia en este grupo de edad; indicando que la enfermedad prevalente es la hipertensión arterial, de acuerdo con Velásquez *et al.* que reportaron 82,7%, con mayor consumo de medicamentos antihipertensivos en un 84,7% [8]. El índice de no adherencia encontrado en la investigación es del 63% asociado con un 89% de analfabetismo, similar a lo encontrado en algunos estudios reportados con cifras superiores



al 50% [8, 13,25-27]. El sexo con mayor adherencia fueron los hombres, teniendo un mayor cumplimiento farmacoterapéutico, lo que está en la misma línea con otros estudios [25, 28], donde las mujeres fueron menos adherentes. El estudio reportó que el 39% de los adultos mayores vivían con algún integrante de la familia y no son adherentes; estudios similares indican que un factor de no adherencia es estar solos [29], lo que conlleva a olvido en el consumo del medicamento y el incumplimiento en los horarios.

De acuerdo con la autopercepción de salud, el 44% de los pacientes no adherentes reportan su autopercepción de salud como de término medio y también mala, lo cual pone en declive lo mencionado anteriormente y, que además, corroborado con otros estudios, como el de Rodríguez *et al.*, se encuentran cifras similares como factores influyentes [30].

De acuerdo con las cifras de depresión geriátrica reportadas, en la literatura, se demostró que hay incidencia de la misma en adultos mayores [7, 31-33], los factores de riesgo que se asocian con la depresión son: el estado civil, la edad y el nivel educativo influyen [34], datos que se corroboran en la presente investigación donde el 29% de la población objeto de estudio refiere algún tipo de condición depresiva y de los cuales el 19% no son adherentes, justificando de tal modo que la condición depresiva predispone al paciente a no cumplir con los horarios de sus medicamentos, caso que se reporta también por medio de la revisión sistemática elaborada por Robin *et al.* [35], quienes concluyeron que en comparación con los pacientes no deprimidos, las probabilidades de que no se cumplan con las especificaciones de su tratamiento farmacológico son superiores en los adultos mayores con algún tipo de condición depresiva.

Por otro lado, se obtuvieron resultados del estado cognitivo en los adultos mayores, el 53% de los pacientes que consumían medicamentos tenían algún tipo de deterioro cognitivo. En otros estudios como el de Fernández *et al.* [36], quienes reportaron 37% de adultos mayores con deterioro cognitivo. Leiton-Espinoza *et al.* reportaron un 6,7% con deterioro cognitivo, incluyendo su influencia en la adherencia farmacológica, y presentando a su vez los índices de depresión y el comportamiento dentro de la adherencia farmacoterapéutica [37]. El estado depresivo, la comorbilidad y la polifarmacia son factores de riesgo de la adherencia terapéutica y deben ser valorados en el adulto mayor [38], esto hace parte de una evaluación geriátrica completa de la cual pende la obtención de una perspectiva completa de la salud del adulto mayor.

## CONCLUSIONES

La adherencia farmacoterapéutica es un factor importante que contribuye de manera directa y específica en la mejora del estado de salud del paciente; la presente investigación mostró que hubo un alto índice de no adherencia en la población objeto de estudio y esto está relacionado con las diversas condiciones de salud que predisponen al adulto mayor a una vulnerabilidad en el consumo inadecuado de su tratamiento farmacológico. De otro lado, cabe destacar que una anamnesis completa de los factores de riesgo y de salud en la población geriátrica es fundamental para detectar de manera temprana las diversas patologías que afectan la calidad y el estado de salud del adulto mayor, minimizando el impacto en cifras de polimedicación y, por ende, de la no adherencia a los medicamentos.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los adultos mayores de los Centros Vida, al municipio de Aca-cías, Meta y sus colaboradores, a la Universidad de los Llanos y al Grupo de investigación GESI, por su apoyo durante la investigación.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no declaran conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social, *Envejecimiento y vejez*, URL: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>, consultado en noviembre de 2020.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Envejecimiento y salud*, URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>, consultado en noviembre de 2020.
3. V.N. Salgado de Snyder, R. Wong, Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez, *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), S515-S521 (2007).
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ediciones de la OMS, Ginebra, Suiza, 2015.

5. Organización Mundial de la Salud (OMS), *10 datos sobre el envejecimiento*, URL: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>, consultado en noviembre de 2020.
6. P. Osorio, Exclusión generacional: la tercera edad, *Revista Mad*, **14**, 47-52 (2006).
7. M. Sarro Maluquer, A. Ferrer Feliu, Y. Rando Matos, F. Formiga, S. Rojas-Farreras, Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados, *Semergen*, **39**(7), 345-402 (2013).
8. L. Velázquez-Portillo, R. Gómez-Guerrero, Frecuencia y factores asociados al empleo de polifarmacia en pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias, *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*, **3**(2), 49-54 (2011).
9. D. Cardona-Arango, A. Segura-Cardona, M. Garzón-Duque, A. Segura-Cardona, S.M. Cano-Sierra, Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia, *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontologia*, **19**(1), 71-86 (2016).
10. B. Manrique-Espinoza, A. Salinas-Rodríguez, K.M. Moreno-Tamayo, I. Acosta-Castillo, A.L. Sosa-Ortiz, L.M. Gutiérrez-Robledo, M. Téllez-Rojo, Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México, *Revista de Salud Pública de México*, **55**(2), 323-331 (2013).
11. R.G. Cervantes-Becerra, E. Villarreal-Ríos, L. Galicia-Rodríguez, E.R. Vargas-Daza, L. Martínez-González, Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral, *Atención Primaria*, **47**(6), 329-335 (2015).
12. J.A. Castro, J.P. Orozco, D.S. Marín, Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos, *Revista Médica de Risaralda*, **22**(6), 52-57 (2016).
13. A.J. Núñez-Montenegro, A. Montiel-Luque, E.M. Auriolles, B. Torres-Verdú, C. Lara-Moreno, J.A. González-Correa, Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo, *Atención Primaria*, **46**(5), 238-245 (2014).
14. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*, URL: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>, consultado en noviembre de 2020.

