

NIVEL DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON PATOLOGÍA HTA-DM: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Denisse Brugere^{a*}

Daniela Galarce^a

Ignacio Gallegos^a

Claudia Hazín^a

Josefina Rojas^a

^aEstudiante de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 20 de agosto, 2020. Aceptado en versión corregida el 11 de diciembre, 2020.

RESUMEN

Introducción: El 50% de los adultos mayores presentan hipertensión arterial y diabetes mellitus. La adherencia al tratamiento es el principal factor que previene las complicaciones de las patologías crónicas. Sin embargo, la baja adherencia es cercana al 70%. **Objetivo:** Exponer el estado de la evidencia sobre los niveles de adherencia farmacológica y aspectos sociodemográficos y clínicos que se relacionan con ella, en pacientes adultos mayores de 60 años con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus II durante la última década. **Metodología:** Se realizaron búsquedas bibliográficas con términos DeCS y MESH, términos booleanos y agregando filtros de búsqueda. Se encontraron y analizaron 10 artículos que incluían variables como: nivel de adherencia, sexo, grupo etario, nivel educacional y socioeconómico, y polifarmacia. **Resultado:** El nivel de adherencia varió según estudio, con una alta adherencia del 30%. Las mujeres son menos adherentes y la adherencia es directamente proporcional a la edad. Dentro de los factores que afectan la adherencia destacan factores económicos y la principal barrera es el olvido. **Discusión:** La adherencia se asocia a factores como la falta de recursos o estar afiliado al sistema público, la postergación del cuidado, cambios del envejecimiento y polifarmacia, creando barreras que limitan la adherencia, como el olvido o falta de recursos para pagar la medicación. **Conclusión:** Existen limitaciones por la escasa información que existe sobre adherencia farmacológica de la población estudiada. Sin embargo, los principales factores que afectan son socioeconómicos y la presencia de barreras como el olvido. **Palabras clave:** Adherencia farmacológica, Adulto mayor, Hipertensión, Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió adulto mayor como “toda persona mayor de 60 años”¹. Igual que en los países desarrollados, en Chile se observa un envejecimiento poblacional que va en aumento. En el año 1992, el porcentaje de población adulto mayor era un 6,6%, el cual, para el año 2017, aumentó a 11,4%². Es así que para el 2050 las personas mayores de 60 años formarán el 28,2% de la población, casi triplicando su cantidad en 30 años y constituyendo más de un cuarto de la población nacional³. En esta misma línea, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2009-2010 mostró que “la comorbilidad es una condición fundamental a considerar en este grupo etario” puesto que, al no ser diagnosticados y tratados de forma adecuada, se asocian a una pérdida de la funcionalidad anticipada del adulto mayor. Dentro de las comorbilidades más importantes están las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus II (DM II), debido a su impacto en la salud funcional de la población⁴.

Asimismo, la OMS⁵ también definió adherencia como “tomar la medicación con la dosificación y programa prescrito con la persistencia correspondiente a lo largo del tiempo”. En países desarrollados tan solo el 50% de los pacientes crónicos generan una buena adherencia, cifra que

disminuye aún más si se habla de países en desarrollo⁶.

La baja adherencia es un problema a gran escala en la salud pública y va en aumento, independiente de la enfermedad que presente la persona. Uno de los principales problemas que trae una baja adherencia es el empeoramiento de la enfermedad crónica que se intenta controlar, trayendo consigo un incremento en la morbilidad y mortalidad⁷.

Considerando que la HTA y DM II son patologías comunes dentro de la población adulto mayor chilena (74% con factores de riesgo), la adherencia al tratamiento se vuelve fundamental para reducir complicaciones cardiovasculares y disminuir la morbi-mortalidad⁸. El riesgo cardiovascular aumenta en pacientes con patología dual HTA-DM II y, considerando que entre el 50% a 60% de pacientes diabéticos son hipertensos, la cantidad de medicamentos se debe consumir es considerablemente mayor⁹.

