



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v9i17.0699>

POLIFARMACIA Y ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DE UNA ZONA RURAL

POLYPHARMACY AND PHARMACOLOGICAL ADHERENCE IN OLDER ADULTS IN A RURAL AREA

Quispe-Cañaveral Silvana Estefanía ¹; Macías-Ferreiro Karina ²

¹ Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.

Correo: squispe2976@uta.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8869-8711>

² Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.

Correo: k.macias@uta.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4804-1090>

Resumen

Los adultos mayores sufren paulatinamente una serie de cambios morfológicos, fisiológicos irreversibles como respuesta propia del envejecimiento, aumentando el riesgo a desarrollar enfermedades crónicas, degenerativas las cuales generan tratamientos farmacológicos a largo plazo o permanentes siendo así casi inevitable la polifarmacia. Objetivo: Analizar el impacto que tiene la polifarmacia sobre la adherencia farmacológica en los adultos mayores de una zona rural. Método: Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance correlacional, corte transversal, la población estuvo conformada de 60 adultos mayores de la Unidad de Atención “Canitas de Oro” obteniendo una muestra final de 21 adultos que cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión. La adherencia farmacológica se determinó con el cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación traducido al español (ARMS-e), para determinar la relación entre variables se aplicó la prueba no paramétrica de correlación Rho de Spearman. Resultados: Se identificó que el 35% fueron adultos mayores con polifarmacia y multipatológicos, en los cuales predominó la polifarmacia media con 47,6%, y al aplicar la prueba Rho de Spearman su coeficiente fue igual a 0,885 y con un valor de significancia igual a 0,000 < 0,05 aceptando la hipótesis alterna. Conclusión: la polifarmacia es un factor que afecta directamente a la adherencia farmacológica puesto que, existió una correlación alta entre polifarmacia y adherencia farmacológica al tratamiento.

Palabras claves: polifarmacia, adulto mayor, cumplimiento y adherencia al tratamiento.

Abstract

Older adults gradually undergo a series of irreversible morphological and physiological changes as a response to ageing, increasing the risk of developing chronic, degenerative diseases which generate long-term or permanent pharmacological treatments, making polypharmacy almost inevitable. Objective: To analyse the impact of polypharmacy on drug adherence in older adults in a rural area. Method: A quantitative approach study, non-experimental design, correlational scope, cross-sectional, the population consisted of 60 older adults from the ‘Canitas de Oro’ Care Unit, obtaining a final sample of 21 adults who met the exclusion and inclusion criteria. Pharmacological adherence was determined using the Adherence to Medication Collection and Administration questionnaire translated into Spanish (ARMS-e). To determine the relation between variables, the non-parametric Spearman's Rho correlation test was applied. Results: It was identified that 35% were older adults with polypharmacy and multipathology, in which the average polypharmacy predominated with 47.6%, and on applying Spearman's Rho test its coefficient was equal to 0.885 and with a significance value equal to 0.000 < 0.05, accepting the alternative hypothesis. Conclusion: polypharmacy is a factor that directly affects pharmacological adherence, since there was a high correlation between polypharmacy and pharmacological adherence to treatment.

Keywords: polypharmacy, older adults, compliance and adherence to treatment.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 22 de abril de 2025.

Fecha de aceptación: 28 de junio de 2025.

Fecha de publicación: 10 de julio de 2025.



1. Introducción

La definición de adulto mayor según la Organización Mundial de la Salud (OMS) corresponde a todas las personas mayores de 60 años, sin embargo, en Ecuador la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores define adulto mayor a “aquellas personas que han cumplido 65 años o más” (1). Este grupo sufre progresivamente una serie de cambios fisiológicos irreversibles, aumentando el riesgo a desarrollar enfermedades crónicas, degenerativas y con ello el consumo de fármacos. Este grupo incrementa progresivamente cada año y consigo la incidencia de polifarmacia que va desde el 28% al 76%, cifras que varían en relación a los datos sociodemográficos (2,3).

