

Uso de medicamentos por parte de personas mayores durante 2018-2019 en Goicoechea, Costa Rica

SEGURA-CANO S

Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología y Toxicología Clínica. San José (Costa Rica)

Fecha de recepción: 12/05/2021 - Fecha de aceptación: 22/06/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X20260003000011>

RESUMEN

Objetivo: Este estudio determinó el uso de medicamentos por parte de la población mayor que asiste a grupos organizados en Goicoechea, Costa Rica, durante 2018-2019.

Método: Estudio observacional, trasversal y descriptivo sobre el uso de medicamentos en la población mayor de 65 años. Los criterios de inclusión fueron: tener 65 años o más, ser residente del cantón de Goicoechea y estar consumiendo al menos un medicamento al momento de la entrevista. El periodo de estudio comprendió del 01 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2019.

Resultados: Se realizaron 254 entrevistas a personas de 16 grupos organizados, la mayoría fueron mujeres. En promedio, reportaron 3,6 enfermedades crónicas por persona. El 61,4% de las personas participantes estaban polimedidas. Para el 38,1% se reportó adherencia al tratamiento,

según test de Morisky-Green. El 34% reportó haberse automedicado en las dos semanas previas a la entrevista.

Discusión: Existen diversos factores que influyen en el uso de medicamentos por parte de la población mayor. Se evidenció la presencia de pluripatologías, polifarmacia y falta de adherencia terapéutica. Además de automedicación en un tercio de los participantes. No se encontraron diferencias actitudinales sobre el uso de medicamentos entre la población de estudio y los datos reportados previamente para la población mayor de Costa Rica.

Conclusiones: El porcentaje de personas mayores con pluripatologías, polifarmacia y que se automedica es alto. Por esto, es necesario definir estrategias para el autocuidado, considerando la adherencia terapéutica y la automedicación responsable. De esta manera, estas intervenciones pueden contribuir con la promoción de un envejecimiento saludable.

Palabras clave: Anciano, anciano de 80 o más años, polifarmacia, automedicación, cumplimiento y adherencia al tratamiento.

Use of medicines by elderly people during 2018-2019 in Goicoechea, Costa Rica

SUMMARY

Aim of study: This study determined the use of medications by the elderly population that attends organized groups in Goicoechea, Costa Rica, during 2018-2019.

Method: Observational, cross-sectional, and descriptive study on the use of medications by adults over 65 years of age. The inclusion criteria were being 65 years of age or older, being a resident of Goicoechea and consuming at least one medication at the time of the interview. The study period ran from Ja-

nuary 1, 2018 to December 31, 2019.

Results: 254 interviews were conducted with people from 16 organized groups, the majority were women. On average, they reported 3.6 chronic diseases per person. 61.4% of the participants were polymedicated. Regarding therapeutic adherence, 38.1% reported adherence to treatment. 34% reported having self-medicated in the two weeks prior to the interview.

Discussion: There are several factors that influence the use of medicines by the elderly population. The presence of mul-

multiple pathologies, polypharmacy and lack of therapeutic adherence was evidenced. In addition to self-medication in a third of the participants. No attitudinal differences were found on the use of medications between the study population and the data previously reported for Costa Rican elderly population.

Conclusions: The percentage of elderly people with multiple pathologies, polypharmacy and who resort to self-medication is high. For this reason, it is necessary to define strategies for self-care, considering therapeutic adherence and responsible self-medication. In this way, these interventions can contribute to promote healthy aging.

Key words: Aged, aged 80 and over, polypharmacy, self medication, treatment adherence and compliance.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la legislación costarricense, la población adulta mayor se define como aquella de 65 años y más y representa aproximadamente el 9% de la población total de Costa Rica^{1,2}. Corresponde a un grupo poblacional muy diverso que, en algunos casos, puede presentar pluripatologías y, por ende, polifarmacia (consumo de 5 o más medicamentos al día).

Así mismo, cabe destacar que el envejecimiento es un fenómeno multidimensional y heterogéneo, asociado con cambios físicos, sociales, económicos y familiares, que se presentan a lo largo de todo el ciclo vital³. El paradigma de envejecimiento ha cambiado en los últimos años, así como los conceptos asociados a este^{4,6}. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, como agenda necesaria para desarrollar y fortalecer la capacidad funcional en edades avanzadas⁵.