Debido a la poca variedad de artículos de calidad en Latinoamérica que indaguen en profundidad sobre esta problemática, el equipo investigador consideró pertinente realizar una revisión bibliográfica para analizar el estado de la evidencia sobre el nivel de adherencia de la población objetivo, paciente adulto mayor con patología dual de HTA y/o DM II, en los últimos 10 años.

*Correspondencia: dbrugeren@udd.cl
2020, Revista Confluencia, 3(2), 114-119



METODOLOGÍA

Como método de selección, el principal término de búsqueda que se utilizó fue “Adulto mayor” (Aged, en inglés). Aunque este término abarca desde los 65 años, en las búsquedas realizadas no se hallaron poblaciones exclusivamente mayores de 65 años y dentro de los términos MeSH y DeCS no existe otro que incluya a la población objetivo, por lo que el equipo investigador decidió utilizarlo de todas formas puesto que, a través de un filtro manual y la selección de artículos con población exclusivamente mayor de 60 años, se hallaron estudios que responden la pregunta de investigación y que cumplían con todos los criterios de inclusión. Los otros términos consistieron en “hipertensión arterial” (Hypertension), “diabetes mellitus tipo 2” (Diabetes Mellitus, Type 2) y “adherencia farmacológica” (Medication Adherence). Luego, se filtraron los artículos obtenidos según antigüedad (máximo 10 años), relevancia para el estudio y su disponibilidad.

Las búsquedas fueron realizadas mediante la base de datos PubMed, Scielo y Virtual Health Library, donde se identificaron un total de 1.410 artículos. El principal motivo de exclusión fue la presencia de población menor de 60 años dentro de la muestra. Se eliminaron los artículos duplicados, por lo que la muestra final quedó en 8 artículos. Estos son tanto cualitativos y cuantitativos, incluyendo entre ellos estudios observacionales, transversales y análisis de estadísticas.

Criterios de inclusión:

- Artículos sobre adherencia farmacológica en personas mayores con HTA y/o DM II que respondan la pregunta de investigación
- Artículos sobre la adherencia farmacológica donde la edad de la población sea superior a 60 años
- Artículos en inglés y español
- Artículos que posean una antigüedad de 10 años o menor

Criterios de exclusión:

- Artículos que incluyan medicamentos que no son por vía oral (como insulina)
- Artículos que hablen sobre patologías añadidas a hipertensión y diabetes (como por ejemplo, dislipidemia)
- Artículos que incluyan pacientes con HTA y/o DM II que no se encuentren con tratamiento farmacológico
- Artículos repetidos en las diferentes estrategias de búsquedas realizadas

Este estudio se organizó de forma que el desarrollo incluye tanto la presentación de resultados como el análisis y discusión de los mismos en búsqueda de responder el objetivo expuesto, para finalizar concluyendo con las limitaciones e

importancia de este documento, seguido de la bibliografía.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

Se encontraron ocho artículos que responden el objetivo de forma completa, incluyendo muestras que integran las dos patologías y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos de forma estricta.

Gran parte de ellos tiene un enfoque analítico, descriptivo y transversal y sus años de vigencia no superan los 5 años, incluyendo desde el 2016 hasta el 2019. La mayoría de los artículos pertenecían a Latinoamérica, tres de ellos a Chile.

Adherencia farmacológica

El método más utilizado fue el Test de Morisky-Green (extendido con 8 preguntas y abreviado con 4 preguntas), que valora actitudes relacionadas al tratamiento y considera un nivel adecuado de adherencia con todas las respuestas correctas.