La polifarmacia se define como el consumo simultáneo de tres o más medicamentos por día, sin embargo, no es un término fácil para definir debido que hay varios estudios que desarrollaron diferentes clasificaciones, una de ellas es polifarmacia menor el consumo diario de 2 a 3 fármacos, media de 4 a 5 y mayor más de 5 fármacos, tomando en cuenta fármacos por automedicación, vitaminas y

productos herbolarios (4). La polifarmacia es uno de factores asociados con mayor porcentaje para sufrir deterioro cognitivo, ocasionando disminución en el nivel de la memoria, lenguaje, atención, altera el funcionamiento social y visuoespacial afectando directamente a la conducta del paciente para seguir el régimen terapéutico y lograr una adecuada adherencia (5).

La adherencia farmacológica según lo describe la OMS es el “grado de cumplimiento del tratamiento con respecto a la toma de medicación, dosis, prescripción y la persistencia de tomar los fármacos durante su tratamiento” (6). En este contexto la Organización Panamericana de la Salud identifica que alrededor del 30–50 % de este grupo vulnerable tiene dificultad para seguir las prescripciones médicas y hasta el 90% toma dosis inferiores a las prescritas (7). Esta situación se da porque para el adulto mayor seguir el régimen terapéutico ya es complicado y más aún con un consumo excesivo de fármacos, esta situación aumenta los costos en el sistema de salud puesto que una



baja adherencia trae complicaciones en las enfermedades de base (3,8).

En varios países de Latinoamérica y el Caribe la polifarmacia se considera un tema de relevancia comunitario, es así que investigaciones en México evidenciaron que a partir de los 50 años incrementa la polifarmacia llegando a un pico en personas de 70 a 79 años, además identificaron que la población rural tiene 2,7% menos de polifarmacia que la zona urbana (9). Para determinar la relación entre variables es preciso tomar en cuenta factores como comorbilidades, apoyo familiar, zonas geográficas de residencia como urbano, rural debido a que en ellas existen diferentes barreras, costumbres, culturas e ideología, esto se refleja en un estudio a nivel local en dónde factores como el costo afecta en seguir el tratamiento en un 19%, la disponibilidad del fármaco 1,4% y el transporte 0,6% (10,11).

A nivel local en zonas rurales de Tungurahua la prevalencia de polifarmacia fue del 43% en los adultos mayores, los cuales tomaban de 1 hasta incluso 15 fármacos, de estos el 21,5% vivían solos y el 78,5% vivía con al menos un familiar,

sin embargo, de esta misma población solo el 30,1% fueron pacientes adherentes a los tratamientos, considerando así el apoyo familiar un factor para mejorar la adherencia con intervenciones del personal de salud hacia el paciente y familiar (12).

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue analizar el impacto, relación que tiene la polifarmacia sobre la adherencia farmacológica en los adultos mayores de una zona rural, ofreciendo información detallada sobre la prevalencia de polifarmacia, aspectos y conductas que interfieren en la toma de medicamentos en este grupo vulnerable.

2. Metodología

Investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo, diseño no experimental, alcance correlacional debido que busco analizar la relación entre polifarmacia y adherencia farmacológica, de corte transversal dado que la investigación se realizó en una sola línea de tiempo (13). El presente estudio se realizó en el Cantón Salcedo provincia de Cotopaxi-Ecuador durante el periodo

septiembre 2024 – marzo 2025, con una población de 60 adultos mayores organizados en la Unidad de Atención “Canitas de Oro”, en los cuales se aplicó la técnica de muestreo no probabilística intencional, obteniendo una muestra final de 21 adultos mayores que cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión de la investigación.

Criterios de inclusión: Adultos con una edad mayor o igual a 65 años, adultos multipatológicos por diagnóstico de enfermedades crónicas, autoinmunes, degenerativas que consuman más de 2 fármacos al día permanentemente y que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Adultos mayores que estén permanentemente a cargo de cuidadores, adultos con discapacidad visual, auditiva, adultos mayores con diagnóstico o tratamiento de enfermedades neurológicas y/o trastornos mentales.