Con esto, queda claro que vejez y envejecimiento son dos conceptos bien diferenciados, pero, en la medida que se favorezca un envejecimiento saludable, la calidad de vida de las personas en este grupo etario va a mejorar. Por esto, en esta conceptualización cabe destacar la importancia de los grupos organizados de personas mayores en la promoción del envejecimiento saludable. Fernández *et al.*⁷ demostraron los efectos de un programa de mayores sobre su autopercepción y evidenciaron que participar en este mejoraba la visión que tenían de ellos mismos y de su proceso de envejecimiento, incrementando su percepción de calidad de vida. Asimismo, otros autores indican que la participación en estos grupos favorece las relaciones sociales y promueve la definición de propósitos en la vida⁸⁻¹⁰.

Por lo tanto, es válido preguntarse si este efecto beneficioso se evidencia en una actitud sobre el uso de medicamentos. Según el II Informe Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (de ahora en adelante II ESPAM), las enfermedades que tienen una mayor prevalencia en la población mayor corresponden a enfermedades crónicas que implican el consumo de medicamentos¹¹.

Al analizar la percepción de las personas mayores sobre el uso de medicamentos, es necesario considerar los factores que pueden influir en este. Las dinámicas asociadas a los tratamientos, principalmente crónicos, pueden suponer una carga para los pacientes, principalmente en aquellos polimedcados¹²⁻¹⁴.

Por lo general, este tipo de tratamientos requiere un compromiso del paciente y una guía por parte de los profesionales en salud para lograr optimizar la terapia farmacológica. Numerosas estrategias se han desarrollado para mejorar la adherencia terapéutica, sin embargo, la falta de esta sigue siendo un problema de salud pública con un alto coste para el sistema sanitario¹⁵⁻¹⁷.

Sobre este particular, se ha reportado que la falta de satisfacción hacia la terapia medicamentosa influye negativamente en la adherencia terapéutica, debido a que los pacientes sienten aversión hacia los tratamientos, aun sabiendo que son necesarios¹⁸. El no percibir beneficios inmediatos influye en este comportamiento, a pesar de que se enfatice en las complicaciones a largo plazo que se pueden presentar para algunas enfermedades¹⁹.

Estos hechos, aunados a la automedicación, pueden suponer un riesgo para la persona. Algunos autores estiman en un 15% la automedicación para padecimientos agudos en la población mayor en Costa Rica²⁰.

Por lo tanto, el uso y consumo de medicamentos se convierte en tema de interés para la salud pública y en un campo de estudio de la farmacoepidemiología. Este trabajo es un acercamiento a la percepción de las personas adultas mayores de grupos organizados acerca de su medicación y las variables que la influyen.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, cuantitativo, transversal y descriptivo sobre el uso de medicamentos en las personas adultas mayores de 65 años, pertenecientes a grupos organizados del cantón de Goicoechea, San José. El periodo de estudio comprendió del 01 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2019.

Para ello, se tomó como población todos los grupos organizados de personas mayores que tuvieran relación con la Red de Atención Progresiva para la Persona Adulta Mayor de Goicoechea. No se realizó ningún tipo de muestreo y se incluyó a todas las personas que manifestaran interés en participar y que cumplieran los criterios de inclusión.

Se contactó, vía telefónica, con los dirigentes de cada grupo organizado, se explicó el propósito, objetivos y alcances del proyecto y se procedió a agendar visitas presenciales a las reuniones en las que participaban los integrantes de los grupos. En cada una de las reuniones se hizo la convocatoria para participar en el estudio, en estricto apego a los principios bioéticos.

Las personas interesadas en participar debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: tener al menos 65 años, ser residente del cantón de Goicoechea y estar consumiendo al menos un medicamento al momento de la entrevista.

Se realizaron las visitas necesarias para atender a todas las personas interesadas en cada grupo organizado.

