



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77
DELEGACION ORIENTE.

**CORRELACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. GABRIELA ARREDONDO VEGA

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MEXICO ORIENTE.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CORRELACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. GABRIELA ARREDONDO VEGA

AUTORIZACIONES

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD

ESTADO DE MEXICO ORIENTE

DRA. MARIA ESTER GARDUÑO MORA

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 77

DR. RAFAEL HERNANDEZ JUAREZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 77

DR. ALFONSO ZEMPOALTECA MORALES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 77

**CORRELACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. GABRIELA ARREDONDO VEGA

AUTORIZACIONES

DR. ALFONSO ZEMPOALTECA MORALES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 77

DR. ARMANDO LOPEZ PORTILLO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 93

DRA. LUCIA MARTINEZ ROJANO

ASESOR DEL TEMA DE TESIS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 93

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA

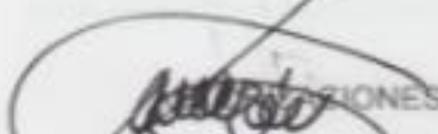
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SA DELEGACION ESTADO DE
MEXICO ORIENTE

**CORRELACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

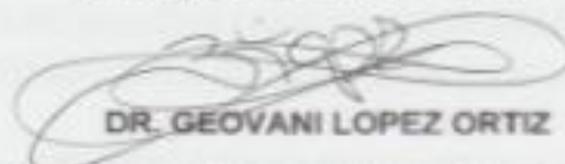
DRA. GABRIELA ARREDONDO VEGA



DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ

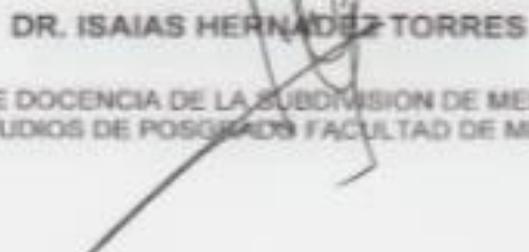
JEFE DE LA SUBDIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ

**COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

**COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**CORRELACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON POLIFARMACIA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. GABRIELA ARREDONDO VEGA

AUTORIZACIONES

DR. ARMANDO LOPEZ PORTILLO

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, COORDINADOR CLINICO DE
EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 93

DRA. LUCIA MARTINEZ ROJANO

ASESOR DEL TEMA DE TESIS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 93

AGRADECIMIENTOS

A DIOS Y A MI FAMILIA

Como una muestra de cariño y agradecimiento, por todo el amor y apoyo brindado y porque hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida, les agradezco la orientación que siempre me han otorgado.

A mi padre que me dejo la mejor herencia en la vida al otorgarme la oportunidad de tener una preparación académica.

A Itzia, Andrea, Nijaid y Selene que me impulsan a ser mejor cada día.

A mi profesor el Dr. Abraham Martínez Carbajal, al Dr. Armando López Portillo por todas las aportaciones para la realización de este proyecto, y más que profesores se convirtieron en amigos.

A mi profesor de la UNAM Dr. Roberto Sánchez Ahedo que siempre nos impulso a ir por más académicamente desde la licenciatura hasta el posgrado.

A mis pacientes que en cada consulta me dan una enseñanza profesional y personal.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social y Universidad Nacional Autónoma de México grades instituciones que me han formado día a día en mi deber profesional.

A todos ellos muchas gracias.

INDICE

I.	TITULO.....	-
II.	INDICE.....	-
III.	RESUMEN.....	-
IV.	MARCO TEORICO.....	1
V.	PLANTANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
VI.	JUSTIFICACION.....	9
VII.	OBJETIVOS GENERAL.....	10
	ESPECIFICO.....	
VIII.	HIPOTESIS.....	11
IX.	METODOLOGIA	12
	TIPO DE ESTUDIO.....	12
	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	12
	TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO	
	CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y	
	ELIMINACION.....	13
	VARIABLES.....	15
	PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA	
	INFORMACION.....	20
	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
X.	RESULTADOS	22
	DESCRIPCION.....	

	TABLAS, CUADROS Y GRÁFICOS.....	24
XI.	DISCUSIÓN.....	38
XII.	CONCLUSIONES.....	41
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
XIV.	ANEXOS.....	45
XV.	CRONOGRAMA.....	50

RESUMEN

El presente trabajo explora la correlación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores con polifarmacia; adscritos a la unidad de medicina familiar 93. La importancia de este estudio radica en identificar la influencia del apoyo familiar con el apego terapéutico mediante el cuestionario de adherencia terapéutica; esperando concientizar al derechohabiente para repercutir en una mejor calidad de vida y, por ende; disminuir complicaciones y costo para el paciente. Los adultos mayores debido a los múltiples cambios fisiológicos propios del envejecimiento son más susceptibles a la pluripatología, lo que lleva con facilidad a la polifarmacia. **Objetivo:** Identificar como se correlaciona el apoyo familiar con la adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia y detectar los factores asociados para establecer programas de atención en primer nivel. **Material y Método:** Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo en la UMF N°93. Se utilizó un instrumento de Adherencia terapéutica y otro de apoyo familiar adaptados para su uso en pacientes con polifarmacia. Se incluyeron variables familiares, número de fármacos y se tomó en cuenta la presencia del cuidador primario al momento de la aplicación de los instrumentos. En el análisis estadístico se utilizó la r de Pearson. **Resultados:** Al correlacionar las variables intervinientes con apoyo familiar se obtuvo en el adulto mayor que acudía sin ningún acompañante un bajo apoyo familiar como único resultado clínicamente significativo. **Conclusiones:** El tener apoyo familiar alto conlleva a una adherencia terapéutica alta.