No existió consenso en los niveles de adherencia variando los resultados según el estudio, sin embargo, se compararon los estudios que utilizaron el test de Morisky-Green (Figura 1):

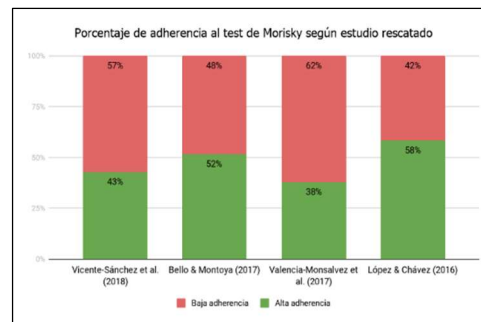


Figura 1. Porcentaje de adherencia al test de Morisky según estudio rescatado

Por otra parte, Foguet-Boreu et al.¹⁰ describe que el 34,2% de los pacientes tenía un buen control de ambas patologías; la diabetes en un 54.2% y la presión arterial en un 60,9%. Asimismo, Lee et al.¹¹ menciona que el grupo que reportó Cost-Related Nonadherence (CRN) estaba compuesto por un mayor número de pacientes con ambas patologías (HTA y DM II) en un 36,5%, en comparación con el grupo que no lo reportó (26,7%).

Esta variabilidad podría deberse a las diferentes escalas de evaluación de adherencia dentro de los estudios seleccionados, que, en los artículos que utilizaron el Test de Morisky, mostraron tanto porcentajes bajos y altos de buena adherencia, así como también podría estar relacionado a circunstancias intrínsecas y culturales de la muestra, variando según la localización geográfica, servicios de salud y calidad de atención, año del estudio, etcétera. Esto se refleja en los mayores índices de adherencia deficiente en países en desarrollo en comparación con los desarrollados, debido a la



escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud⁵.

Respecto a la población diabética, Bello y Montoya¹² mencionan que la mitad de su muestra tenía una alta adherencia, situación que ocurre también en el caso de hipertensos^{13,14}. En este caso se ve que la alta adherencia de ambas patologías por separado podría relacionarse a una menor preocupación por el número de medicamentos y la confusión de las dosis¹⁵. Hablando estrictamente sobre la DM II, también podría deberse a una mayor sintomatología que incite al paciente a adherir a tratamiento¹⁶. Y con respecto a la HTA, puede relacionarse a una menor presencia de efectos adversos a los medicamentos, lo que disminuye el riesgo de abandono¹⁷.

Por esto es difícil extrapolar la información recogida, pero a pesar de las diferencias ocasionadas por las distintas escalas de evaluación, es posible inferir que el nivel de adherencia varía de acuerdo con los programas y recursos que el gobierno disponga para ello.

Sexo biológico

Vicente-Sánchez et al.¹⁸ evidencia que el 51,85% de las mujeres del estudio tenía baja adherencia, al igual que Chandía y Luengo¹⁹, quienes refieren que las mujeres de su muestra obtuvieron una menor puntuación en el Mini-Mental State Examination (MMSE), lo que indica un mayor deterioro cognitivo asociado a menores niveles de adherencia.

El estudio de Bello y Montoya¹² relaciona el sexo femenino como un factor protector al tratamiento de DM II, mientras que López y Chávez¹⁴ refieren que las mujeres hipertensas fueron más adherentes que los hombres.

La baja adherencia relacionada a este factor probablemente se relaciona con la postergación del propio cuidado de la mujer por el de su compañero/a o hijos, provocado por la falta de tiempo asociado a la combinación del ambiente laboral y doméstico, entre otras cosas²⁰. Aun así, dos de los cinco artículos analizados adjudican una mayor adherencia al sexo femenino, incluso colocándolo como un factor protector.

Grupo etario

Bello y Montoya¹² determinaron que adultos mayores diabéticos con una edad menor a los 80 años presentan 1,59 veces más riesgo de tener menor adherencia al tratamiento. De la misma manera, el estudio de López y Chávez¹⁴ determina que la mayor adherencia se situó en el grupo de pacientes de 80-89 años. También Chandía y Luengo¹⁹ describen que el 50% de los individuos con HTA presentaron deterioro cognitivo, mientras que, de los pacientes, diabéticos solo un 5% lo presentó.