El cuestionario se registró en forma física y fue codificado de forma interna, con el fin de mantener el anonimato de las personas participantes. El instrumento utilizado se encuentra en el Anexo I.

El procesamiento de los datos se realizó en el paquete estadístico Excel, por un profesional independiente a la investigación. El análisis de los datos fue descriptivo para todas las variables analizadas.

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, código de inscripción 422-B8-316.

RESULTADOS

En total se recopiló información de 254 personas, de 16 grupos organizados del cantón de Goicoechea. En la tabla 1 se presentan los principales resultados sociodemográficos.

En relación con las enfermedades crónicas referenciadas por las personas mayores, se consultó por aquellas para las cuales recibían tratamiento al momento de la entrevista, los datos se muestran en la tabla 2. En la categoría de otros se incluyeron todas aquellas que no estaban contempladas en el cuestionario, se destacan anemia (8 casos), patologías oculares (6 casos), vértigo (5 casos), afecciones cardíacas (5 casos), entre otras. Se estimó un promedio de 3,6 enfermedades crónicas por persona, sin embargo, al considerar las afecciones agudas, este valor fue de 4,1 por persona.

Asimismo, se consultó por las afecciones agudas para las cuales recibía tratamiento, las principales fueron dolor (14,6%), gripe/resfrío (9,9%) y trastornos del sistema digestivo (6,30%).

De igual manera, existía la posibilidad de que la persona referenciara otras patologías para las cuales no tenía tratamientos prescritos. Por lo tanto, se consultó sobre su la presencia de enfermedades que no estaban siendo tratadas farmacológicamente, el 28% respondió afirmativamente. De este porcentaje, el 31% señaló padecer dolor/desgaste, el 12,7% indicó algún trastorno del sistema nervioso central (insomnio, depresión, ansiedad) y el 11% problemas vasculares.

El 61,4% de los participantes se clasificó como polimedcado, es decir, tomaban 5 o más medicamentos por día. No obstante, solamente el 12,6% refirió requerir ayuda para la administración de estos, principalmente personas mayores de 80 años. El tipo de ayuda estaba relacionada con el horario de medicación (65,6%), la identificación del tratamiento (62,5%), la toma del medicamento (50%) y el almacenamiento (37,5%).

Se aplicó la prueba de Morisky-Green²¹ a los participantes, independientemente de la patología referida. El 41,5% había olvidado tomar sus medicamentos, el 70,8% los tomaba a la hora indicada y más del 80% manifestó no abandonar el tratamiento. Al analizar las respuestas solamente el 38,1% fue adherente.

En la tabla 3 se señalan las principales limitaciones relacionadas con el consumo de medicamentos por parte de las personas no adherentes. Cada persona no adherente manifestó tener, en promedio, 1,5 razones o limitaciones para no cumplir al pie de la letra con el tratamiento.

Adicionalmente, se consultó a las personas participantes que indicaran en términos generales, qué tan a gusto se sentían con su tratamiento, el 80,7% respondió que se sentía satisfecho. Solo el 25,2% refirió haber recibido consejo o ayuda por parte del centro de salud en el último mes.

Por último, el 34% refirió automedicarse, las principales razones para hacerlo se enumeran en la tabla 4. En el 32% de estos casos hubo consejo por parte de un profesional sanitario no prescriptor, según la normativa costarricense, en el 38% estuvo mediado por consejo de un familiar o conocido y en el 30% fue a través de información publicitaria por distintos medios de comunicación.

DISCUSIÓN

La población mayor de 65 años representa el 10,9% del total de habitantes del cantón de Goicoechea y se considera una región envejecida del país, de estos el 57,9% corresponde a mujeres^{2,11}. No obstante, los resultados obtenidos evidencian una mayoría de mujeres (85,4%). Este fenómeno se debe a que hay una mayor participación de mujeres en grupos organizados de personas mayores, debido a la mayor facilidad que tienen en la construcción de redes, así como su vínculo histórico con el autocuidado²².