Palabras Clave: Adherencia terapéutica; Apoyo familiar; Adultos mayores con polifarmacia.

ABSTRACT

The present work explores the correlation between family support and therapeutic adherence in the elder patients with polypharmacy; adscripted to the family medicine unit no.93. The importance of this study lies in identifying the influence of family support on therapeutic appeal through the questionnaire of therapeutic adherence; hoping to raise awareness in the rightholder to advance a better quality of life, and thus; decrease complications and costs to the patient. Due to the various physiological changes of aging, elders are more susceptible to polypathology.

Objective: Identify how family support correlates with therapeutic adherence in elders with polypharmacy and detect related factors to establish programs of alert at the first level. **Materials and method:** A crossed, observational, and descriptive study were realized at the UMF no. 93. An instrument of threapeutic adherence and anthoer of family support adapted to patients with polypharmacy was used. Family variables and the number of pharmaceuticals were included and noted in the presence of the primary care provider at the moment of the applications of the instruments. Pearson's r was used in the statistical analysis. **Results:** Upon correlating the variables interevening with family support, it was obtained that in the elder that came without company, low family support was the only clinically significant result. **Conclusions:** High family support leads to high therapeutic adherence.

Keywords: Therapeutic adherence, Family support, Elders with polypharmacy.

MARCO TEORICO

El envejecimiento de la población es un proceso mundial, en que la proporción de las personas de 60 años y más va en aumento. Se proyecta que en el año 2050 aumentara al 21%, principalmente influenciada por el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad ¹. De esto derivan algunas consecuencias para la relación entre familia y envejecimiento. Para los adultos mayores, la familia es la principal fuente de satisfacción, convivencia, que involucra albergue, comida, tiempo y servicios; por ende, la familia continúa siendo un pilar fundamental en el régimen de bienestar de la sociedad latinoamericana ². Padecer una o varias enfermedades crónicas durante la vejez conlleva un conjunto de efectos biopsicosociales que repercuten en todos los ámbitos en donde se desenvuelve el adulto mayor. El apoyo social y familiar son las principales variables que permitirán prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los acontecimientos a los que se enfrenta éste y creará un ambiente que mejorará el bienestar y su autoestima. Contrariamente el incumplimiento terapéutico, aumenta la gravedad y acorta la vida de muchos pacientes. Aunque la literatura científica respecto al cumplimiento terapéutico se ha venido incrementando, son escasos los estudios focalizados en entender cómo se manifiesta esta conducta en adultos mayores ³. En las circunstancias actuales, el adulto mayor tiene mayor expectativa de vida, pero posiblemente un deterioro en su salud y nivel económico; un creciente número de ancianos viven solos y con deficiencias en el apoyo familiar y social, que los orilla a mantenerse independientes y de manera precaria, y en ocasiones obligados, a seguir trabajando. La jubilación, la viudez y la soledad llevan al aislamiento de su grupo familiar o social, y muchos de ellos pierden su funcionalidad convirtiéndose en dependientes físicos, esto aunado a su comorbilidad, requerirán de un mayor número de medicamentos utilizando con facilidad la polifarmacia para controlar sus enfermedades, además de que cierta deprivación sensorial visual y auditiva hacen fácilmente que olviden o confundan su administración, no detectan efectos adversos, o los notifican tardíamente ⁴. Los pacientes ancianos consumen una gran cantidad de medicamentos para controlar las enfermedades que presentan por lo que la falta de adherencia al tratamiento de una enfermedad concreta puede limitar

el éxito terapéutico y conducir a malos resultados, que provoquen la frustración del médico y del enfermo y aumenten la falta de confianza en la asistencia sanitaria ⁵. El envejecimiento o tercera edad se presenta a partir de los 65 años de edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), población que crece a un ritmo más elevado que el crecimiento de los otros grupos de edad. Éste se ha dado como resultado de las transiciones epidemiológica y demográfica, en las que la mortalidad y la fecundidad cayeron hasta alcanzar niveles históricamente bajos, y se sostienen en niveles bajos⁶. De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que en el 2020 habrá más de 15 millones de adultos mayores (personas de 60 años y más) y poco más de 22 millones en 2030; de modo que este grupo de la población incrementará 12.5 y 17.5 por ciento del total de la población, respectivamente. Dentro de este grupo, los mayores de 70 años suman ya 3.5 millones y se prevé que alcanzarán 6.5 millones en 2020 y 10.2 millones en 2030 ⁷. La población de la tercera edad es la que crece de manera más rápida desde hace quince años. Su tasa de crecimiento pasó de 2.5 por ciento anual en 1970, a 3.5 en 2000 y a 3.6 por ciento en 2004. Mientras el incremento anual fue de 237 mil en 2000, en 2004 ascendió a 281 mil. La tasa de crecimiento actual de la población de la tercera edad es inédita en la historia demográfica del país, y en ello radica uno de los principales cambios de la estructura de la población. Se prevé que esta dinámica continuará acelerándose hasta alcanzar un ritmo promedio anual de 4.3 por ciento a finales de la segunda década del presente siglo⁸. Dentro de niveles de población anciana que tiene el IMSS actualmente en el grupo de 60-79 años (9.96%) los alcanzará la población general sólo hasta 15 o 20 años más tarde. Los adultos de 80 años y mayores en el 2002 representaban el 2.77% de la población adscrita al médico familiar del IMSS, siendo este grupo el que presente el mayor aumento al incrementarse 26% sólo en 10 años. Como consecuencia de este cambio socio-demográfico, las necesidades de atención a la salud de los derechohabientes de edad avanzada sufrirán un crecimiento progresivo, adquirirán una mayor complejidad y responderán a una mayor variabilidad individual, familiar y socio-comunitaria⁹. La población envejecida, constituye entonces un grupo de gran importancia en la terapéutica actual, ya que