Esta situación puede deberse a la condición de autovalencia del adulto mayor, donde la presencia de

un cuidador influiría positivamente en el cumplimiento del tratamiento debido a ser un recordatorio constante de la toma de medicamentos, relevando al adulto mayor de la carga y permitiendo una correcta adherencia en situaciones que generan dificultad²¹. Asimismo, los cambios fisiológicos y patológicos pueden afectar de forma significativa la adherencia a la medicación, donde la HTA parece estar más relacionada al deterioro cognitivo.

Nivel educacional

En relación con este punto, Bello y Montoya¹² describieron que aquellos pacientes que solo habían aprobado los estudios básicos tienen mayor riesgo de no adherir a la medicación. Lopez y Chavez¹⁴ evidencian una relación entre el nivel de escolaridad y la adherencia, con un 74% de buena adherencia en la población universitaria. Por su parte, Chandía y Luengo¹⁹ describen que el 63,8% de su muestra estuvo conformada por individuos con nivel educacional básico, correlacionándose estadísticamente con el deterioro cognitivo.

En base a esto, es probable que un mayor nivel de estudios permita una mejor comprensión de la patología y sus complicaciones, además de influenciar en la percepción de riesgo y la importancia de la medicación para prevenir eventos futuros. Se puede inferir que un mayor nivel educacional permite una mayor facilidad para seguir las indicaciones médicas y mantener una correcta adherencia²². Asimismo, Parra et al.²³ mencionan que el no ser capaces de leer información sobre su patología y no ser informados de los beneficios de su tratamiento, se relaciona con baja adherencia, lo que podría estar asociado con la mala calidad de servicios que entregan los profesionales de la salud en algunos casos²⁴.

Nivel socioeconómico

El estudio de Parra et al.²³ señaló que las principales causas asociadas a la baja adherencia fueron el pertenecer al sistema de salud público y no tener los recursos económicos para viajar a la consulta, dato que también se encuentra en el estudio de Lee et al.¹¹. Si bien los medicamentos suelen ser entregados de manera gratuita por el sistema de salud público, muchos pacientes no tienen facilidad de acceso al mismo y los medios de transporte no siempre están a un costo accesible según el ingreso económico personal²⁵, por lo que la constancia de la atención se ve afectada.

Otro aspecto es la calidad de la atención recibida. Particularmente en Latinoamérica, la calidad disminuye en el servicio de salud subsidiado por el Estado, donde Lee et al.¹¹ describen que el pobre acceso a la atención médica representa una de las principales asociaciones a las barreras socioeconómicas, un factor común dentro de los países con menores ingresos, donde el acceso es



limitado para las personas de menor posición social²⁶ y dejando al paciente crónico vulnerable debido al escaso seguimiento.

Asimismo, Bello y Montoya¹² describen que los quintiles más bajos (con menores ingresos per cápita) presentan mayor riesgo de no adherir y Chandía y Luengo¹⁹ determinaron que existe relación entre el nivel socioeconómico y el deterioro cognitivo, lo que disminuye la adherencia. Estos dos aspectos podrían relacionarse estrechamente con el nivel educacional, de forma que un menor nivel socioeconómico implica un menor nivel educacional y mayor riesgo de deterioro cognitivo en la vejez²⁷.

Comprimidos consumidos

La presencia de polifarmacia, definida como “el consumo concomitante de tres o más medicamentos”, es un fenómeno frecuente en adultos mayores²⁸.

Como evidencia Foguet-Boreu et al.¹⁰ con la mitad de su muestra consumiendo más de tres píldoras y su observación sobre cómo el control de la patología disminuye con la polifarmacia, es que se puede deducir que a mayor número de comprimidos consumidos es mayor el riesgo de no adherir, confirmándose con la evidencia de López y Chávez¹⁴, donde los pacientes con monoterapia obtuvieron más de un 70% de buena adherencia.