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las personas incluidas en el estudio

| Dato | Número de participantes | Porcentaje (%) |
|---------------------------------|-------------------------|----------------|
| Edad | | |
| De 65 a 69 años | 78 | 30,7 |
| De 70 a 74 años | 66 | 26,0 |
| De 75 a 79 años | 54 | 21,3 |
| Más de 80 años | 56 | 22 |
| Sexo | | |
| Masculino | 37 | 14,6 |
| Femenino | 217 | 85,4 |
| Escolaridad | | |
| Ninguna | 10 | 3,9 |
| Primaria incompleta | 65 | 25,6 |
| Primaria completa | 92 | 36,2 |
| Secundaria incompleta | 53 | 20,9 |
| Secundaria completa | 13 | 5,1 |
| Técnica | 5 | 2,0 |
| Universitaria | 16 | 6,3 |
| Cohabitantes en el hogar | | |
| Vive solo | 55 | 21,7 |
| 1-2 personas | 88 | 34,6 |
| 3-4 personas | 80 | 31,5 |
| Más de 5 personas | 31 | 12,2 |

Una característica particular del grupo de estudio es su mayor longevidad comparado con la población mayor del cantón. El 43,3% de los participantes eran mayores de 75 años, en tanto, los datos poblacionales señalan un 37,2% para este grupo etario².

En cuanto a la escolaridad, los datos muestran una diferencia importante en la proporción de personas sin escolaridad. A nivel nacional, el porcentaje de personas sin escolaridad era del 11% para el 2018¹¹; en cambio, en el grupo estudiado es del 3,9%. Cabe destacar que existe una brecha en el acceso a la educación entre las diferentes zonas del país y se trabajó en una zona urbana. La expansión de los servicios públicos de educación del país inició, precisamente, en las zonas urbanas. Además, en estas existe una mayor demanda de trabajos más calificados, lo cual ha generado más posibilidades de acceso.

En referencia a las enfermedades autorreportadas, la hipertensión es la principal patología reportada (81%), los datos presentados son superiores a los publicados en el II ESPAM (59%)¹¹ y cercanos a los publicados en el Análisis de Situación de Salud del Ministerio de Salud para el 2018 (65,3% en hombres y 74,8% en mujeres)²³. Se destacan las dislipidemias, la diabetes mellitus, enfermedades del sistema digestivo, dolor y enfermedades del sistema nervioso como las principales patologías asociadas a las personas entrevistadas. Estos datos coinciden parcialmente con los reportados en el II ESPAM¹¹.

Tabla 2. Enfermedades crónicas autorreportadas por las personas mayores para las cuales reciben tratamiento farmacológico

| Patología | Personas que referencian recibir tratamiento | Porcentaje (%) |
|---|--|----------------|
| Hipertensión arterial | 207 | 81,5 |
| Dislipidemias (colesterol y/o triglicéridos altos) | 105 | 41,3 |
| Diabetes mellitus/prediabetes | 94 | 37,0 |
| Enfermedades sistema digestivo (úlceras, reflujo, gastritis, diarrea, estreñimiento, colitis) | 92 | 36,2 |
| Dolor | 61 | 24,0 |
| Enfermedades del sistema nervioso central (depresión, ansiedad, insomnio) | 54 | 21,3 |
| Accidentes cardiovasculares (infarto, derrame) | 49 | 19,3 |
| Hipotiroidismo | 42 | 16,5 |
| Osteoporosis/osteopenia | 34 | 13,4 |
| Alergias | 32 | 12,6 |
| Problemas osteoarticulares (lesión/desgarro/desgaste) | 29 | 11,4 |
| Enfermedades sistema respiratorio (asma, EPOC) | 24 | 9,4 |
| Enfermedades reumáticas | 13 | 5,1 |
| Problemas vasculares | 11 | 4,3 |
| Tumores/neoplasia/linfoma | 5 | 2,0 |
| Fibromialgia | 3 | 1,2 |
| Otros | 62 | 24,4 |

Es importante notar que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las dislipidemias se encuentran o están relacionadas con las principales causas de muerte y discapacidad en el país, según el Instituto de Métricas y Evaluación en Salud²⁴. Todas estas corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles, cuyo abordaje debe ser integral y con un enfoque de acompañamiento a lo largo de la vida. Adicionalmente, se debe reconocer la carga de la enfermedad que representan para las personas mayores.