representan el consumo del 25 al 50% de los fármacos prescritos y son responsables del 75% del gasto farmacéutico. El 36% de los ancianos padece más de 3 enfermedades crónicas, lo que se traduce, en general, en una polifarmacia ¹⁰. Las enfermedades crónicas en la vejez y sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social pueden constituir una carga sanitaria y financiera para la persona adulta mayor, la familia y el sistema de atención a la salud, principalmente enfermedades como la hipertensión arterial y Diabetes Mellitus que requieren un tratamiento continuo ¹¹. Dentro del IMSS las enfermedades prioritarias fueron la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus que representaron un número total de casos atendidos en personas de la tercera edad de 280 mil en 1996 y de 670 mil en el 2000. Existe un incremento de casos de 1.1 millones en el 2010 y se estima que sea de 1.5 millones en el 2020 ^{12,13}. Estas condiciones suelen presentarse en forma simultánea en comorbilidades, es casi inevitable caer en el uso simultáneo de fármacos, que puede traer consigo un aumento de interacciones no deseadas o peligrosas. En los últimos años se ha configurado el concepto de polifarmacia como consecuencia del empleo de múltiples fármacos. La Organización mundial de la salud la define como el uso simultáneo de tres o más fármacos. Se ha constituido a la polifarmacia dentro de los criterios aceptados para categorizar la fragilidad en los ancianos ¹⁴.

Los factores de riesgo para que se presente la polifarmacia son los siguientes: edad avanzada, accesos a los servicios de salud, deficiente estado de salud, depresión, hipertensión, anemia, angina, divertículos, osteoartrosis, y diabetes mellitus. Incrementando las posibilidades de reacciones adversas e interacciones medicamentosas en potencia y de readmisiones hospitalarias; por lo que la polifarmacia se le considera un indicador para mortalidad en el adulto mayor. Incrementado la probabilidad de problemas en la adherencia al tratamiento. Se ha observado que cuando existe polifarmacia disminuyen las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y se incrementa el riesgo de prescripción inadecuada, los síndromes geriátricos, los gastos médicos y la mortalidad ¹⁵. Una característica esencial del humano, es la de constituirse como un ser social, los aspectos sociales son determinantes de la salud de las personas, por ello en adultos

mayores son parte integral de la valoración geriátrica, por que constituyen el grupo poblacional que requieren mayor frecuencia en la atención médica y mayor número de medicamentos ¹⁶. La presencia de un enfermo crónico altera a todos los miembros de una familia; en particular, la persona que lo cuida enfrenta sobrecarga de trabajo y niveles intensos de estrés. Este sujeto es muy importante en la vida del paciente anciano, pues constituye un gran apoyo para que se adhiera a su tratamiento ya que con su intervención se eliminan o al menos disminuyen factores de riesgo para falta de adherencia como son el olvido o descuido en las tomas de medicamentos, errores en la combinación o sustitución de fármacos, situaciones que al evitarse pueden reducir la tasa de complicaciones y prolongar la sobrevida. El incumplimiento terapéutico, contrariamente, aumenta la gravedad y acorta la vida de muchos pacientes ¹⁷.

Existen varias causas de falta de adherencia terapéutica o incumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes adultos mayores:

- ❖ Intencionales 70%: falta de mejoría subjetiva, sensación de curación, subdosificación.
- ❖ Automedicación
- ❖ No intencionales 30%: olvidos, incomprensión de prescripción
- ❖ errores de omisión
- ❖ errores de dosis
- ❖ confusión en el horario
- ❖ vencimiento de medicamentos

El aumento de la edad produce una serie de declives naturales en muchas funciones, sólo en la vejez la memoria se convierte en un aspecto destacado por convertirse en un elemento de juicio. Un anciano, ante todo, tendrá una velocidad de procesamiento menor que un joven, lo cual influirá en aspectos como la recuperación de la información o en la asimilación del material presentado por primera vez; por otra parte la atención y la concentración también se ven

disminuidas con el aumento de la edad, lo cual afecta de nuevo a la asimilación de información novedosa y también a la memoria en general ¹⁸. Un 70% de la población se muestra de acuerdo con que a partir de los 65 años de edad se producen deterioros en la memoria, por lo que es importante contar con una tercera persona encargada de aportar apoyo a la terapéutica del familiar en un paciente adulto mayor con polifarmacia ¹⁹. Se sabe que la dinámica familiar es un proceso indispensable en la atención médica en las unidades de primer nivel, en donde la especialidad de Medicina Familiar expresa sus conocimientos y actúa a favor de los núcleos familiar disfuncionales, para su mayor bienestar ²⁰.

