

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE MEDICINA**



**“RED DE APOYO FAMILIAR Y APEGO A TRATAMIENTO EN EL  
ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS”**

**POR**

**DRA. ALICIA ARREDONDO JAIME**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DICIEMBRE 2022**

**RED DE APOYO FAMILIAR Y APEGO A TRATAMIENTO EN EL  
ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

**Aprobación de la Tesis:**



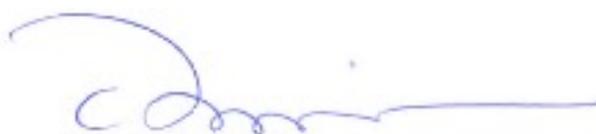
---

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera  
Director de Tesis  
Profesor de Medicina Familiar



---

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar



---

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **DEDICATORIA**

A los amores de mi vida, a mi mamá y papá.

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, a Dios por haberme guiado todos estos años y puesto mejores planes en mi vida que los que yo había imaginado. A todos los pacientes que he conocido este tiempo por ser los mejores maestros y darme la oportunidad de colaborar en la mejoría de su salud. A las personas que caminaron cierto tiempo a mi lado, dándome la oportunidad de aprender de ellos y haber sido parte de mi vida durante la residencia. A Betsa y Daniel por ser los mejores compañeros de residencia estos tres años, siendo un gran apoyo y con quienes viví aventuras inolvidables, siempre les estaré eternamente agradecida por haber llegado a mi vida. A mi hermano Rafa, la persona más desinteresada y buena, quien me ha enseñado todos estos años a seguir lo que dicta mi corazón. Pero sobre todo a las dos personas más especiales e importantes de mi vida, a mis padres, quienes han sido mi motor, mis confidentes, mi ejemplo a seguir, por darme las herramientas y oportunidades para lograr y cumplir mis sueños. Les estaré agradecida toda la vida por sus sacrificios para que a mi hermano y a mi jamás nos faltara nada y habernos criado en una familia llena de mucho amor.

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I. Resumen.....	7
Capítulo II. Introducción.....	9
Capítulo III. Hipótesis.....	22
Capítulo IV. Objetivos.....	22
Capítulo V. Material y métodos.....	23
Capítulo VI. Resultados.....	31
Capítulo VII. Discusión.....	35
Capítulo VIII. Conclusión.....	40
Capítulo IX. Referencias.....	41

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes.....	31
Tabla 2. Respuestas del Test de Morisky-Green en los pacientes. ....	32
Tabla 3. Comparación de características demográficas entre pacientes que fueron o no cumplidores de acuerdo con el Test de Morisky-Green. ....	33
Tabla 4. Comparación de puntajes de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido entre pacientes que fueron cumplidores y no fueron cumplidores de acuerdo con el Test de Morisky-Green. ....	34

## Capítulo I. Resumen

**Introducción:** La baja adherencia a intervenciones médicamente prescritas es un problema complejo y muy presente, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. Con el incremento en el número de medicamentos que han mostrado resultar en más beneficiencia que daño cuando se utilizan de forma prescrita, la baja adherencia se vuelve una preocupación creciente, de manera que desestima los beneficios del manejo médico actual. El apoyo social es un factor importante en la vida del adulto mayor para poder cumplir sus necesidades de una forma holística, y su comprensión puede ser relevante para poder diseñar estrategias que ayuden a estabilizar y mejorar la red de apoyo social y familiar que tiene el paciente, y su asociación con su adherencia a fármacos y control.

**Objetivo:** Identificar la asociación de apoyo familiar con el apego a tratamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas.

**Material y método:** Estudio comparativo, transversa, observacional, de tipo encuesta. Se realizó el reclutamiento en las Consultas 1 y 26 de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en donde se invitaron a los adultos de 60 años o más que cumplan los criterios de inclusión a participar en el estudio. Se les realizó la aplicación de las encuestas. Se aplicó el test de Morisky-Green para evaluar adherencia al tratamiento médico y la Escala Multidimensional de Apoyo Social para evaluar el apoyo social en las dimensiones de apoyo familiar,

de amigos y de personas significativas para el paciente. Se asoció el cumplimiento del tratamiento con las dimensiones de apoyo social.

**Resultados:** Se incluyeron a 246 pacientes con una media de 69.3 años, la mayoría mujeres (65.4%); 140 (56.9%) con diabetes mellitus y 185 (75.2%) con hipertensión arterial. Se identificaron 152 (61.8%) pacientes cumplidores y 94 (38.2%) no cumplidores. La mediana de los puntajes de las dimensiones de apoyo de familia, amigos y personas significativas fue de 3.5, 2.2 y 3, respectivamente. Los pacientes cumplidores tuvieron puntajes significativamente más altos en las dimensiones de apoyo de familia (3.5 vs. 3,  $P=0.001$ ) y apoyo de personas significativas (3.3 vs. 3,  $P=0.004$ ), pero no hubo diferencias en la dimensión de apoyo de amigos ( $P=0.115$ ).

**Conclusiones:** El 61.8% de los pacientes adultos mayores fueron catalogados como cumplidores. El apego no se asoció con las características demográficas de los pacientes, sin embargo, se asoció con algunas dimensiones de apoyo familiar, principalmente relacionado con la familia y con personas que consideran significativas.

**Palabras claves:** apoyo social; apego; adherencia, cumplimiento terapéutico; adulto mayor

## Capítulo II. Introducción

### Marco teórico

La falta de adherencia médica ha sido identificada como un problema de salud pública importante que impone una carga financiera considerable en los sistemas de salud modernos (1,2). Esta carga ha sido estimada con costos de \$100 mil millones de dólares cada año en Estados Unidos (3,4), incluyendo 10% de ingresos hospitalarios y 23% de ingreso a casas de asilo (3-5). La falta de adherencia al tratamiento médico también es una fuente de frustración continua para los médicos (6).

El apego al tratamiento es un enlace clave entre el proceso y desenlace en la atención médica (7). Los medicamentos prescritos de forma racional son la principal intervención en la atención primaria y un elemento mayor cuando se considera la economía de la salud (7).

La pobre adherencia a un régimen terapéutico puede tener un impacto mayor en el desenlace clínico. El tener un apego promedio estimado del 50% en lugar del 100% en un ensayo puede incrementar la muestra requerida hasta cinco veces para mantener el mismo poder estadístico (8).