Tomando en consideración la cantidad total de enfermedades autorreportadas por persona (3,6 crónicas y 4,1 considerando las afecciones agudas), no es extraño tener hallazgos de polimedicación tan altos (61%), lo cual concuerda con lo publicado anteriormente para Costa Rica²⁵. Es probable que este porcentaje sea inclusive mayor si se considera el impacto de la automedicación (34%) por parte de los participantes. Una particularidad del grupo de estudio es que estaba compuesto en su mayoría por mujeres y se ha reportado que estas consumen más medicamentos que los hombres^{20,26}. Del mismo modo, algunos autores han señalado un mayor consumo en las zonas urbanas del país²⁷. En todo caso, este hecho es de particular interés, ya que se ha observado una interacción entre fragilidad de las personas mayores y la polimedicación²⁸.

Si bien es cierto la automedicación no contempla la intervención profesional y corresponde a un acto independiente del usuario, se destaca que aproximadamente un

tercio de las personas recurre a profesionales sanitarios no prescriptores en busca de consejo. A pesar de esto, es válido cuestionar si la información brindada por otras vías facilita la adquisición de conocimientos, actitudes y prácticas para su correcto ejercicio.

La automedicación comprende un papel activo y consciente por parte de los usuarios en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas²⁹; pero, este ideal es posible si la sociedad ofrece el espacio para que haya una construcción del significado de salud y del equilibrio entre los riesgos y beneficios derivados de la administración de un medicamento. Por lo tanto, si existe un estímulo publicitario carente de acciones relacionadas con el autocuidado, fácilmente puede derivar en un consumo irracional. Por esto, es necesario hacer un llamado de atención sobre los riesgos de la automedicación en pacientes mayores, ya que el riesgo se ve incrementado considerando la pluripatología y la polifarmacia.

El porcentaje de personas adherentes fue de un 38,1%, hecho que concuerda con hallazgos de otros autores³⁰⁻³¹. Las principales causas de no adherencia son el olvido del horario, la incompatibilidad del horario de administración con la rutina diaria y experimentar efectos secundarios. No se profundizó en las causas que conllevan al olvido o incumplimiento del horario de administración; sin embargo, se supone que sea multicausal y que esté relacionado con la carencia de redes de apoyo para aquellas personas que necesitan soporte en esta área (solo el 12% recibe ayuda), la falta de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento (solo el 25% recibió consejo por parte del centro de atención) y de la percepción tan positiva que tienen las personas participantes sobre su terapia tal cual la llevan (el 80,7% está satisfecho con su tratamiento). Para futuros estudios se propone incluir otros indicadores de adherencia, con el fin de contar con información más completa sobre la situación particular de las personas participantes.

A propósito de la satisfacción con la terapia, resulta interesante el porcentaje percibido ya que, en general, el 59% de las personas mayores del país señalan tener una salud regular o mala, valor que asciende al 65% para personas en situación de discapacidad¹¹. Ciertamente la satisfacción con la terapia difiere de la percepción de salud, no obstante, se encuentran relacionadas.

Está documentado el hecho de que participar en grupos organizados de personas mayores mejora la calidad de vida⁷⁻¹⁰; sin embargo, se desconoce si su percepción colectiva sobre el uso de medicamentos difería del resto de la población. Los datos obtenidos se acercan a los publicados previamente para la población mayor del país, por lo que no es

posible concluir que la percepción de las personas de grupos organizados varíe en relación con el resto. Ahora bien, para llegar a una generalización es necesario un análisis más exhaustivo que involucre grupos con características económicas, sociales, cognitivas y sanitarias diferentes. Igualmente, se podría investigar con más detalle sobre el impacto de intervenciones colectivas en estos grupos, destinadas a favorecer un uso responsable de medicamentos.

El uso de medicamentos por parte de la población mayor es complejo y se caracteriza por ser extensivo en muchos casos. Se encuentra influenciado por la autopercepción que tengan las personas de su terapia y de la información que comprenden respecto a su enfermedad y su tratamiento. Debido a esto, se resalta la importancia de la educación en salud y del consejo a paciente como piedras angulares para la utilización responsable de medicamentos por parte de la población. De esta manera, la participación de los profesionales en salud va a estar en consonancia con el llamado de la OMS de lograr un envejecimiento saludable en la población⁵.