Desde siempre se ha buscado por distintos medios llegar a un fin común, la salud de todos nosotros, y esta se ha combatido desde creación de nuevas técnicas quirúrgicas para mejorar y evitar las complicaciones mortales; los nuevos medicamentos que día a día se van perfeccionando intentando evitar cada vez más los efectos secundarios, así como mejorar su farmacocinética y farmacodinamia para controlar o curar mejor las distintas enfermedades que nos rodea ²⁰. Un aspecto importante que desde hace poco tiempo se ha iniciado, es una búsqueda para poder mejorar y aumentar la calidad de vida de la persona portadora de enfermedad, y así mismo unificar formas para mejorar la adherencia terapéutica. Existen un gran número de investigaciones con diversos resultados, las cuales coinciden en varios aspectos, uno de ellos y tema principal de este trabajo de investigación, es el apoyo familiar, y sobre este tema se encuentra múltiples trabajos²¹. La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud. Especialmente el modelo de creencias de salud y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación porque tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costos-beneficios y las claves para la acción. Para la evaluación de la adherencia terapéutica se han propuesto diversos sistemas de métodos: autoinformes y autoregistros de los pacientes, informes de personas próximas a estos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del

consumo de medicamentos ²². Con relación a la utilización del método ideal *M. A. Paya* plantea que lo idóneo es combinar la entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas. Existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido clasificados de la manera siguiente:

- Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.
- El régimen terapéutico.
- Las características de la enfermedad.
- Los aspectos psicosociales del paciente ²².

En la interacción profesional de la salud enfermo cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación ²³. Se ha observado que proporcionar la información necesaria que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico ²⁴. El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente ²⁵. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con mono-dosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que esta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados ²⁶. En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen

considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, el *locus* de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social y familiar ²⁷. Las atribuciones causales o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad van a ser otro factor implicado en la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud. De igual forma la variable *apoyo social* se ha demostrado que puede contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla. Igualmente los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud ²⁸. Los aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez son factores determinantes del nivel y tipo de calidad de vida de los adultos, repercutiendo así en la adherencia terapéutica, y es indispensable la evaluación de estos elementos, por lo que existen diversos instrumentos para su valoración, como el de “Adherencia terapéutica para diabéticos” que resumen los resultados en Adherencia terapéutica Muy baja, baja, Intermedia y como mejor resultado Satisfactoria ²⁹.

En cuanto a la medición de otro aspecto biopsicosocial como el apoyo familiar, se encuentra el instrumento de evaluación “Apoyo familiar al diabético” diseñada por la Universidad de Guadalajara, de Cabrera, et al. (2003) ³⁰.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre 65 y 94% adultos mayores de 60 años utilizan algún fármaco y de ellos tres cuartas partes reúne criterios de polifarmacia, se estima que 30% llegan a presentar reacciones secundarias y es alarmante que este sea el motivo del 3 al 10% de los ingresos hospitalarios en pacientes ancianos se deben a reacciones secundarias en pacientes ancianos, lo que conlleva a posibles complicaciones y disminución de la esperanza de vida. La falta de adherencia terapéutica en los ancianos es preocupante y resulta interesante conocer su frecuencia y explorar sus causas, desglosar los factores asociados al incumplimiento especialmente si se deben al mismo proceso de envejecimiento tal como disminución de memoria, cambios en el estado del ánimo o disminución del metabolismo, algunos de éstos factores se pueden reducir con apoyo familiar. Por ejemplo, es posible que el adulto mayor con polifarmacia disminuya las transgresiones en el manejo si cuenta con apoyo familiar y que tal apoyo se correlacione positivamente con una adecuada adherencia terapéutica, de ésta forma mejorar el control de las enfermedades y disminuir las complicaciones y costos sanitarios por su atención. Antes que nada, este trabajo ayudaría a sensibilizar al médico para no incurrir en la prescripción no razonada de medicamentos, evitar conductas rutinarias solo por satisfacer las necesidades sentidas del anciano. El papel de los Médicos Familiares en la interacción con el paciente y la familia, incluye el estudio de las redes de apoyo del adulto mayor: llámense cónyuges, hijos, hermanos o apoyos sociales, obtener información relevante para ampliar su visión y favorecer el apoyo familiar para mejorar la adherencia terapéutica de los adultos mayores con polifarmacia.

Pregunta de investigación:

¿Existe correlación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia?