Uno de los primeros estudios de adherencia, por parte de Haynes y Sackett, exploró factores asociados con falta de adherencia, haciendo énfasis en el entendimiento, medición y resolución del mal apego (4). Desde entonces se han estudiado más de 200 variables desde 1975, pero ninguna de ellas ha sido consideradas lo más consistente para predecir adherencia, ni factores socioeconómicos ni relacionados con la enfermedad (2,4,5,9-11).

El cumplimiento es una palabra con connotación negativa. Sugiere rendimiento, complacencia y sumisión. Los pacientes cumplidos se someten a las prescripciones del médico y toman sus medicinas, o siguen sus consejos, lo cual es una frase que también parece que se asocia con aceptar un castigo (12,13). La falta de cumplimiento es una falla o rehusa a cumplir y puede implicar desobediencia (14).

En el contexto de atención de la salud, el cumplimiento ha sido definido como la extensión en la que los antecedentes actuales de administración de medicamentos del paciente corresponden con su esquema prescrito (7). La definición es probablemente solo aplicable para intervenciones médicas. Algunos investigadores han puesto esta definición en operación al dividir la muestra de población en cumplidores y no cumplidores de acuerdo con mediciones estadísticas como la mediana o media de niveles de medicamento tomado (15). Una alternativa a esta definición es que el cumplimiento es la extensión con la cual el comportamiento de una persona en términos de tomar sus medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida, coincide con los consejos médicos o de salud (16). De forma inherente a todas las definiciones de cumplimiento se encuentra la suposición

que todo consejo médico es bueno para el paciente o que el comportamiento racional del paciente significa seguir consejos médicos de forma precisa (15).

El cumplimiento también puede ser visualizado en términos de resultados de tomar medicamentos: el número de dosis no tomadas o tomadas incorrectamente que pone en peligro el desenlace terapéutico o el punto debajo del cual el resultado terapéutico deseado se vuelve improbable de alcanzar. Estas son definiciones orientadas en procesos. Las definiciones orientadas en los desenlaces difieren de ellas debido a que el énfasis es el resultado o desenlace final de las acciones tomadas (17).

El proceso de buscar, recibir y seguir el tratamiento y consejos tiene muchos estadios y muchas oportunidades para no cumplidores. Los diferentes tipos de incumplimiento incluye el retraso en buscar atención (población en riesgo), la no participación en programas de salud (tamizaje), el rompimiento de citas (seguimiento) y la falla en seguir instrucciones del médico (tratamiento (18,19). Otros tipos incluyen el recibir la prescripción pero que no la tengan en la farmacia (incumplimiento primario), tomar la dosis incorrecta, tomar los medicamentos a la hora inadecuada, olvidar una o más dosis de medicamento, detener el tratamiento muy tempranamente por cesar la toma antes que lo recomendado por el doctor o no obteniendo una nueva prescripción (incumplimiento secundario). Además, el cumplimiento puede ser intencional o no intencional (4).

Los miembros de la Sociedad Farmacéutica Real (*Royal Pharmaceutical Society*) de Gran Bretaña delimitaron que la resistencia a la toma de fármacos es algo más profundo y penetrante, y que existía algo moral y psicológicamente defectuoso del concepto de cumplimiento (18). El no cumplimiento es algo que se define por la decisión de una persona informada de no adherirse a su esquema terapéutico. Por ello, esta Sociedad cambió su terminología de cumplimiento a concordancia, lo cual significa acuerdo y armonía (20).

La columna vertebral del modelo es el paciente como aquel que toma las decisiones (18) y el punto de enfoque principal es la empatía profesional (21). Esto es un paso fundamental de alejarse del modelo de cumplimiento tradicional (18). El cumplimiento significa una intención teórica de prescripción; la concordancia se refiere a una meta práctica y ética de tratamiento (18). El cumplimiento es la extensión por la cual un individuo elige un comportamiento que coincide con la prescripción clínica, mientras que la concordancia es la elección considerada por el paciente (17). La concordancia indica la extensión con la cual un paciente piensa que lo que se le pide concuerde con lo que el proveedor de la salud piensa que el paciente en realidad hace (22).

La adherencia es un término propuesto como alternativa a cumplimiento y está creciendo en popularidad (20,23). Se ha sugerido que el término de adherencia reduce la atribución de mayor poder del doctor en la relación médico-paciente, la cual se presenta en el término de cumplimiento (24).

El término de adherencia a los medicamento es definido por la extensión con la cual un paciente está de acuerdo con el esquema de tratamiento acordado con un proveedor de la salud (25). Un adulto mayor ha sido definido como una persona con edad de 65 años o más (2). La adherencia a medicamentos ha sido siempre un problema importante para los pacientes. Debido a que los adultos mayores tienen mayor predisposición a comorbilidades múltiples, tienen mayor riesgo de polifarmacia, y por ello pueden presentar mayor riesgo de falta de adherencia a medicamentos comparado con la población joven (27). Esto resulta en una disminución en los beneficios terapéuticos para el paciente, visitas hospitalarias y médicas frecuentes debido al deterioro de la condición médica, incremento en los costos de atención y sobretratamiento de la condición médica (28,29).

Las razones de falta de adherencia pueden ser clasificados en factores asociados con el paciente, con los medicamentos, con los proveedores de salud, con el sistema de salud y con características socioeconómicas de acuerdo con Miller et al. (30) y la Organización Mundial de la Salud (31).

Correspondiente a los factores asociados con los pacientes, la adherencia a los medicamentos puede depender mucho de un individuo, y muchos estudios han investigado los diferentes factores del paciente que pueden afectar su voluntad y habilidad individual de adherirse a un esquema de medicamento. En la población geriátrica, la evaluación de los factores del paciente es similar a llevar a cabo una evaluación geriátrica exhaustiva del paciente. Estos factores varían en diferentes estudios y han sido agrupados en subcategorías como el estado mental, la salud

física, la demografía, el antecedente médico pasado, el comportamiento, hábitos y actitudes, el conocimiento y creencias, entre otros (32).

Los diferentes factores de los medicamentos como la formulación y empaquetamiento, el esquema del medicamento, el manejo del fármaco, y otros factores como los efectos adversos, interacciones, pobres instrucciones en el empaquetado, y la falta de consecuencias cuando se pierden las dosis pueden afectar de forma inadvertida la adherencia al medicamento, especialmente en el adulto mayor (32). Un adulto mayor puede tener mayor probabilidad de adherirse a un medicamento si tiene una calendarización más sencilla de dosificación (ej. Cada mañana, en lugar de dos veces al día) (33). Entre otros factores relevantes se encuentra el costo del medicamento, particularmente en pacientes mayores que se encuentran jubilados o aquellos grupos de bajos ingresos con preocupaciones sobre la alimentación y vivienda con mayor prioridad que la compra de medicamentos (32).