CONCLUSIONES

La población mayor es muy diversa; sin embargo, existe un porcentaje considerable de personas que se encuentran en una situación de polifarmacia, debido a las pluripatologías que le afectan. Por ello, se propone que el uso responsable de medicamentos favorece el envejecimiento saludable ya que contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida.

Debido a esto, analizar el uso de medicamentos es fundamental para definir estrategias en el fomento del autocuidado, desde la adherencia terapéutica y la automedicación responsable. Se requiere un abordaje que fortalezca la autonomía basada en el conocimiento, la conciencia y la práctica. De esta manera se podrá establecer una relación dialógica entre los profesionales sanitarios y las personas mayores, enfocada en su bienestar.

Agradecimientos: Se agradece a la Dirección Área Rectora com Salud de Goicoechea por su colaboración con la articulación de contactos y a la Universidad de Costa Rica por el apoyo con la financiación del proyecto.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor [Internet]. 1999 [citado el 18 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259&strTipM=FN.

Tabla 3. Principales limitaciones para la no adherencia

| Limitación o razón | Porcentaje (%) |
|---|----------------|
| Se le olvida el horario | 57,1 |
| Incompatibilidad de administración con rutina diaria | 36,5 |
| Experimenta efectos secundarios cuando lo consume | 21,2 |
| Le cuesta tragar (vía oral) o le cuesta inyectarse (vía subcutánea) | 5,8 |
| No cree que lo necesita | 5,1 |
| Le preocupan los efectos secundarios | 4,5 |
| Consume muchos medicamentos | 3,8 |
| No le gusta tomar medicamentos | 3,2 |
| No lo tiene disponible en la casa | 1,3 |
| Otro | 10,3 |

Tabla 4. Razones para la automedicación por parte de las personas mayores

| Razones | Porcentaje (%) |
|---|----------------|
| Tuvo buenas referencias de su utilización | 43,5 |
| Era un mal menor y no necesitaba acudir al médico | 23,5 |
| Tratamiento anterior era inefectivo | 14,1 |
| Recibió información publicitaria acerca de su uso | 11,8 |
| Necesitaba un cambio en su medicación | 4,7 |
| Quería probarlo | 4,7 |
| Otro | 23,5 |

2. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimaciones y Proyecciones de población. Cuadro 3. Costa Rica: Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo 2011-2050 [Internet]. [citado el 18 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.inec.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>.

3. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Aging concept analysis. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado el 18 de agosto de 2020];25(2):57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tling=es.

4. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. Gerontologist [Internet]. 1997;37(4):433-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Ginebra: OMS; 2020 [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4.

6. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos [Internet]. Libros de la CEPAL. CEPAL; 2018. 1-259 p. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf.

7. Fernández R, Caprara MG, García LF. Vivir con vitalidad-m®: A European multimedia programme. Psychol Spain. 2005;9(1):1-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179817825004.pdf>

8. Castro M, Salazar M. Rendimiento cognitivo de personas mayores que participan en grupos organizados en la provincia de San José. Actual en Psicol. 2014;28(116):41-53. Disponible en: <http://www.iip.ucr.ac.cr/es/publicaciones/publicacion-de-investigador/rendimiento-cognitivo-de-personas-mayores-que-participan>.

9. Emma S, Valdés C. El Bienestar Personal En El Envejecimiento. Iberóforum Rev Ciencias Soc la Univ Iberoam. 2009;IV(7):48-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>.

10. Hombrosados MI, García MÁ, Martimortugués C. Grupos de apoyo social con personas mayores: Una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación.