Se aplicó un cuestionario inicial que recoge datos demográficos como edad, sexo, la variable edad se clasifico en tres grupos según

estable la OMS, adulto mayor de 60 a 74, anciano de 75 a 90 y anciano longevo mayor de 90 años (14), este cuestionario además recoge datos clínicos como la presencia de discapacidad, enfermedad, tratamiento farmacológico para identificar el número de fármacos que consumen y poder clasificarlo como polifarmacia menor (2 a 3), media (4 a 5) o mayor (más de 5) rangos que fueron definidos, clasificados y validados por el Comité de ética y de expertos del Policlínico Docente “Louis Pasteur” (4).

Además, se aplicó el cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación traducido al español (ARMS-e) elaborada por Kripalani, con un alfa de Cronbach de 0,8, consta de 12 preguntas organizadas en 2 subescalas, en donde 8 evalúan la administración de la medicación y 4 la recogida de la medicación (15). Las respuestas son con una escala tipo Likert de 4 opciones: nunca, algunas veces, casi siempre o siempre. La adherencia farmacológica se determina con el puntaje obtenido al sumar las respuestas de cada pregunta según



los siguientes valores Nunca=1; Algunas veces=2; Casi siempre=3 y Siempre=4 puntos (16). Al no contar con una categorización para determinar el nivel de adherencia se realizó una prueba de baremos donde se elaboraron 2 categorías: puntajes menores a 31 = Alta adherencia (Adherente) y de 31 a 48 = Baja adherencia (No adherente).

Los datos obtenidos fueron recopilados en el software Excel, tabulados y analizados estadísticamente en el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 27.0, las variables analizadas fueron el número de fármacos y el puntaje obtenido para determinar la adherencia farmacológica en las cuales se aplicaron pruebas de normalidad y

finalmente la prueba no paramétrica de correlación Rho Spearman.

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación para Seres Humanos de la Universidad Técnica de Ambato, con carta de aprobación 298-CEISH-UTA-2024, fecha 19 de septiembre 2024 y cuenta con los principios éticos de la Declaración de Helsinki: beneficencia, mal beneficencia, justicia, autonomía, consentimiento informado y confidencialidad (17).

3. Resultados y discusión

De los 21 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 1. Tipos de polifarmacia presente en relación edad, sexo.

Características demográficas		Tipos de polifarmacia							
		Mayor		Media		Menor		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Edad	65 – 74		37,5	5		3	100	11	52,38
	75 – 90		50	5		-	-	9	42,86
		3	12,5	-	50	-	-	1	4,76
	> 90	4	38,09	10	50	3	14,28	21	100
		1			-				
	Total	8			47,62				
Sexo	Masculino	4	50	3	30	-	-	7	33,33
		4	50	7	70	3	100	14	66,67
	Femenino	8	38,09	10	47,62	3	14,28	21	100
	Total								

La tabla-1 muestra los tipos de polifarmacia presentes en relación a los datos demográficos,

evidenciándose así que el grupo de edad que predomina corresponde a los adultos mayores de entre 65 a 74

años con un 52,38% y en ellos predomina la polifarmacia media con el consumo de 4 a 5 fármacos al día, además se evidencio que el sexo femenino es el de mayor presencia en la investigación y en la cual sigue predominando la polifarmacia media.

Además en la población estudiada se evidencio un consumo mínimo de 3 y máximo de 7 fármacos al día, del total de los adultos estudiados se identificó que el 85,7% consumen antiácidos, el 52,2% antihipertensivos siendo los de mayor presencia, seguidos de los antiinflamatorios 47,6% y en menor

medida hormonas 28,57%, biguanidas 23,8%, antimetabolitos, broncodilatadores, el resto de fármacos son por automedicación y corresponden a medicinas naturales, estos medicamentos forman parte del tratamiento farmacológico de enfermedades crónicas existentes en los adultos mayores estudiados como hipertensión en 42,8%, gastritis 38%, artritis reumatoide 28,57%, diabetes 19%, problemas de tiroides 14,2% y porcentajes mínimos de enfermedades respiratorias como EPOC, asma que no siguen con el tratamiento.

Tabla 2. Adherencia farmacológica encontrada en los adultos mayores.