Asimismo, la polifarmacia está asociada a mayores costos económicos y a una probabilidad creciente de olvidar tomar alguna dosis, por lo que es un factor intrínseco del adulto mayor²⁹

Barreras

La principal barrera corresponde al olvido, descrita tanto por Valencia-Monsalve et al.¹³ como por López y Chavez¹⁴, y que podría estar relacionada con los procesos fisiológicos del envejecimiento propios del adulto mayor, incluyendo el deterioro cognitivo y de memoria. En este aspecto, se debe considerar que existen programas del adulto mayor que potencian la salud mental y funcional de los pacientes, además de la presencia de un cuidador que recuerde la toma de los medicamentos o que directamente los administre⁶. La segunda barrera más importante, descrita por López y Chavez¹⁴ con pacientes hipertensos, es el sentirse bien a pesar de la patología y no sentir la “necesidad” de tomar sus medicamentos, lo que podría estar relacionado con la baja presencia de sintomatología en esta patología cardiovascular y en la menor consciencia de la misma³⁰.

Asimismo, el 6% de la muestra en el estudio de Lee et al.¹¹ refirieron barreras socioeconómicas que impedían una buena adherencia, así como bajos niveles de satisfacción de pacientes que no pueden acceder a los servicios de salud o están descontentos con la atención recibida, ya que la falta de apoyo y comprensión por parte del profesional de salud

repercute en la confianza y la relación paciente-profesional³¹.

CONCLUSIÓN

Se considera que los artículos responden parcialmente el objetivo planteado. No se llegó a un consenso sobre el nivel de adherencia de la población estudiada, debido a que esta varía según circunstancias del estudio, entendiéndose como factores a las implicancias culturales que cada país posee y que afectan el actuar de la población; situación que ocurrió también en el grupo de sexo biológico debido a la contraposición de los estudios.

Sin embargo, se pudo concluir que factores como polifarmacia, barreras y nivel educacional y socioeconómico disminuyen el nivel de adherencia, mientras que el grupo etario se consideró como un factor que puede aumentar la adherencia.

La importancia de este estudio radica en la recopilación de información sobre el estado del arte del nivel de adherencia a tratamiento farmacológico oral de las personas mayores de 60 años con HTA y/o DM II, una población en constante aumento que está expuesta a una gran cantidad de factores que podrían afectar negativamente la adherencia como es la polifarmacia, la presencia de alteraciones cognitivas, entre otras cosas. Esto permite la formulación de intervenciones basadas en conocimientos actuales y dirigidos al problema que altera el estado de salud y bienestar del paciente.

Una de las principales limitaciones de este estudio es la escasa información que existe sobre la adherencia en la población objetivo, pacientes adultos mayores de 60 años que posean tanto HTA como DM II sin otra patología añadida y estén bajo tratamiento vía oral de forma exclusiva. Aunque se buscaron solo estudios que presentaran estas patologías de forma simultánea, la muestra tuvo que modificarse para integrar estudios que presentan ambas patologías, pero no necesariamente a la vez, puesto que la cantidad de artículos necesarios para una revisión bibliográfica de calidad no estaba siendo cumplida. De la misma manera, hubo dificultad para encontrar evidencia con población exclusivamente mayor a 60 años. Para finalizar, existió la limitación de que, si bien las búsquedas se realizaron con el filtro de 10 años, solo se encontraron artículos de máximo 5 años de antigüedad que respondieran el objetivo planteado y cumplieran con los criterios.

Una de las recomendaciones y propuestas que este estudio puede extrapolar es la necesidad de información con respecto a esta población objetivo debido al importante aumento progresivo de esta dualidad en la población mayor de 60 años que pone en riesgo su salud y funcionalidad con el paso de los años si es que el tratamiento no es realizado de forma adecuada. Asimismo, las personas más añosas suelen ser dejadas de lado por muchos de los profesionales, gobiernos y estudios aun cuando son



quienes más necesitan del apoyo del resto de la población.