JUSTIFICACIÓN

Desde hace aproximadamente 30 años se está combatiendo una crisis financiera en el sector salud, y es que la población ha alcanzado esperanzas de vida que actualmente rondan alrededor de 78 años en las mujeres y 75 en los hombre. 75% de los adultos mayores sufren padecimientos crónicos degenerativos y consumen más de tres medicamentos, por lo cual cumplen la definición de polifarmacia de la OMS. La UMF 93 cuenta con una población extensa y con un gran número de paciente de la tercera edad, demostrar la asociación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica, servirá de fundamento para posibles intervenciones y planeación de servicios que nos ayuden a mejorar la atención al adulto mayor con polifarmacia. No se vislumbran implicaciones éticas mas allá de despertar la inquietud de los entrevistados al reconocer deficiencias en el apoyo familiar y pretender alguna intervención del investigador. El estudio cumple con la validación previa de los instrumentos que reducen los errores de mala clasificación y se planifica la estandarización de los encuestadores para reducir las respuestas por deseabilidad social o falsear la frecuencia de falta de adherencia para evitar reconvenciones. Es un estudio relevante para el avance del conocimiento, se ajusta a los temas prioritarios en la categoría de enfermedades crónicas y es probable aplicar los resultados del estudio en la práctica cotidiana.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

- Identificar la correlación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia en la consulta de Medicina Familiar.

Objetivos específicos:

- Medir el grado de adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia.
- Establecer los factores asociados a adherencia terapéutica.
- Determinar los factores asociados a apoyo familiar.
- Clasificar el grado de apoyo familiar en los pacientes adultos mayores con polifarmacia.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo.

- Si los adultos mayores con polifarmacia cuentan con adecuado apoyo familiar, entonces tendrán adherencia terapéutica satisfactoria
- El grado de adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia es bajo.
- El apoyo familiar en población geriátrica es bajo.
- La escolaridad del cuidador primario se asocia a adherencia terapéutica.
- El género del cuidador primario se asocia a mayor apoyo familiar.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Población: Adultos mayores con polifarmacia por criterio de la OMS

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 93 “Cerro Gordo”, Delegación Oriente, Estado de México del IMSS.

TIPO DE ESTUDIO: Transversal, Observacional, Descriptivo

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión.

- Adultos de 60 a 74 años de edad.
- Que reúna criterios de polifarmacia.
- Ambos sexos.
- Que se responda el Instrumento de adherencia terapéutica y apoyo familiar.
- Firme carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión.

- Personas con deterioro cognitivo o padecimientos orgánicos que limiten su comprensión y capacidad de respuesta al cuestionario.

Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos o ilegibles.

MUESTRA:

Se incluyó a todos los pacientes seniles con polifarmacia adscritos en la UMF93, mediante muestreo no probabilístico. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó bajo la siguiente fórmula:

$$Z_a^2 \cdot p \cdot q$$

$n = i^2 (N-1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q$ Donde:

n: tamaño de la muestra

N: tamaño de la población

Z: valor correspondiente a la distribución de Gaus, $Z_{\alpha=0.05} = 1.96$

$Z_{\alpha=0.01} = 2.58$ **p:** prevalencia esperada del parámetro a evaluar. **i:** error que se prevé cometer si es del 5% $i = 0.005$ el resultado de lo anterior se traduce en:

TAMAÑO DEL UNIVERSO 22716

HETEROGENEIDAD % 50

MARGEN DE ERROR % 5

NIVEL DE CONFIANZA % 95 MUESTRA 378

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDADES DE MEDICION
INDEPENDIENTE Apoyo familiar	Citada por Hilbert (1990) diversidad de conductas naturales de ayuda donde los individuos que la reciben interactúan socialmente con quienes la otorgan, este concepto se interpreta como apoyo familiar para el caso del adulto con polifarmacia en el adulto. Generalmente se reconocen 3 tipos de apoyo: 1) el emocional, definido como el sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar; 2) el tangible o instrumental, que se ha determinado como el prestar ayuda directa o servicios; 3) y	Puntuación obtenida del instrumento de evaluación "Apoyo familiar al diabético" sugerida por la Universidad de Guadalajara, de Cabrera, et al. (2003), y adaptada únicamente para fines de este trabajo en pacientes con polifarmacia y que consta de 51 reactivos de respuesta en escala tipo Lickert de A "Siempre", B "Casi siempre", C "Ocasionalmente", D "Rara vez" y E "Nunca", los cuales integran 4 dominios que suman una puntuación global.	Cualitativa	Nominal	Indicador: 1) Apoyo familiar bajo de 51 a 119, 2) Apoyo familiar medio de 120 a 187 y 3) Apoyo familiar alto de 188 a 265.