Características demográficas		Alta Adherencia		Baja Adherencia		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Edad	65 – 74	11	52,38	-	-	11	52,38
	75 – 90	9	42,86	-	-	9	42,86
	> 90	1	4,76	-	-	1	4,76
	Total	21	100	-	-	21	100
Sexo	Masculino	7	33,33	-	-	7	33,33
	Femenino	14	66,67	-	-	14	66,67
	Total	21	100	-	-	21	100
Polifarmacia	Mayor	8	38,09	-	-	8	38,09
	Media	10	47,62	-	-	10	47,62
	Menor	3	14,2	-	-	3	14,2
	Total	21	100	-	-	21	100

La tabla-2 evidencia que en los adultos mayores del presente estudio el 100% presentan una adherencia farmacológica alta, no se

evidencio variación alguna del tipo de nivel de adherencia en relación a los datos demográficos, esto debido a que los puntajes obtenidos en el



cuestionario de adherencia farmacológica tuvieron un mínimo de 18 puntos y máximo de 28 puntos sin

superar los 30 puntos que establecería la falta de adherencia o baja adherencia farmacológica.

Tabla 3. Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación (ARMS-e)

Adherencia relacionada a la administración de la medicación	n (%)			
	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con que frecuencia olvida tomar sus medicamentos?	5 (23,81)	14 (66,67)	2 (9,52)	-
2. ¿Con que frecuencia decide no tomar sus medicamentos?	9 (42,86)	10 (47,62)	2 (9,52)	-
5. ¿Con que frecuencia se salta una dosis de su medicación?	6 (28,57)	14 (66,67)	1 (4,76)	-
6. ¿Con que frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?	10 (47,62)	8 (38,09)	3 (14,29)	-
7. ¿Con que frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?	10 (47,62)	9 (42,86)	2 (9,52)	-
8. ¿Con que frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?	7 (33,33)	13 (61,91)	1 (4,76)	-
9. ¿Con que frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades, por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería?	7 (33,33)	12 (57,14)	2 (9,52)	-
10. ¿Con que frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?	1 (4,76)	12 (57,14)	8 (38,10)	-
Adherencia relacionada a la recogida de la medicación.	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Con que frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?	3 (14,29)	14 (66,66)	4 (19,05)	-
4. ¿Con que frecuencia se queda sin medicinas?	4 (19,05)	15 (71,43)	2 (9,52)	-
11. ¿Con que frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?	11 (52,38)	7 (33,33)	3 (14,29)	-
12. ¿Con que frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?	-	17 (80,95)	4 (19,05)	-

Como se muestra en la tabla-3 la encuesta para determinar la adherencia farmacológica consta de dos aspectos, el primero relacionado con la administración del medicamento en donde se pudo

evidenciar que tan solo el 9,52% olvida con una frecuencia de casi siempre tomar sus medicamentos, cifra que se relaciona con el 4,76% que corresponde a los adultos mayores que se saltan las dosis de

sus medicamentos, la frecuencia de casi siempre olvidarse, de saltarse las dosis, modificarlas según su conveniencia, de no tomarlas porque se encuentra bien o por descuido no supera el 15%, esto a excepción de la frecuencia con que olvidan tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día cifra que corresponde al 38,10% de casi siempre.

El segundo aspecto se relaciona con la recogida de los medicamentos, en donde se

identificó que el 52,40% nunca retrasa la recogida de los medicamentos a causa del costo y solo un 9,52% tiende a quedarse sin medicina casi siempre. En todas las preguntas ningún porcentaje corresponde a la frecuencia de siempre y porcentajes mínimos corresponden al casi siempre por lo cual los puntajes finales para determinar la adherencia o no al tratamiento fueron inferiores a 30 puntos.

Tabla 4. Prueba de hipótesis

Coeficiente de correlación		Polifarmacia (# de fármacos)	Adherencia (Puntaje cuestionario)
Polifarmacia (# de fármacos)	Rho de Spearman	1,000	0,885
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	21	21
Adherencia (Puntaje cuestionario)	Rho de Spearman	0,885	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	21	21

Para la prueba de hipótesis se estableció un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, la hipótesis alterna fue la existencia de relación entre polifarmacia y adherencia a los fármacos, mientras que la hipótesis nula planteó que no existe relación entre polifarmacia y adherencia a los fármacos. Para comprobar dicha relación primero se puso a prueba la distribución de

normalidad Shapiro-Wilk de los 21 datos de las variables, en donde se obtuvo que la variable número de fármacos que determina la polifarmacia es $= 0,033 < 0,05$ lo que significa que no siguen una distribución normal y el puntaje del cuestionario adherencia farmacológica $= 0,258 > 0,05$ por el contrario si sigue una distribución normal.