Algunos temas susceptibles de ser estudiados a mayor profundidad sería la relación de la adherencia con el sexo biológico, puesto que hay muchas aristas que este estudio no pudo investigar y podría ser beneficioso inspeccionar las variables socioculturales y/o biológicas involucradas en el fenómeno de la adherencia; además del factor del nivel socioeconómico, que en la sociedad actual toma un papel muy importante en el autocuidado y en el tomar consciencia de la propia salud.

Este estudio fue realizado dentro del curso de pregrado de la carrera de enfermería de la Universidad del Desarrollo para optar al título de profesional de enfermería, entregado a la Facultad de Medicina durante el mes de agosto, 2020. Asimismo, durante la formación de pregrado del grupo investigador se observó que la presencia de baja adherencia a la medicación era uno de los principales factores predisponentes para presentar complicaciones de diferentes patologías crónicas, y este estudio permitió clarificar muchas de las dudas y la situación actual de la población con más tendencia a ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Varela L. Salud y Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado el 8 de junio de 2020];33(2):199-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de resultados Censo 2017 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
- Boreal Investigación. Estudio de Recopilación, sistematización y descripción de Información Estadística Disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile [Internet]. Santiago: SENAMA; 2011 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Informe-final-recopilacion-estadistica-la-realidad-de-los-mayores-en-Chile-2012.pdf>
- Ministerio de Salud, Chile. Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. [Internet]. Santiago: MINSAL; 2014. [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ot_a_MAY_OR.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Castro A, Barrero J, García F, Soto J, Cruz E, Álvarez J et al. La adherencia a tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida [Internet]. Pfizer; 2009 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- Durand H, Hayes P, Morrissey EC, Newell J, Casey M, Murphy AW et al. Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension: Systematic review and meta-analysis. *J Hypertens* [Internet]. 2017 [citado el 8 de junio de 2020];35(12):2346-57. Disponible en: doi: 10.1097/HJH.0000000000001502. PMID: 28777133.
- Paccot M. Programa de Salud Cardiovascular del MINSAL: Cómo mejorar en Chile el control de la Presión Arterial [Internet]. Santiago: MINSAL; 2016 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.nefro.cl/v2/biblio/congresos/200.pdf>
- Górriz J, Marín R, De Álvaro F, Martínez A, Navarro F. Tratamiento de la hipertensión arterial en la diabetes mellitus tipo 2. *Nefro Plus* [Internet]. 2008 [citado el 8 de junio de 2020];1(1):16-27. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-tratamiento-hipertension-arterial-diabetes-mellitus-tipo-2-articulo-X188897000800010X>
- Foguet-Boreu Q, Violán C, López T, Guisado M, Pujol-ribera E. Pharmacological control of diabetes and hypertension comorbidity in the elderly: A study of "real world" data. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2017 [citado el 8 de junio de 2020];1-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.03.007>
- Lee S, Jiang L, Dowdy D, Hong YA, Ory MG. Attitudes, Beliefs, and Cost-Related Medication Nonadherence Among Adults Aged 65 or Older With Chronic Diseases. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2018 [citado el 8 de junio de 2020];6(15):E148. Disponible en: doi: 10.5888/pcd15.180190.
- Bello N, Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado el 8 de junio de 2020];28(8):73-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-73.pdf>
- 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 Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado el 8 de junio de 2020];34(2):245-9. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>
- López S, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2016 [citado el 8 de junio de 2020];15(1):40-50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm06116.pdf>
- Fundación Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud [RedGDPS]. Adherencia terapéutica en personas con diabetes. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos [Internet]. 2018 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/220_guiadm2_capGuia%20DM2_web.pdf
- Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la No-Adherencia. *Acta Med Colomb* [Internet], 2005 [citado el 8 de junio de 2020];30(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
- Córdoba R. Reacciones adversas a los fármacos antihipertensivos. *Aten Primaria*. 1996;17(6):420-4.
- Vicente-Sánchez S, Olmos-Jiménez R, Ramírez-Roig C, García-Sánchez MJ, Valderrey-Pulido M, de la Rubia-Nieto A. Treatment adherence in patients more