	<p>el informacional, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional. Para fines de este estudio se define apoyo familiar aquellas acciones que realizan uno o varios miembros del contexto familiar con el fin de colaborar en el control de las enfermedades de sus familiares.</p>				
<p>VARIABLE DEPENDIENTE Adherencia terapéutica en los adultos mayores con polifarmacia</p>	<p>Conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida. Es la acción de involucrarse activa y voluntariamente</p>	<p>Puntuación obtenida en el instrumento de "Adherencia terapéutica para Diabéticos" diseñado por la jefatura de Enseñanza e Investigación en salud, de la UMF 93 "Cerro Gordo" adaptado</p>	<p>Cualitativa.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Indicador: 1) Adherencia muy baja de 30 a 59, 2) Baja de 60 a 89, 3) Intermedia de 90 a 119 y 4) Satisfactoria de 120 a 150 puntos.</p>

	en el manejo de la enfermedad, que coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico y personal sanitario.	únicamente para fines de este trabajo en pacientes con polifarmacia, consta con 30 reactivos para de respuesta en escala tipo Likert de 1 "No, nunca", 2 "Pocas veces", 3 "Algunas veces", 4 "Muchas veces" y 5 "Siempre", para integrar seis dominios que suman la puntuación global.			
VARIABLES INTERVINIENTES Edad	Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha en que se realizará la entrevista.	Se evaluó con la ficha de identificación del instrumento aplicado para el estudio.	Cuantitativa	Discreta	Indicador: Años cumplidos.
VARIABLES INTERVINIENTES Estado civil.	Situación conyugal civil en cuanto a la sociedad.	Se evaluó con la ficha de identificación del instrumento aplicado para el estudio.	Cualitativa	Nominal	Indicador: 1.Casado 2.Viudo 3.Separada 4.Soltera 5.Divorciado
VARIABLES INTERVINIENTES Género	Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas, sociales que establecen diferencias entre	Se evaluó con la ficha de identificación del instrumento aplicado para el estudio.	Cualitativa	Ordinal	Indicador: 1. Femenino 2. Masculino

	hombres y mujeres.				
VARIABLES INTERVINIENTES Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Se evaluó con la ficha de identificación del instrumento aplicado para el estudio.	Cualitativa.	Nominal	Indicador: 1.Hogar; 2.Pensionado; 3.ubilado; 4.Comerciante; 5.Obrero; 6.Empleado 7.Ayudante general
VARIABLES INTERVINIENTES Cuidador primario	Prestador de servicios de cuidados de salud a las personas que lo necesitan, puede ser por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata.	Se evaluó con la aplicación del instrumento	Cualitativa	Nominal	Indicador: Indicador: 1.- Hijo(a) 2.- Conyugue 3.- Hijos/Nietos 4.- Nadie 5.- esposo (a), hijos, nietos 6.- madre 7.- Esposo (a)/madre 8.- hermana
VARIABLES INTERVINIENTES Escolaridad del cuidador	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Se evaluó con la ficha de identificación del instrumento aplicado para el estudio.	Cualitativa	Ordinal	Indicador: 1.Analfabeta 2.Sabe leer y escribir 3.Primaria incompleta; 4.Primaria completa 5.Secundaria incompleta; 6.Secundaria completa. 7.Bachillerato incompleta 8.Bachillerato completo; 9.Licenciatura

					trunca 10.licencitura completa
VARIABLES INTERVINIENTES Total de medicamentos	Número total de fármacos, requeridos por una persona para el manejo o control, de una o varias enfermedades.	Se evaluó con la ficha de identificación del instrumento aplicado para el estudio.	Cualitativa	Nominal	Indicador: 1. 3; 2. 4; 3. 5; 4. 6; 5. 7 o más.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Método o procedimiento para captar la información.

Posterior a la aprobación del proyecto por el comité de investigación 1402 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se solicitó autorización a la Unidad de Medicina Familiar No. 93, y se realizó la recolección por el investigador principal, para la obtención de datos, llevándose a cabo en el área de consulta externa consultorio 4 del turno vespertino, donde se identificó a los pacientes que reúnan los criterios de inclusión, previa explicación del objetivo del estudio, y aquellos que aceptaron participar en el estudio y firmar la hoja de consentimiento informado, se procedió a la aplicación del instrumento de adherencia terapéutica para diabéticos modificado, cuestionario de 30 reactivos, dirigido a medir el apego terapéutico de los pacientes con polifarmacia. Todas las respuestas se basan en la secuencia de: No, Nunca, Pocas veces, Algunas veces, Muchas veces y Siempre. Todas estas con un valor asignado según el rubro a evaluar y al finalizar se contabilizan teniendo como resultado la adherencia terapéutica: 1) Muy baja de 30 a 59; 2) Baja de 60 a 89; 3) Intermedia de 90 a 119; 4) Satisfactoria de 120 a 150.

La evaluación del apoyo familiar incluyo la compañía o no del familiar primario, así como la realización del instrumento de "Apoyo familiar al diabético modificada para pacientes con polifarmacia" y la puntuación global es clasificada en las categorías de apoyo familiar bajo, puntuaciones entre 51 y 119; apoyo familiar medio, entre 120 y 187; y apoyo familiar, alto entre 188 y 255, de acuerdo a lo obtenido en el instrumento. Con los resultados de ambos instrumentos, se concluyo en un análisis estadístico que incluye promedios, porcentajes e intervalos de confianza. Se reunieron los datos de los instrumentos y se llevo a cabo una correlación de la información en el programa de Excel, posteriormente se emplearon escalas de evaluación aplicadas, para el análisis estadístico correspondiente en el paquete SPSS.

ASPECTOS ETICOS.