En tal virtud se ejecutó la prueba no paramétrica rho de Spearman, en la cual se obtuvo un coeficiente de correlación de 0,885 siendo una correlación positiva alta, con un nivel de significancia de 0,000 ($p < 0,05$) aceptándose la hipótesis alterna y una correlación significativa.

Hay que tener en cuenta que los datos analizados como lo fueron el número de fármacos entre el puntaje obtenido del cuestionario dieron mayor exactitud para obtener los resultados y si bien se demostró una correlación positiva alta entre ellos hay que guiarnos en la interpretación del cuestionario, siendo así que la cantidad de fármacos es directamente proporcional al puntaje del cuestionario e inversamente proporcional a la adherencia farmacológica.

Discusión

En la presente investigación el 35% de los adultos mayores presentaron polifarmacia, estas cifras están dentro del rango encontrado en investigaciones a nivel regional que identifican que en América Latina la polifarmacia en adultos mayores va desde el 28% al 76%, no obstante estas cifras pueden diferir, siendo el caso de una investigación realizada

en la Provincia del Oro-Ecuador con 100 adultos mayores atendidos en el Primer nivel de Atención en donde encontraron un aumento significativo siendo el 92% de adultos los que presentaban polifarmacia (18). Por ello hay que tener en cuenta que los resultados varían según zona geográfica como en nuestro estudio, institución a investigar, incluso el punto de corte al determinar polifarmacia.

Dentro de las características demográficas de los adultos mayores en el presente estudio predominó el sexo femenino con el 66,6%, estas cifras concuerdan con estudios en donde de la población total más del 50% corresponde al sexo femenino, tal es el caso de una investigación en 367 pacientes mayores de 60 años en Tabasco que revela que el 62,39% de participantes correspondía al sexo femenino (19). Esta situación y cifras suelen darse por una mayor preocupación del estado de salud por parte de las mujeres y una comorbilidad mayor que en hombres (20).

Aspectos importantes como la cantidad de fármacos consumidos van a presentar variaciones

dependiendo la zona de estudio, esto se evidencia en una investigación realizada en un consultorio de zona urbana en donde se destacó que el 82,5% presentaban un consumo de 4 a 5 fármacos simultáneamente con un consumo máximo de hasta 10 fármacos, si bien en el presente estudio realizado en una zona rural el consumo de 4 a 5 fármacos es similar por ser el de mayor predominio su porcentaje es solo del 47,62% y desciende a 7 fármacos como el máximo consumo, además de estos datos el cuestionario del presente estudio evidencia cifras para determinar que en la zona rural factores como creencias, costumbres, conocimiento e incluso la barrera del transporte, distancias pueden determinar los niveles de polifarmacia presentes (2).

En el presente estudio los adultos mayores presentan como máximo un consumo de 7 fármacos, sin tomar en cuenta productos herbolarios debido a que su consumo no fue permanente, estos resultados no muestran mayor diferencia al estudio de revisión sistemática realizado en 2023 donde evidencian que en Ecuador los adultos mayores

consumen entre 3 a 6 fármacos (7).

La pluripatología ha sido una situación presente en un gran porcentaje de los adultos mayores por ser más susceptibles a las enfermedades crónicas, es así que en el estudio actual se evidencio que las enfermedades con mayor presencia e incluso simultáneamente en los adultos mayores son las crónicas tales como la hipertensión, gastritis, artritis reumatoide, diabetes mellitus estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado a los adultos del Policlínico Docente "Louis Pasteur" donde identificaron la presencia de hipertensión en el 77,32% y diabetes el 27,84%, esta condición conlleva a un tratamiento farmacológico permanente que afecta el nivel de adherencia al tratamiento más aún con múltiples patologías (4).