Con los avances en la tecnología, la riqueza de información fácilmente accesible por internet y el hecho de que los proveedores de la salud tienen un rol importante en establecer una relación de honestidad con los pacientes, los factores asociados con los proveedores de la salud tienen un rol cada vez más importante en la adherencia a medicamentos de los pacientes (34). En una relación médico paciente ideal, el paciente tiene la confianza de que el médico está actuando en el mejor de sus intereses y que muy probablemente se adhiera a los medicamentos ofrecidos. Para formar una relación que mejore la adherencia, se requiere de comunicación

apropiada, involucro de los pacientes en la toma de decisiones y el profesionalismo (32).

Los factores asociados con el sistema de la salud incluirían temas como la falta de educación al paciente, la falta de seguimiento y calendarización de medicamentos prescrita, una duración corta de prescripción y la forma de servicios comunitarios de enfermería para ofrecer los medicamentos (35,36). Los factores socioeconómicos pueden incluir la falta de cuidadores y la carga que tienen los cuidadores, donde se ha asociado con un alto grado de falta de adherencia a medicamentos (37).

Varias décadas de investigación se han centrado en comprender los factores inherentes que conducen al cambio en los comportamientos de adherencia. Uno de esos factores es el efecto del apoyo social en la adherencia del paciente al control de la diabetes (38). Glasgow y Toobert encontraron que el apoyo familiar era el predictor más fuerte y consistente de la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 (39). En otro estudio de en mujeres con diabetes gestacional, el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas se asoció fuertemente con el apoyo social familiar (38). Más recientemente, en los niños con diabetes tipo 1, los conflictos familiares, las percepciones de padres que no brindan apoyo y la falta de responsabilidad en el control de la diabetes se asociaron con un cumplimiento deficiente del paciente. Por el contrario, las dimensiones positivas del funcionamiento familiar, incluida la orientación familiar y sobre el control de la diabetes, se relacionaron con aumentos en los comportamientos de adherencia (38,40). Además, entre los pacientes adultos mayores, el apoyo social de familiares

y amigos ayuda a los pacientes a mantenerse activos en su cuidado cuando enfrentan vulnerabilidades físicas, sociales y económicas (41,42).

DiMatteo sugiere que la relación entre el apoyo social y los resultados de salud puede estar mediada por la adherencia del paciente (41). Se necesita más investigación para identificar los tipos específicos de apoyo social (es decir, estructural, funcional, práctico y emocional) que son más efectivos en mejorar varias actividades de control de la diabetes (42).

La asociación entre el manejo de la enfermedad y el apoyo social se ha investigado ampliamente en las ciencias sociales y del comportamiento. El mecanismo preciso por el cual el apoyo social contribuye a los resultados de salud aún no se comprende por completo. Sin embargo, la investigación sugiere que el apoyo social puede beneficiar la salud de los pacientes al amortiguar el estrés, cambiar los estados afectivos, aumentar la autoeficacia e influir en el cambio de comportamientos de salud negativos (41). Rosland et al. encontraron que el apoyo práctico y emocional recibido por la familia y amigos tuvo una influencia positiva en las medidas globales del manejo de la enfermedad en pacientes con diabetes (43). De hecho, una revisión sistemática de 122 estudios empíricos encontró que la adherencia era un 27% más alta cuando los pacientes tenían apoyo práctico disponible (41). Además, Pereira et al. indicaron fuertes asociaciones entre las dimensiones familiares positivas (p. ej., cohesión y orientación familiar) y un mejor control glucémico entre los pacientes diabéticos de adherencia fueron tres veces mayores en comparación con familias no cohesivas (41,44,45). Además, el apoyo estructural familiar (es decir, el estado

civil del paciente, vivienda) también se asocia positivamente con la adherencia al tratamiento.

Según DiMatteo, las probabilidades de adherencia para los pacientes casados fueron 1.27 veces mayores que para los pacientes solteros (41). Además, "vivir con otros" tuvo efectos positivos en la adherencia para los adultos (41). Más específicamente, el efecto de la adherencia del paciente y de "vivir con otros" fue más fuerte para los regímenes conductuales en comparación con los regímenes de medicación (41). Además, en el mismo estudio, el apoyo social funcional (como el apoyo práctico y emocional) tuvo efectos más fuertes sobre la adherencia que el apoyo social estructural, lo que sugiere que la calidad de las relaciones entre la familia y el paciente importa más que la mera presencia de individuos dentro de la red de apoyo de un paciente (41).

El apoyo social también se ha relacionado con resultados negativos para la salud (43). Algunos estudios sugieren que los pacientes a menudo se sienten criticados o regañados, ya veces incluso culpables, cuando reciben apoyo de la familia (46). Otros estudios han demostrado que las demandas competitivas entre el paciente y los miembros de la familia son barreras para el autocuidado (47). Por ejemplo, es posible que los miembros de la familia no quieran comer los mismos alimentos que un paciente diabético que intenta mantener una dieta más saludable. Tales demandas contrapuestas limitan el tiempo y la energía de los pacientes e introducen estrés que puede afectar negativamente a los pacientes que intentan hacer

malabarismos con múltiples roles familiares mientras viven con la enfermedad (es decir, padres o cónyuge) (47).

Hasta el momento, la literatura ha demostrado que el apoyo social juega un papel en la etiología, el pronóstico y el manejo de una variedad de problemas de salud física, incluida la hipertensión (48-50). Por ejemplo, Carels et al. encontraron que las elevaciones crónicas y agudas de la presión arterial estaban relacionadas con la calidad del apoyo social (51), y Hill et al. demostraron que el apoyo social predecía un riesgo reducido de hipertensión arterial (52). Dos mecanismos principales pueden explicar este impacto generalizado del apoyo social en la salud: la amortiguación del estrés y las vías del efecto principal (53). De acuerdo con el modelo de amortiguación del estrés, el apoyo social promueve la salud al proporcionar los recursos psicológicos y materiales necesarios para hacer frente al estrés, mientras que el modelo de efecto principal postula que el apoyo social tiene un efecto beneficioso sobre la salud, ya que respalda los recursos psicológicos positivos (por ejemplo, la identidad, propósito, autoestima y regulación emocional) que inducen respuestas fisiológicas y conductuales que promueven la salud, independientemente de si las personas experimentan o no una condición de estrés (50). Más importante aún, se ha encontrado que diferentes dimensiones del apoyo social tienen distintos efectos sobre la salud, lo que destaca la necesidad de desentrañar el patrón específico de asociaciones entre varias dimensiones del apoyo social y los efectos relacionados con la salud (52-55).