Es factible ya que la Unidad de Medicina Familiar no 93 cuenta con el número de población adecuada para la muestra, y los espacios físicos para llevar a cabo las actividades necesarias. Es ético por que no afecta biológica y socialmente a los pacientes incluidos en el estudio, y no se les somete a ningún tipo de riesgo, se respetan cabalmente los principios contenidos para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989 y con base en lo establecido en la Ley General de Salud, Título Segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, artículo 14 y 17 que dice: "investigación sin riesgo menor al mínimo debido a que los individuos participantes en el estudio, únicamente aportaran datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y está de acuerdo en las recomendaciones para guiar a los médicos biomédica, donde participan seres humanos.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE RESULTADOS)

Para este estudio se incluyó una muestra de 378 pacientes. Dentro de los resultados se encontraron pacientes en un rango de 60 a 74 años con un promedio de 69 años con predominio del género femenino 237 (62.7%) y del género masculino 141 (37.3%). Por ocupación, se dedican al hogar 212 (56.1%), al comercio 4 (1.1%), ayudante general 5 (1.3%), como empleados 21 (5.6%), como obreros 4 (1.1%) y son pensionados y jubilados 132 (34.8%). Respecto al estado civil existe en la muestra un predominio de pacientes casados con 323 (85.4%), solteros 2 (0.6%), viudos 44 (11.6%), separados 4 (1.1%) y divorciados 5 (1.3%). En cuanto a la escolaridad del cuidador primario se encontraron cuidadores sin estudios 79 (20.9%), con primaria 206 (54.4%), secundaria 45 (12%), bachillerato 33 (8.7%) y con licenciatura 15 (4%) con lo que representa una mediana de 8 años de escolaridad y una media de 6 años de escolaridad.

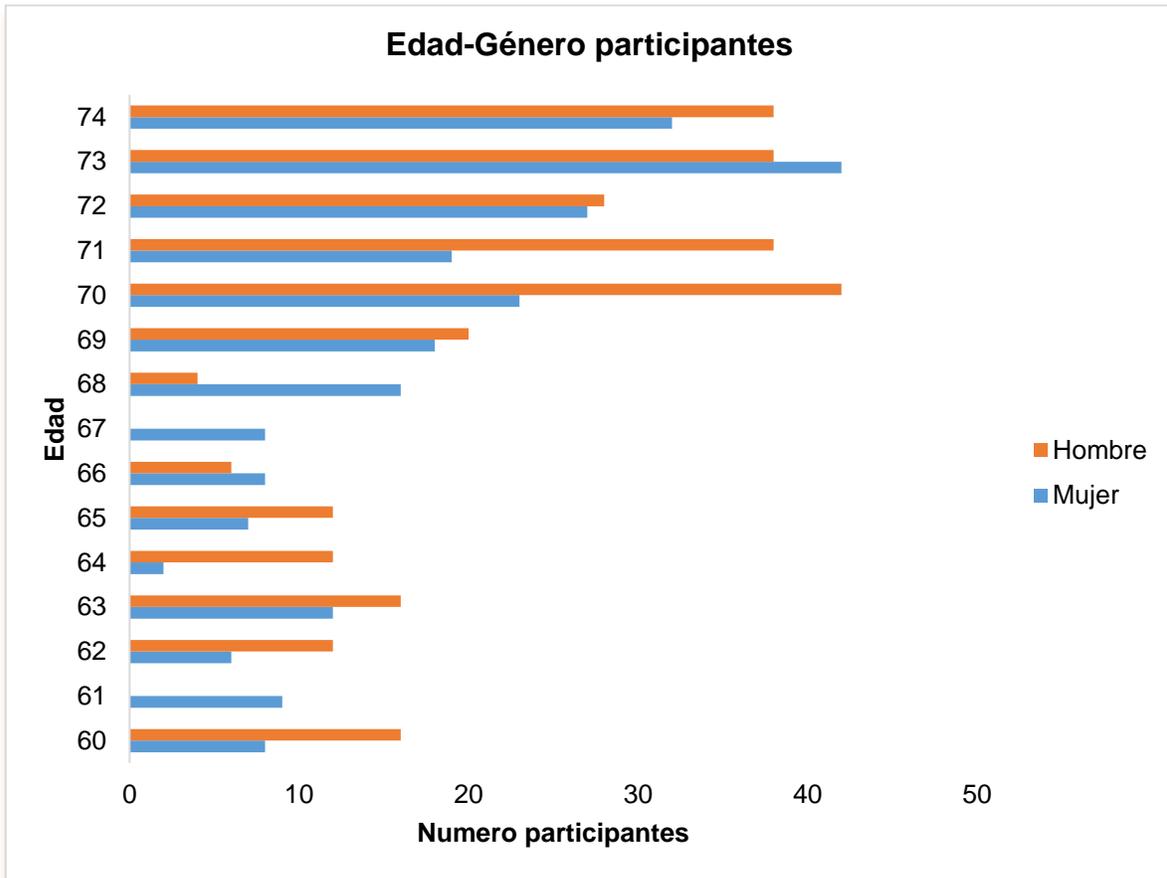
Respecto al total de medicamentos se obtuvo un rango de 3 a 9 medicamentos utilizados simultáneamente de los cuales 237 (62.3%) pacientes consumen en promedio 4 a 5 medicamentos diarios con una mediana de 5 medicamentos. En cuanto a los años de tratamiento de sus enfermedades el rango va desde el año (4%) hasta los 36 años (1%), con un promedio de 10 años de tratamiento (12%). Al momento de la aplicación del instrumento observamos a pacientes con acompañante 272 (72%) y pacientes sin acompañante 106 (28%).