En cuanto a la adherencia farmacológica se evidencia en un estudio realizado en 93 adultos mayores de una zona rural de Pillaro que el 69,9% fueron pacientes no adherentes y con un consumo de 1 a 14 pastillas, lo contrario a los resultados del presente estudio en donde el 100% de adultos mayores



presentaban una alta adherencia, con estos hallazgos se demuestra el impacto que tiene la polifarmacia (cantidad de fármacos) sobre la adherencia farmacológica, tal es el caso que en nuestro estudio la cantidad de fármacos fue menor ayudando a mantener una buena adherencia, así también el análisis estadístico identifico que a mayor número de fármacos aumenta el puntaje del cuestionario aplicado lo que significa que baja la adherencia al tratamiento, por ello hay que tener en cuenta que el instrumento para analizar la adherencia influye considerablemente en los resultados (11).

Considerando que el nivel de significancia de la prueba Rho Spearman fue $p=0,000$ se determinó que si existe relación entre las variables estudiadas la cual es alta según el coeficiente de correlación de Spearman evidenciando a que a mayor polifarmacia menor es la adherencia al tratamiento farmacológico, estos datos son contradictorios con los resultados del estudio realizado a los adultos del Policlínico Docente “Louis Pasteur” en donde $p=0,859$ por lo tanto los datos de polifarmacia no revelan una

asociación significativa con adherencia farmacológica, dichos resultados pudieron verse afectados por otros factores de riesgo, condicionante para determinar la adherencia e instrumento empleado para determinar el nivel de adherencia (4).

Por último, en el presente estudio se puede considerar como limitación el número de la muestra final, sin embargo, esto se dio porque a pesar que en su mayoría presentaban patologías crónicas estos optaban por no tomar los medicamentos recetados porque atribuían sus molestias a los fármacos prefiriendo remedios naturales por lo cual ya no cumplían con los termino de inclusión.

4. Conclusiones

En los adultos mayores del presente estudio se evidencio que menos de la mitad presentaban polifarmacia y en ellos se identificaron tres tipos predominando la polifarmacia media la cual destaca en los grupos de adulto mayor y ancianos, además se identificó que los tres tipos de polifarmacia están distribuidos con mayores cifras en las mujeres que en los hombres, según las cifras esto

sugiere que en la zona rural a pesar de presentar pluripatologías sus habitantes optan por no tomar el tratamiento farmacológico sustentándose con los porcentaje bajos de polifarmacia.

Con respecto al nivel de adherencia farmacológica se identificó una adherencia alta en la totalidad de la muestra, sin mostrar variación con respecto a los datos demográficos, ya sea por la cantidad de fármacos mínimos en comparación a otros estudios o por el punto de corte para determinar la adherencia, los puntajes obtenidos no sobrepasaron el rango para considerar una baja adherencia. Además, se pudo evidenciar que los adultos mayores del presente estudio tienen mayores complicaciones en cuanto a la recogida de la medicación quedándose en ocasiones sin medicamentos o la parte económica retrasa su adquisición.

La polifarmacia es un factor que modifica directamente el nivel de adherencia farmacológica, es así que al realizar las pruebas de correlación se concluye que, si existe una relación alta significativa y al analizarla es inversamente proporcional la polifarmacia con la

adherencia farmacológica en los adultos mayores, puesto que en nuestro estudio mientras el número de fármacos ascendía también lo hacia el puntaje para determinar la adherencia y teniendo en cuenta que a mayor puntaje menor es el nivel de adherencia farmacológica.

Bibliografía

1. Molina DS, Camino SA. La atención al adulto mayor. Necesidad y posibilidad. *Pentacencias [Internet]* 2024, 6(1): 260-72. <https://www.editorialalema.org/index.php/pentacencias/article/view/992>
2. Roca IC, Ramos K, Martínez GJ, Pérez D, González MR. Caracterización de la polifarmacia en adultos mayores de un consultorio médico urbano. *Mul Med. [Internet]* 2021, 25(2). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104893>
3. Jumbo DM, Valdiviezo JC, Calderón DE. Polifarmacia en pacientes adultos mayores y el papel de enfermería en el primer nivel de atención en salud de Santa Rosa 2023. *Ciencia latina [Internet]* 2024 (1): 8759-8772.