En este sentido, varias facetas del apoyo social pueden conceptualizarse en términos de dos amplios dominios: apoyo social estructural y funcional (41,49,56,57). El apoyo social estructural se refiere a la estructura de la red social que rodea a un individuo y se operacionaliza empíricamente como estar casado y vivir con alguien. El apoyo social funcional se refiere a la ayuda y el estímulo que brinda al individuo su red social y puede operacionalizarse empíricamente como apoyo social emocional, instrumental e informativo. Se ha encontrado que el apoyo social estructural tiene principalmente un efecto principal sobre la salud, mientras que el apoyo social funcional juega un papel más importante en situaciones estresantes (efecto amortiguador) (50,56). Por lo tanto, cuando las personas se encuentran en una condición de enfermedad, el apoyo social funcional puede ser más beneficioso que el apoyo social estructural. DiMatteo (41) apoyó esta hipótesis, destacando que los indicadores de apoyo social funcional tenían efectos más fuertes en la adherencia de los pacientes que las medidas de apoyo estructural.

## **Planteamiento del problema**

La baja adherencia a intervenciones médicamente prescritas es un problema complejo y muy presente, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. Con el incremento en el número de medicamentos que han mostrado resultar en más beneficiencia que daño cuando se utilizan de forma prescrita, la baja adherencia se vuelve una preocupación creciente, de manera que desestima los beneficios del manejo médico actual (1,2).

De este modo, se vuelve importante, ante el incremento de la población geriátrica en nuestro país, de poder atender de forma adecuada sus necesidades y poder alcanzar las metas adecuadas para el control de las enfermedades crónicas más prevalentes en esta población, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de complicaciones y comorbilidades asociadas.

El apoyo social es un factor importante en la vida del adulto mayor para poder cumplir sus necesidades de una forma holística, y su comprensión puede ser relevante para poder diseñar estrategias que ayuden a estabilizar y mejorar la red de apoyo social y familiar que tiene el paciente, y su asociación con su adherencia a fármacos y control.

## **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la asociación entre la red de apoyo familiar y apego a tratamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas?

## **Justificación**

El envejecimiento ha sido definido como un fenómeno demográfico con alta progresión, con una tendencia y proyecciones de población y dinámica geográfica evidente. En nuestro país se ha visto un incremento en la población de 60 años y más en las últimas décadas. Esta población es un grupo etario que utiliza con frecuencia los servicios de salud hasta 4 veces más que el resto de la población y que requiere atención más costosa y personal más capacitado para una atención integral. El apoyo de las familias para el cuidado de los adultos mayores de una manera prolongada es casi nulo o ilimitado en el país, ya que existen pocos programas de educación en salud para la familia y los cuidadores primarios del adulto mayor (58). Es por este motivo que se vuelve importante el rol del médico de primer nivel de atención sobre el manejo adecuado de las esferas biopsicosocial del adulto mayor en su abordaje integral para poder llevar a cabo un control adecuado de sus patologías crónicas, que pueda traducirse en mejores desenlaces clínicos y mejor calidad de vida percibida y envejecimiento saludable y digno.

Con este estudio se busca evaluar el rol del apoyo familiar/social con la adherencia a medicamentos en pacientes geriátricos con enfermedades crónicas dentro de nuestro hospital de tercer nivel, con la finalidad de evaluar el abordaje integral del adulto mayor e identificar áreas de oportunidad en la atención.

### **Capítulo III. Hipótesis**

**Hipótesis alterna:** La red de apoyo familiar se asocia con el apego a tratamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas.

**Hipótesis nula:** La red de apoyo familiar no se asocia con el apego a tratamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas.

### **Capítulo IV. Objetivos**

#### **Objetivo principal**

Identificar la asociación de apoyo familiar con el apego a tratamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas.

#### **Objetivos específicos**

- Describir las características demográficas de los pacientes.

## **Capítulo V. Material y métodos**

### **Duración y lugar donde se realizará el estudio**

Consulta 1 y Consulta 26 del Departamento de Medicina Familiar, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Facultad de Medicina, UANL, durante el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2022.

### **Tipo de estudio**

- Comparativo
- Transversal
- Observacional
- De tipo encuesta

### **GRUPO DE ESTUDIO**

#### **Criterios de inclusión**

- Edad de 60 años o más de ambos sexos
- Hablar el idioma español de manera nativa
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial
- Haber tenido 3 o más citas de control
- Acudir al Departamento de Medicina Familiar durante el periodo de estudio.
- Haber aceptado el consentimiento informado verbal.

### **Criterios de exclusión**

- Discapacidad cognitiva o intelectual.
- Incapacidad para contestar la encuesta
- Diagnóstico de demencia.
- Discapacidad auditiva o visual.
- Haber negado el consentimiento informado verbal.

### **Criterios de eliminación**

- Encuestas incompletas o mal llenadas

## Tamaño de la muestra

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con una fórmula de estimación de una proporción en una población infinita. Con una prevalencia estimada del 20% de adherencia farmacológica (59), un poder del 97.5%, un nivel de significancia bilateral del 5% y una precisión del 5%; se requieren al menos 246 pacientes en el estudio.

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA				
$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$				
		al cuadrado		
valor Z	1.96	3.8416		
valor p	0.20		n=	245.8624
valor q	0.80			
valor $\delta$	0.05	0.0025		

N= Tamaño de la muestra que se requiere = 245

p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio = 0.20

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio) = 0.80

$\delta$ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar = 0.05

Z $\alpha$ = distancia de la media del valor de significación propuesto = 1.96

Poder (1-β) %	Valor Z	Nivel de significación (α)	
		Una cola	Dos colas
99.0	2.33	0.01	0.02
97.5	1.96	0.025	0.05
95.0	1.64	0.05	0.1
90.0	1.28	0.1	0.2
85.0	1.04	0.15	0.3
80.0	0.84	0.2	0.4
75.0	0.67	0.25	0.5
70.0	0.52	0.3	0.6
60.0	0.25	0.4	0.8

### **Descripción general del estudio**

Se realizó el reclutamiento en las Consultas 1 y 26 de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en donde se invitaron a los adultos de 60 años o más que cumplan los criterios de inclusión a participar en el estudio. Se les realizó la aplicación de las encuestas.