- Anu Psicol. 2004;35(3):347-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/%25x>.
11. Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población. II Informe estado persona adulta mayor. [Internet]. San José, 2020 [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/81562>.
 12. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *BMJ Open* 2016;6:e010035. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010035.
 13. Garrido-Garrido EM, García-Garrido I, García-López-Durán JC, García-Jiménez F, Ortega-López I, Bueno-Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano [Study of poly-medicated patients over 65 years-old in an urban primary care centre]. *Rev Calid Asist.* 2011 Mar-Apr;26(2):90-6. DOI: 10.1016/j.cali.2010.10.002.
 14. Pizarro MD. La polimedicación y prescripción inadecuada en adultos mayores. *Rev Med Cos Cen.* 2016;73(619):389-394. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162zi.pdf>.
 15. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001 Oct;26(5):331-42. doi: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x.
 16. Fairman K, Mothral B. Which Measure Is Right for Your Program? *J Manag Care Pharm.* 2000;6(6):499-506. doi:10.18553/jmcp.2000.6.6.499.
 17. Hughes CM. Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging.* 2004;21(12):793-811. doi: 10.2165/00002512-200421120-00004. PMID: 15382959.
 18. Townsend A, Hunt K, Wyke S. Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. *BMJ.* 2003 Oct 11;327(7419):837. doi: 10.1136/bmj.327.7419.837. PMID: 14551097; PMCID: PMC214019.
 19. Dohnhammar U, Reeve J, Walley T. Patients' expectations of medicines--a review and qualitative synthesis. *Health Expect.* 2016 Apr;19(2):179-93. doi: 10.1111/hex.12345. Epub 2015 Feb 1. PMID: 25639697; PMCID: PMC5055265.
 20. Herrera Jiménez LG. Consumo de medicamentos alopáticos en Costa Rica, 2006. *Rev costarric salud pública [Internet].* 2008;17(32):35-44. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292008000100005&lng=en.
 21. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm [Internet].* 2018 Sep [citado el 30 de abril de 2021];59(3):163-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es. Epub 19-Oct-2020. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>.
 22. International Pharmaceutical Federation (FIP). Pharmacists supporting women and responsible use of medicines. The Hague, Netherlands: International Pharmaceutical Federation (FIP), 2018. Disponible en: <https://www.fip.org/file/4365>.
 23. Ministerio de Salud de Costa Rica. Análisis de la Situación de Salud 2018 Memoria Institucional. 2019. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud>.
 24. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Costa Rica profile. Seattle, WA: IHME, University of Washington. 2020. Accesado el 03 de abril de 2021. Disponible en: <http://www.healthdata.org/costa-rica>.
 25. Jiménez-Herrera LG, Fernández-Rojas X. Caracterización del uso de medicamentos en personas adultas mayores, Costa Rica 2007. *Rev. costarric. salud pública [Internet].* 2008 [citado el 29 de abril de 2021];17(33):47-55. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292008000200009&lng=en.
 26. Orlando V, Mucherino S, Guarino I, Guerriero F, Trama U, Menditto E. Gender Differences in Medication Use: A Drug Utilization Study Based on Real World Data. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jun 1;17(11):3926. doi: 10.3390/ijerph17113926. PMID: 32492925; PMCID: PMC7312791.
 27. Sáenz-Campos D, Laclé-Murray A. Análisis comparativo del consumo domiciliario de medicamentos por adultos mayores en zonas rural y urbana. *Acta Médica Costarricense.* 1999;Vol41(2):39-45. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/15129>
 28. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero Á, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2018 Jul;84(7):1432-1444. doi: 10.1111/bcp.13590. Epub 2018 May 3. PMID: 29575094; PMCID: PMC6005607.
 29. Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? [Self-medication: does information to users increase at the same rate as consumption]. *Med Clin (Barc).* 1997 Dec 6;109(20):795-6. Spanish. PMID: 9493159.
 30. Vargas-Chaves, Sáenz-Campos, D. Análisis de utilización de medicamentos en personas adultas mayores. *Acta Médica Costarricense.* 2013; Vol55(4):169-175. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v55n4/art03v55n4.pdf>.
 31. De Geest S, Ruppert T, Berben L, Schönfeld S, Hill MN. Medication non-adherence as a critical factor in the management of presumed resistant hypertension: a narrative review. *EuroIntervention.* 2014 Jan 22;9(9):1102-9. doi: 10.4244/EIJV9I9A185. PMID: 24457281.