15. J.M. Ribera-Casado, *Adherencia al tratamiento*, Simposio Internacional: Longevidad y comportamiento: ¿Es el comportamiento un factor interviniente en la longevidad?, Madrid, 1 y 2 de marzo, 2018.
16. C. Buizza, A. Navarro, U. Díaz-Orueta, M.F. González, J. Álaba, E. Arriola, C. Hernández, A. Zulaica, J.J. Yanguas, Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del *Severe Mini-Mental State Examination*, *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, **46**(3), 117-180 (2011).
17. Vithas NeuroRHB, *Actividades instrumentales de la vida diaria*, URL: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/actividades-instrumentales-de-la-vida-diaria/>, consultado en Octubre de 2018.-
18. A.M. Bacca, A. González, A.F. Uribe-Rodríguez, Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores Colombianos, *Revista Pensamiento Lógico*, **1**(4), 53-63 (2005).
19. D.E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood, H.J. Ward, Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting, *The Journal of Clinical Hypertension* (Greenwich), **10**(5), 348-354 (2008).
20. F. Valencia-Monsalvez, S. Mendoza-Parra, L. Luengo-Machuca, Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, **34**(2), 245-249 (2017).
21. S. Vicente-Sánchez, R. Olmos-Jiménez, C. Ramírez-Roig, M.J. García-Sánchez, M. Valderrey-Pulido, A. de la Rubia-Nieto, Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces, *Farmacia Hospitalaria*, **42**(4), 147-151 (2018).
22. N. Guerrero, M.C. Yépez, Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud, *Universidad y Salud*, **17**(1), 121-131 (2014).
23. R.F. Cuadros-Cuadros, *Polifarmacia en una población institucionalizada en Cundinamarca*, Trabajo de grado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2013, p. 73.
24. J. L. Martínez-Arroyo, A. Gómez-García, D. Saucedo-Martínez, Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto

- mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares, *Gaceta Médica de México*, **150**(1), 29-38 (2014).
25. N.V. Bello-Escamilla, P.A. Montoya-Cáceres, Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados, *Gerokomos*, **28**(2), 73-77 (2017).
  26. I.J. Ángulo-Prado, V.I. Benítez-Segura, N.Y. Coral-Bernal, I.L. Pauta-Ortega, A.M. Rodríguez-Díaz, *Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que asisten a consulta médica de primer nivel de atención en tres municipios del departamento de Nariño y un municipio de Putumayo*, Trabajo final de especialización, Universidad CES Medellín, San Juan de Pasto, 2015, p. 47.
  27. A. Salcedo-Barajas, A.M. Gómez-Ochoa, Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial, *Avances en Enfermería*, **32**(1), 33-43 (2014).
  28. Y. Valdés-Naranjo, O. Pantaleón-Bernal, M. Quiñones-Castro, Adherencia al tratamiento anticoagulante oral por enfermedad tromboembólica venosa en adultos mayores, *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat*, **18**(1), 19-34 (2017).
  29. E. Ruiz-García, F. Pérez-García, Adherencia en pacientes ancianos polimedificados usuarios de receta electrónica, *Farmacéuticos Comunitarios*, **6**(Supl. 1) (2014).
  30. M.A. Rodríguez-Chamorro, E. García-Jiménez, E.M. Pérez-Merino, P. Amariles, F. Martínez, M.J. Faus-Dader, Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular, *Pharmaceutical Care España*, **14**(4), 138-145 (2012).
  31. I.M.P. Galván-Nava, *Auditoría farmacoterapéutica en pacientes derechohabientes geriátricos que reciben medicamentos controlados en el Hospital Universitario de Puebla, México*, Trabajo de grado, Benémrita Universidad Autónoma de Puebla, México, 2015, p.50.
  32. M. Valdés-King, J.A. González-Cáceres, M. Salisu-Abdulkair, Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, **33**(4), 1-15 (2017).

33. E. Márquez-Cardoso, S. Soriano-Soto, A. García-Hernández, M.P. Falcón-García, Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados, *Atención Primaria*, **36**(6), 293-352 (2005).
34. A. Segura-Cardona, D. Cardona-Arango, A. Segura-Cardona, M. Garzón-Duque, Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012, *Revista de Salud Pública*, **17**(2), 184-194 (2015).
35. M.R. DiMatteo, H.S. Lepper, T.W. Croghan, Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence, *Archives of Internal Medicine*, **160**(14), 2101-2107 (2000).
36. L.C. Fernández-Lisón, B. Barón-Franco, B. Vásquez-Domínguez, T. Martínez-García, J.J. Urendes-Haro, E. Pujol de la Llave, Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados, *Farmacía Hospitalaria*, **30**(5), 280-283 (2006).
37. Z.E. Leiton-Espinoza, E. Fajardo-Ramos, F.M. Victoria-Mori, Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad (Perú), *Salud Uninorte, Barranquilla (Col.)*, **33**(3), (2017).
38. M.L. Peralta, P. Carbajal-Pruneda, Adherencia al tratamiento, *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, **17**(3), 84-88 (2008).

### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

S.A. Polanco-Leal, I.Z. Rivera-Gutiérrez, E. Salamanca-Ramos, Z. Velasco-Páez, Características de salud y adherencia farmacoterapéutica en el adulto mayor del municipio de Acacias (Colombia), *Rev. Colomb. Cienc. Quim. Farm.*, **50**(2), 325-338 (2021).