Al momento de que el paciente haya aceptado participar en el estudio, se realizó el abordaje de familia. Se solicitó que contestaran la encuesta de forma individual, o con apoyo del médico investigador que esté trabajando con el paciente.

La encuesta incluyó el test de Morisky-Green para evaluar adherencia al tratamiento médico y la Escala Multidimensional de Apoyo Social, con un tiempo de aplicación promedio de 10 a 15 minutos, con lápiz o pluma. El paciente pudo hacer preguntas para aclarar bien las preguntas, sin embargo, se debió poner mucho cuidado para no influir en la dirección de las respuestas. Antes de retirar el protocolo, el investigador revisó que se encuentren todos los datos de identificación que se solicitan y las respuestas a todas las afirmaciones. Se continuó con la consulta y los

antecedentes personales patológicos y no patológicos, así como sociodemográficos recabados, fueron recabados del expediente clínico, de la información más reciente con la que cuente el paciente. Se guardaron los datos recabados en una carpeta y en una base de datos Microsoft Excel 2017, y se procesarán en el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows.

### **Test de Morisky-Green**

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine (60) para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad (61); se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez (62) en la validación del test para la HTA.

### **Escala Multidimensional de Apoyo Social**

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) aglutina información sobre las 5 dimensiones estipuladas por Tardy (en lo que respecta al contenido, la mayoría de los ítems se centran en el apoyo emocional recibido). Las propiedades psicométricas alcanzadas, en la población americana y en la española, son altas, tanto en la escala general como en las tres dimensiones que se obtienen tras los correspondientes análisis. La obtención de tres dimensiones se mantiene constante con independencia de la nacionalidad de la muestra. Es una escala tipo Likert de 7 intervalos de 12 ítems. Tres factores que evalúa incluyen amistad, familia y personas relevantes. Las dimensiones analizadas según Tardy son dirección

(recibida), disposición, descrito, contenido (afectivo) y redes, con un alfa de Cronbach de 0.88 (63-65).

### **Plan de análisis**

Los datos del estudio fueron capturados y validados a través del paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows. Se describieron los datos a través de medidas de tendencia central y de dispersión, sean estas media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil, según corresponda, previa valoración de la normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas fueron descritas por medio de frecuencias y porcentajes.

Se hizo el cruce de las variables sociodemográficas con las de las escalas. Se realizó la prueba del chi cuadrada par comparar variables categóricas, y prueba de T de Student o U de Mann Whitney para comparar variables numéricas. Además, se calcularon razones de momios (odds ratio) a partir de las tablas tetracóricas. Se consideró una  $P < 0.05$  y un intervalo de confianza al 95% como estadísticamente significativos.

### **Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad de los datos**

Se aplicó un consentimiento informado verbal a los pacientes para la participación en el estudio donde se les explicará la finalidad del estudio. Los datos obtenidos fueron resguardados para mantener la confidencialidad de los sujetos de investigación, y fueron de acceso solamente por el equipo de investigación; de tener existir más dudas podrán acercarse al Investigador Principal.

Los datos del sujeto en investigación fueron resguardados por medio de las iniciales del paciente y un folio individual asignado a cada uno de ellos. El sujeto de investigación fue libre de rechazar o retirar su consentimiento informado sin penalización alguna por parte del equipo de investigación. Los procedimientos propuestos estuvieron de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989, y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

#### **Proceso de obtención de consentimiento informado verbal**

Durante la consulta al paciente se le invitó a participar en el estudio de investigación, que consistirá en el llenado de una encuesta para valorar su tipología familiar, red social/familiar y adherencia a medicamentos durante su seguimiento. Se le comunicó que no existe beneficio directo acerca del estudio y que tomó un tiempo de 10 a 15 minutos la realización de la encuesta. Además, algunos datos sociodemográficos, de morbilidades y de tipología familiar fueron obtenidos del expediente. Se le explicaron los derechos, los mecanismos de confidencialidad y privacidad de los datos que se obtengan, y de su rol como sujeto de investigación.

## Capítulo VI. Resultados

Se incluyeron a 246 pacientes en el estudio, con una media de edad de los pacientes fue de  $69.3 \pm 6.8$  años, de los cuales 85 (34.6%) fueron mujeres y 161 (65.4%) hombres. Del total, 140 (56.9%) vivía con diabetes mellitus y 185 (75.2%) con hipertensión arterial (tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes.

<b>Variable</b>	<b>Global</b>
Edad (años)	69.3 $\pm$ 6.8
Sexo	
Femenino	161 (65.4%)
Masculino	85 (34.6%)
Enfermedades crónicas	-
Diabetes mellitus	140 (56.9%)
Hipertensión arterial	185 (75.2%)

En la tabla 2 se reportan las respuestas del Test de Morisky-Green en los pacientes. Del total, 26 (10.6%) reportaron olvidar alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad, 39 (15.9%) no tomaban los medicamentos a las horas indicadas, 18 (7.3%) dejarían de tomar su medicación al encontrarse bien, y 63 (25.6%) reportaron dejar de tomarlos si se sienten mal. Se identificaron 152 (61.8%) pacientes cumplidores y 94 (38.2%) no cumplidores.

Tabla 2. Respuestas del Test de Morisky-Green en los pacientes.

<b>Variable</b>	<b>Global</b>
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	-
Sí	26 (10.6%)
No	220 (89.4%)
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	-
Sí	207 (84.1%)
No	39 (15.9%)
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	-
Sí	18 (7.3%)
No	228 (93.7%)
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	-
Sí	63 (25.6%)
No	183 (74.4%)
Cumplidor	
Sí	152 (61.8%)
No	94 (38.2%)

No encontramos diferencias significativas en las características demográficas de los pacientes que fueron o no cumplidores (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de características demográficas entre pacientes que fueron o no cumplidores de acuerdo con el Test de Morisky-Green.