- https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10206
- <http://journalmhe.org/ojs3/index.php/jmhe/article/view/46>
4. Jiménez M, Caballero G, Góngora J, Iglesias G, Galardy J. Polifarmacia y adherencia farmacológica en adultos del Policlínico Docente “Louis Pasteur”. *Univ Méd Pinareña [Internet]* 2021 17(2): e658. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8198590>
 5. Moreno M, Castillo J, García LR, Gómez HR. Risk factors associated with cognitive impairment in aged: Cross-sectional study. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]* 2023; 61(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10732693/>
 6. García S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. *Rev. OFIL·ILAPHAR [Internet]* 2020; 30(2):115-120. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200115
 7. Alvarado AJ, Cedeño JA, Gálvez SA, Mendoza KE, Ponce JA. Therapeutic adherence and complications of polypharmacy in the elderly: A literature review. *Multidisciplinary Health Education [Internet]* 2023. 5(2): 224-234. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10206
 8. Chiquito MM, Quijije JG, Quiroz NJ, Sánchez CL. Polifarmacia: una mirada en la medicación del adulto mayor. *Dom. Cien [Internet]* 2021. 7(5): 285-295. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383875>
 9. Poblano O, Bautista A, Acosta O, Gómez P, Saturno P. Polifarmacia en México: un reto para la calidad en la prescripción. *Salud Pública Mex [Internet]* 2020. 62(6): 859-867. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97200>
 10. Quispe GM. El costo de la salud en adultos mayores: Un estudio descriptivo y retrospectivo en Ecuador. *Inf.tecnol* 2021; 32(5): 75-90. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07642021000500075&script=sci_arttext&tlng=en
 11. Labarta A, García C, Bernad D, Pelet E, Mata C, Aznárez M. Factores condicionantes y estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Revisión sistemática. *Revista sanitaria de Investigación [Internet]* 2023, 4(1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8806683>

12. Padilla VE, Morales JM. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. *Dom Cien [Internet]* 2020; 6(4): 68-80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385958>
13. Guevara G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO [Internet]* 2020, 4(3): 163-7. Available from: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
14. Campó S. ¿Eres un adulto mayor o anciano? Esta es la clasificación de la OMS para las personas desde los 60 hasta los 90 años. Infobae. Perú [Internet] 2021. <https://www.infobae.com/peru/2024/10/25/eres-un-adulto-mayor-o-un-anciano-esta-es-la-clasificacion-de-la-oms-para-las-personas-desde-los-60-hasta-los-90anos/#:~:text=Clasificaci%C3%B3n%20de%20las%20personas%20mayores%20de%20acuerdo%20a%20su%20edad&text=Una%20vez%20ll egados%20a%20los,partir%20de%20los%2090%20a%C3%B1os>
15. Rodríguez M, García E, Rodríguez A, Batanero C, Pérez EM. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en práctica clínica habitual. *Pharm Care Esp [Internet]* 2020;22(3): 148-72. <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572>
16. Aldana I, Mjic S, Palchick V, Traverso M. *Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados en pacientes crónicos: revisión sistemática.* Farmacia Hospitalaria [Internet] 2024. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634324000023>
17. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki: Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos.* 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil. Universidad de Navarra Centro de Documentación de Bioética. [Internet] 2013. <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinkibrasil.pdf>
18. Albarracín MJ, Bueno S, Rodríguez C, Blanco A, Cadena M. Asociación entre polifarmacia y prescripción inapropiada según la clase social en adultos mayores de Bucaramanga. *Revista de la Universidad Industrial de Santander [Internet]* 2021. 53:



141-149.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072021000100315&script=sci_arttext

19. Agosto IC, Gallegos E, Padrón HC. Calidad de vida y polifarmacia en adultos mayores de una unidad de medicina familiar. *Revista horizonte [Internet]* 2024. 23 (2): 451-457. <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/5856>
20. Ramírez P, Furones J, Ramos C, Ramírez P, Valladares M. Polifarmacia y complejidad farmacoterapéutica en pacientes de hogares de ancianos en Cienfuegos. *Rev Haban Cienc Méd [Internet]* 2021. 20(3): e3643. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110466>