- than 65 years who experience early readmissions. *Farm Hosp* [Internet]. 2018 [citado el 8 de junio de 2020];42(4):147-51. Disponible en: doi: 10.7399/fh.10907.
19. Chandía V, Luengo C. Relación entre hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con deterioro cognitivo en adultos mayores. *Gerokomos* [Internet]. 2018 [citado el 8 de junio de 2020];30(4):172-5. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n4/1134-928X-geroko-30-04-172.pdf>
 20. Hernández-Quirama A, Cáceres F de M, Linares, J. Maternidad en la universidad: postergación del desarrollo personal a la crianza. *Medellín: Rev Virtual Univ Católica del Norte* [Internet]. 2019 [citado el 8 de junio de 2020];58:41-57. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.35575/rvucn.n58a2>
 21. Galindo-Ocaña J, Ortiz-Camúñez M, Gil-Navarro M, Garrido E, Bernabeu-Wittel M, Santos-Ramos B. La discapacidad como barrera a la adherencia terapéutica en pacientes pluripatológicos: Papel del cuidador principal. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2010 [citado el 8 de junio de 2020];210(5):221-6. Disponible en: doi:10.1016/j.rce.2009.11.015
 22. Vejar M, Abufhele A, Varleta P, Araya M, Escobar E, Fernández M, et al. Adherencia farmacológica y prevención secundaria cardiovascular: una de las principales barreras en el tratamiento de la enfermedad aterosclerótica. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2016 [citado el 8 de junio de 2020];35(3):270-82. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcardiol/v35n3/art10.pdf>
 23. Parra DI, Romero SL, Rojas LZ. Influential Factors in Adherence to the Therapeutic Regime in Hypertension and Diabetes. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2019 [citado el 8 de junio de 2020];37(3). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/340119>
 24. Libertad, M.A. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado el 8 de junio de 2020];32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&tling=es
 25. Vaccaro L. Análisis de la accesibilidad desde la perspectiva de la movilidad: Hacia el entendimiento de la desigualdad socio-territorial en casos de estudio de las comunas de Conchalí y Huechuraba [Internet]. Santiago: UChile; 2011 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/100412/0649_aq-vaccaro_l.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 26. Serra M, Serra M, Viera M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: Magnitud actual y tendencias futuras. *Rev Finlay* [Internet]. 2018 [citado el 8 de junio de 2020];8:140-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rev/v8n2/rev08208.pdf>
 27. Benavides-Caro C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex Anestesiol* [Internet]. 2017 [citado el 8 de junio de 2020];40(2):107-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
 28. Serra M, Germán J. Polifarmacia en el adulto mayor. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2013 [citado el 8 de junio de 2020];12(1):142-51. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n1/rhcm16113.pdf>
 29. Castañeda-Sánchez O, Valenzuela-García B. Análisis de costos de la polifarmacia en ancianos. *Atención Fam* [Internet]. 2015 [citado el 8 de junio de 2020];22(3):72-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300554?via%3Dihub>
 30. Martínez E, García R, Álvarez A. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Soc Española Médicos Gen y Fam* [Internet]. 2019 [citado el 8 de junio de 2020];8(2):56-61. Disponible en: http://mgyf.org/wp-content/uploads/2019/07/MGYF_2019_018.pdf
 31. Escolar-Gutiérrez MC, López-Moya B, Portabales L, Carcedo-Robles C, Alonso-Abolafia A. Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC). *PICCPsy* [Internet]. 2014 [citado el 8 de junio de 2020];54-9. Disponible en: <http://www.aepc.es/PsClinicaX/PROCEEDING/PROCEEDINGCOMPLETO.pdf#page=54>