<b>Variable</b>	<b>Cumplidor</b>	<b>No cumplidor</b>	<b>P</b>
Edad (años)	69.6 ± 7	68.9 ± 6.5	0.425
Sexo			0.128
Femenino	105 (69.1%)	56 (59.6%)	
Masculino	47 (30.9%)	38 (40.4%)	
Enfermedades crónicas			
Diabetes mellitus	90 (59.2%)	50 (53.2%)	0.354
Hipertensión arterial	114 (75%)	71 (75.5%)	0.925

La mediana de los puntajes de las dimensiones de apoyo de familia, amigos y personas significativas fue de 3.5, 2.2 y 3, respectivamente. Los pacientes cumplidores tuvieron puntajes significativamente más altos en las dimensiones de apoyo de familia (3.5 vs. 3, P=0.001) y apoyo de personas significativas (3.3 vs. 3, P=0.004), pero no hubo diferencias en la dimensión de apoyo de amigos (P=0.115) (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de puntajes de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido entre pacientes que fueron cumplidores y no fueron cumplidores de acuerdo con el Test de Morisky-Green.

<b>Variable</b>	<b>Global</b>	<b>Cumplidor</b>	<b>No cumplidor</b>	<b>P</b>
Apoyo social	-			
Familia	3.5 (2.7-4)	3.5 (3-4)	3 (2.5-3.7)	0.001
Amigos	2.2 (1.5-2.5)	2.2 (1.7-2.5)	2 (1.2-2.5)	0.115
Personas significativas	3 (3-4)	3.3 (3-4)	3 (2.9-4)	0.004

## Capítulo VII. Discusión

La adherencia es un fenómeno multifactorial en el que pueden influir varios factores. Estos factores se pueden dividir en cinco dimensiones diferentes: factores sociales y económicos, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con el sistema de atención médica. Algunos factores pueden influir en la no adherencia intencionada (decisión consciente de no tomar el medicamento), mientras que otros pueden influir en la no adherencia no intencionada (olvido) (66,67).

Los conocimientos sobre los factores que pueden tener una influencia negativa en la adherencia son importantes por varias razones. Primero, esta información puede apoyar la identificación de pacientes con alto riesgo de incumplimiento. En segundo lugar, puede apoyar la identificación de posibles barreras de adherencia que podrían eliminarse. En tercer lugar, puede apoyar el desarrollo de intervenciones de mejora de la adherencia adaptadas individualmente (67).

Educar e informar al paciente y su familia es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Una de las formas más efectivas para mejorar la adherencia es la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones sobre las estrategias de tratamiento (68-70). Se afirma en la literatura que las enfermeras y otros profesionales de la salud tienen una gran contribución

en la mejora de la adherencia y la implementación de estilos de vida. Sin embargo, algunos estudios reportaron que el apoyo social y la interacción entre los pacientes y su familia aumenta la adherencia al tratamiento (71-73).

Un apoyo social adecuado y mejorado afecta positivamente el tratamiento y la adherencia de los pacientes, acelera el proceso de curación, y aumenta la calidad de vida de los pacientes al reducir el aislamiento social. La falta de apoyo familiar y social genera problemas de adaptación, dificultades en el tratamiento y prolongación del proceso de recuperación (71.74). Para identificar esto en nuestra población, sobre todo en una población con alta prevalencia de enfermedades crónicas, como es el adulto mayor, se llevó a cabo este estudio con el objetivo de identificar la asociación de apoyo familiar con el apego a tratamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas.

Se incluyeron a 246 pacientes con una media de 69.3 años, la mayoría mujeres (65.4%); 140 (56.9%) con diabetes mellitus y 185 (75.2%) con hipertensión arterial. Se identificaron 152 (61.8%) pacientes cumplidores. El apego no se asoció con las características demográficas de los pacientes, sin embargo, se asoció con algunas dimensiones de apoyo familiar, principalmente relacionado con la familia y con personas que consideran significativas.

Turan et al. condujeron un estudio para determinar el efecto del apoyo social sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.

En su estudio, 72.2% se apegaba al tratamiento. El cumplimiento se asoció con mayores puntajes de apoyo social en todas las dimensiones de la misma escala utilizada en nuestro estudio, por lo que se encontró que la adherencia al tratamiento y los niveles de apoyo social de los pacientes eran sustancialmente buenos; además, se encontró que la adherencia al tratamiento farmacológico aumenta positivamente a medida que aumenta el apoyo social de los pacientes con hipertensión arterial (75), similar a lo encontrado en nuestro trabajo.

De acuerdo con el estudio de Karimy et al. se demostró también que el apoyo social, así como la autoeficacia y la actitud hacia las conductas de autocuidado se asociaron con las conductas de autocuidado en pacientes con diabetes. Esto podría sugerirnos a que los programas educativos se centren específicamente en estos factores (76).

Un estudio llevado a cabo en Irán por Mohabi et al. mostró que hubo diferencia significativa entre la puntuación media de las conductas de autocuidado y apoyo social según sexo y estado civil, y el análisis de regresión conducido por los autores mostró que la duración de la enfermedad fue la única variable que tuvo un efecto significativo sobre el nivel de HbA1C. El autocuidado y el apoyo social se correlacionaron significativamente. El autocuidado fue significativamente mejor en diabéticos con HbA1C  $\leq 7\%$ . Los pacientes que tenían una HbA1C más alta sintieron menos apoyo social, pero no significativo (77). Este estudio indicó la relación entre el apoyo social y las conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. Las intervenciones que se enfocan en mejorar el apoyo social y el autocuidado del

control diabético pueden ser más efectivas para mejorar el control glucémico. Con los datos de este trabajo, encontramos que el apoyo social puede ser muy valioso para el control glucémico de la enfermedad, por lo que el cumplimiento del tratamiento puede ser un cofactor muy importantemente relacionado.

Werfalli et al. llevaron, por su parte, un estudio con el objetivo de determinar la relación del apoyo social, especialmente de familiares y amigos. La mayoría de los participantes recibieron apoyo familiar para seguir aspectos del autocontrol de la diabetes. De acuerdo con los análisis de este trabajo, Werfalli et al. observaron que el apoyo familiar se asoció positivamente con el puntaje de la práctica de autocuidado para seguir un plan de alimentación para diabéticos, cuidar los pies, actividad física, medir el nivel de azúcar en la sangre y manejar los sentimientos de los participantes sobre ser diabético, pero no para tomar medicamentos (78).

Con los resultados de Werfalli et al. tenemos un panorama más amplio de los factores que pueden asociarse gracias al apoyo de la familia. Podemos ver que existen muchos componentes en los que participa el apoyo familiar sobre el tratamiento de los pacientes y los indicadores y desenlaces de salud que tienen. Quizá es por esta razón que los pacientes de nuestra población geriátrica que tienen adherencia perciben un mayor apoyo por parte de la familia, antes que todas las otras dimensiones, así como las personas que los pacientes consideran significativas, y que posiblemente incluyan dentro de su vínculo familiar o sus círculos más cercanos.

Sin embargo, pueden existir diferencias culturales o asociados con diferentes etnias o razas, mostrando resultados contradictorios. Spikes et al. llevaron a cabo un estudio de investigación con el objetivo de determinar las asociaciones entre los factores demográficos y clínicos, los síntomas depresivos, las creencias sobre la hipertensión y el apoyo social con la adherencia a los medicamentos para la presión arterial en adultos afroamericanos de mediana edad con diagnóstico de hipertensión. De acuerdo con sus hallazgos, los síntomas depresivos, las creencias sobre la hipertensión arterial y el apoyo social no tuvieron una relación significativa con la adherencia a la medicación (79).

En este sentido, podríamos decir que la cultura mexicana, al ser mermada de mucho contexto de cercanía y calidez, los pacientes geriátricos otorgan gran importancia al apoyo social, siendo esto un importante indicador de trabajo por parte de los médicos al momento de abordar la enfermedad de los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial adaptada transculturalmente.

Corresponde dentro de las tareas del médico familiar poder identificar las áreas de oportunidad en cada paciente geriátrico para poder trabajarlas y activar los recursos adecuados para que el paciente pueda tener un mejor apego a su enfermedad, y por ende, mejores desenlaces asociados con su enfermedad, mayor calidad de vida y una mejor supervivencia libre de complicaciones.

## **Capítulo VIII. Conclusión**

El 61.8% de los pacientes adultos mayores fueron catalogados como cumplidores.

El apego no se asoció con las características demográficas de los pacientes, sin embargo, se asoció con algunas dimensiones de apoyo familiar, principalmente relacionado con la familia y con personas que consideran significativas.

Bajo este precepto, el médico de familias puede participar en la activación de recursos de apoyo social del adulto mayor, sobre todo en las áreas de fortalezas, trabajar en las debilidades, para mejorar su adherencia terapéutica. Educando e informando al paciente y su familia para la elaboración de estrategias en el cumplimiento de su tratamiento.

## Capítulo IX. Referencias

1. Horne R. (1997) Representation of medication and treatment: advances in theory and measurements. En: Petrie R, Weinlan J, eds. (1997) Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications. London: Harwood Academic, 155-188.
2. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R, Brouwers MC, Oliver T. (1997) Interventions to Assist Patients to Follow Prescriptions for Medications. Oxford: The Cochrane Collaboration. Update Software.
3. Morris LS, Schulz RM. (1992) Patient compliance: an overview. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17, 183-95.
4. Donovan JL, Blake DR. (1992) Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine*, 34, 507-513.
5. Donovan JL. (1995) Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11, 443-445.
6. Melnikow J, Kiefe C. (1994) Patient compliance and medical research: issues in methodology. *Journal of General Internal Medicine*, 9, 96-105.
7. Urquhart J. (1996) Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. *European Heart Journal*, 17(Suppl. A), 8-15.
8. Goldsmith CH. (1979) The effect of compliance distributions on therapeutic trials. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press, 63-77.

9. Steiner A, Vetter W. (1994) Patient-Compliance/nonCompliance, bestimmende Faktoren, Arzt-Patient Interaktion. Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis, 83, 889-889.
10. Marinker M. (1997) From Compliance to Concordance. Achieving Shared Goals in Medicine Taking. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
11. Haynes B, Taylor DW, Sackett DL. (1979) Compliance in Health Care. Baltimore: The John Hopkins University Press.
12. Donovan JL. (1995) Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 11, 443-455.
13. Anon. (1997) Editor's Choice. Compliance ± a broken concept. British Medical Journal, 314(7082), 1.
14. Anon. (1989) The Oxford English Dictionary. Oxford: Oxford University Press.
15. Roberson MH. (1992) The meaning of compliance: patient perspectives. Qualitative Health Research, 2, 7-26.
16. Sackett DL. (1979) Introduction. En: Haynes B, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in Health Care. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1-7.
17. Dracup KA, Meleis AI. (1982) Compliance: an interactionist approach. Nursing Research, 31, 31-36.
18. Anon. (1997) Working Party from Compliance to Concordance. Achieving Shared Goals in Medicine Taking. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.

19. Gordis L. (1979) Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. En: Haynes B, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in Health Care. Baltimore: The John Hopkins University Press, 23-45.
20. Dunbar J. (1980) Adherence to medical advice: a review. International Journal of Mental Health, 9, 70-87.
21. Miborn HJ, Cochrane GM. (1997) Treating the patient as a decision maker is not always appropriate. British Medical Journal, 314, 3141.
22. Ross FM. (1991) Patient compliance: whose responsibility? Social Science and Medicine, 32, 89±94.
23. Lieberman JA III. (1996) Compliance issues in primary care. Journal of Clinical Psychiatry, 57(Suppl. 7), 76-82.
24. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, et al. (1975) Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. Lancet, 1, 1205-1207.
25. Leporini C, De Sarro G, Russo E. Adherence to therapy and adverse drug reactions: is there a link? Expert Opin Drug Saf 2014;13(Suppl. 1):S41e55.
26. Alhawassi TM, Krass I, Bajorek BV, Pont LG. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. Clin Interv Aging 2014;9:2079e86.
27. Chiang-Hanisko L, Tan JY, Chiang LC. Polypharmacy issues in older adults. Hu Li Za Zhi 2014;61:97e104
28. Toh MR, Teo V, Kwan YH, Raaj S, Tan SYD, Tan JZY. Association between number of doses per day, number of medications and patient's noncompliance, and frequency of readmissions in a multi-ethnic Asian population. Prev Med Rep 2014;1:43e7.

29. Chisholm-Burns MA, Spivey CA. The 'cost' of medication nonadherence: consequences we cannot afford to accept. *J Am Pharm Assoc* 2012;52:823e6.
30. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action: a statement for healthcare professionals. *Circulation* 1997;95:1085e90.
31. Sabate E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.
32. Frances A, Thirumoorthy T, Kwang YH. Medication adherence in the elderly. *J Clin Gerontol Geriatr*. 2016;7(2):64-7.
33. Ingersoll KS, Cohen J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J Behav Med* 2008;31:213e24.
34. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Arch Int Med* 2003;163:1727e34.
35. Esposito L. The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population. *J Adv Nurs* 1995;21:935e43.
36. Ivers NM, Schwalm JD, Jackevicius CA, Guo H, Tu JV, Natarajan M. Length of initial prescription at hospital discharge and long-term medication adherence for elderly patients with coronary artery disease: a population-level study. *Can J Cardiol* 2013;29:1408e14.
37. Ben-Natan M, Noselozich I. Factors affecting older persons' adherence to prescription drugs in Israel. *Nurs Health Sci* 2011;13:164e9.
38. Nicklett E, Liang J. Diabetes-related support, regimen adherence, and health decline among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;65B:390–399.

39. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetes patients. *Diabetes Care*. 1988;11:377–386.
40. Rintala TM, Jaatinen P, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Interrelation between adult persons with diabetes and their family: a systematic review of the literature. *J Fam Nurs*. 2013;19:3–21.
41. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2004;23:207–218.
42. Zhang X, Norris S, Gregg EW, Beckles G. Social support and mortality among older persons with diabetes. *Diabetes Educ*. 2007;33: 273–281.
43. Rosland AM, Kieffer E, Israel B, et al. When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *J Gen Intern Med*. 2008;23:1992–1999.
44. Pereira M, Berg-Cross L, Almeida P, Machado J. Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *Int J Behav Med*. 2008;15:187–193.
45. Cox DJ, Gonder-Frederick L. Major developments in behavioral diabetes research. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60:628–638.
46. Carter-Edwards L, Skelly AH, Cagle CS, Appel SJ. They care but don't understand: family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2004;30:493–501.
47. Gallant M. Help or hindrance? How family and friends influence chronic illness self-management among older adults (report). *Res Aging*. 2007;29:375.
48. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2013; 31(7): 1281-1357.

49. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010; 7(7): 1-20.
50. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol.* 2004; 59(8): 676-684.
51. Carels RA, Blumenthal JA, Sherwood A. Effect of satisfaction with social support on blood pressure in normotensive and borderline hypertensive men and women. *Int J Behav Med.* 1998; 5(1): 76-85.
52. Hill PL, Weston SJ, Jackson JJ. Connecting social environment variables to the onset of major specific health outcomes. *Psychol Health.* 2014; 29(7): 753-767.
53. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985; 98(2): 310-357.
54. Schwarzer R, Rieckmann N. Social support, cardiovascular disease, and mortality. In: Weidner G, Kopp MS, Kristenson M, eds. *Heart disease: Environment, stress, and gender.* NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, vol. 327. Amsterdam: IOS Press; 2002: 185-197.
55. Schwarzer R, Knoll N. Social support. En: French D, Kaptein A, Vedhara K, Weinman J, eds. *Health psychology.* 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010: 283-293.
56. Barth J, Schneider S, Von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2010; 72(3): 229-238.
57. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull.* 1996; 119(3): 488-531.

58. Gómez García s, Vega Pérez ML, Tamez Rodríguez AR, Guzmán Pantoja JE. Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México. *Aten Primaria* 2013;45(5):231-32.
59. Parody Rúa E, Vásquez Vera AF. Prevalencia y factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes de un programa integral de crónicos en un centro de atención primaria de Cali: comparación de diferentes test de adherencia. *Pharm Care Esp.* 2019;21(1):23-40.
60. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24:67-74.
61. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico [Tesis Doctoral]. Granada; 2003.
62. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria.* 1992;10:767-70.
63. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988; 52 (1): 30-41
64. Landeta O, Calvete E. Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés.* 2002; 8(2-3): 173-182.
65. Ruiz Jiménez MT, Saiz Gaidós J, Montero Arredondo MT, Navarro Bayón D. Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2017;37(132).
66. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: *Weltgesundheitsorganisation;* 2003.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=5533CE0804BE2E0722B919623C4C2E05?sequence=1>

67. Schäfer C, editor. Patientencompliance. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017.

68. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Prevent Med Bull 2009;8:167-72.

69. Vatansever O, Ünsar S. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Turk Soc Cardiol Turkish J Cardiovasc Nurs 2014;5:66-74.

70. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. J Clin Nurs 2011;20:692-705.

71. Padhy M, Lalnuntluangi R, Chelli K, et al. Social Support and Adherence among Hypertensive Patients. AJHM 2016; 1:33-40.

72. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. J Psychiatr Pract 2010;16:34-45.

73. Criswell TJ, Weber CA, Xu Y, et al. Effect of self-efficacy and social support on adherence to antihypertensive drugs. Pharmacotherapy 2010;30:432-41.

74. Aksoy A, Kelleci M. Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *Dusunen Adam J Psychiatr Neuro Sci* 2016;29: 210-8.
75. Turan GB, Aksoy M, Çiftçi B. Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *J Vasc Nurs*. 2019;37(1):46-51.
76. Karimy M, Koohestani HR, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetol Metab Syndomre*. 2018;10:86.
77. Mohebi s, parham M, Sharifirad G, et al. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *J Educ Health Promot*. 2018;7:48.
78. Werfalli MM, Kalula SZ, Manning K, Levitt NS. Does social support effect knowledge and diabetes self-management practices in older persons with Type 2 diabetes attending primary care clinics in Cape Town, South Africa?. *PLoS One*. 2020.
79. Spikes T, Higgins M, Quyyumi A, et al. The Relationship Among Health Beliefs, Depressive Symptoms, Medication Adherence, and Social Support in African Americans With Hypertension. *J Cardiovasc nURS*. 2019;34(1):44-51.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

**DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ**

Subdirector de Estudios de Posgrado del  
Hospital Universitario de la U.A.N.L.

Presente:

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada "Red de apoyo familiar y apego a tratamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas" cuyo autor es la Dra. Alicia Arredondo Jaime del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 10% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted.



**MEDICINA FAMILIAR** ATENTAMENTE.

«Vere Flamamam Veritatis»  
Monterrey, N.L. 15 de diciembre 2022

**DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.**  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar.

# Red de apoyo familiar y apego a tratamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas

INFORME DE ORIGINALIDAD

**10%**  
INDICE DE SIMILITUD

**9%**  
FUENTES DE INTERNET

**3%**  
PUBLICACIONES

**2%**  
TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ [www1.paho.org](http://www1.paho.org)

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir bibliografía

Activo



Excluir coincidencias < 5 words

*[Handwritten signature]*  
MEDICINA FAMILIAR

Dr. Raúl Fernando Gutierrez Heias