Como resultados de la correlación de apoyo familiar y las variables intervinientes obtenemos que como factores de riesgo para un bajo apoyo familiar primeramente que el paciente acuda sin acompañante con una razón de momios (RM) de 0.362 con una p de Pearson para la correlación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica con 0.612. La correlación es significativa con una p de Pearson de 0.01. Otro factor de riesgo es la baja adherencia terapéutica que simultáneamente nos lleva a un bajo apoyo familiar, en cuanto a la relación con el género masculino se obtuvo una RM 0.84 IC 0.290-2.438 y con P no significativa, lo que nos indica que a pesar de ser

un dato no significativo clínicamente, podríamos considerarlo como un factor protector, al igual que el ser un paciente No productivo, con escolaridad básica, por lo que se refiere a las demás variables los resultados no son clínicamente significativos. Al relacionar la baja adherencia con probables factores de riesgo con las diferentes variables obtenemos que el acudir sin acompañante es un factor de riesgo para baja adherencia con un RM 15.8 un IC 4.34-57.894 y una P 0.0001 al igual que el bajo apoyo familiar que conlleva a una baja adherencia como consecuencia con una RM 10.7 con IC 3.19-35.9 y una P 0.0001. Por las demás variables los resultados no son de significancia clínica.

Se correlacionó los datos entre la puntuación de adherencia total y la puntuación del apoyo familiar en los pacientes, obteniendo como resultado que el tener apoyo familiar bajo es un factor de riesgo importante ya que aumenta la probabilidad hasta 10 veces de tener una adherencia terapéutica baja. Por consiguiente el tener apoyo familiar alto conlleva a una adherencia terapéutica alta.

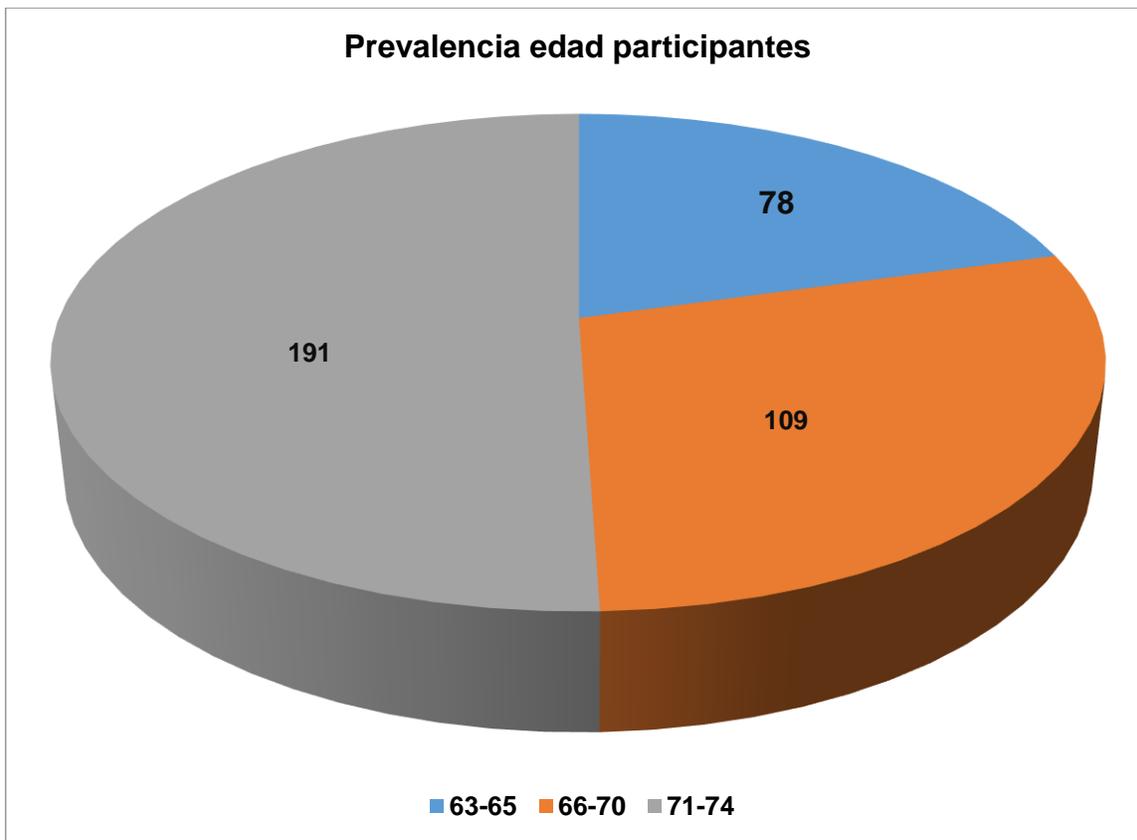
GRAFICO 1. Prevalencia edad y género.



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

De los 378 pacientes en estudio, se encontró más frecuente el género femenino 237 pacientes (62.7%) contra el 141 paciente (37.7%) del género masculino.

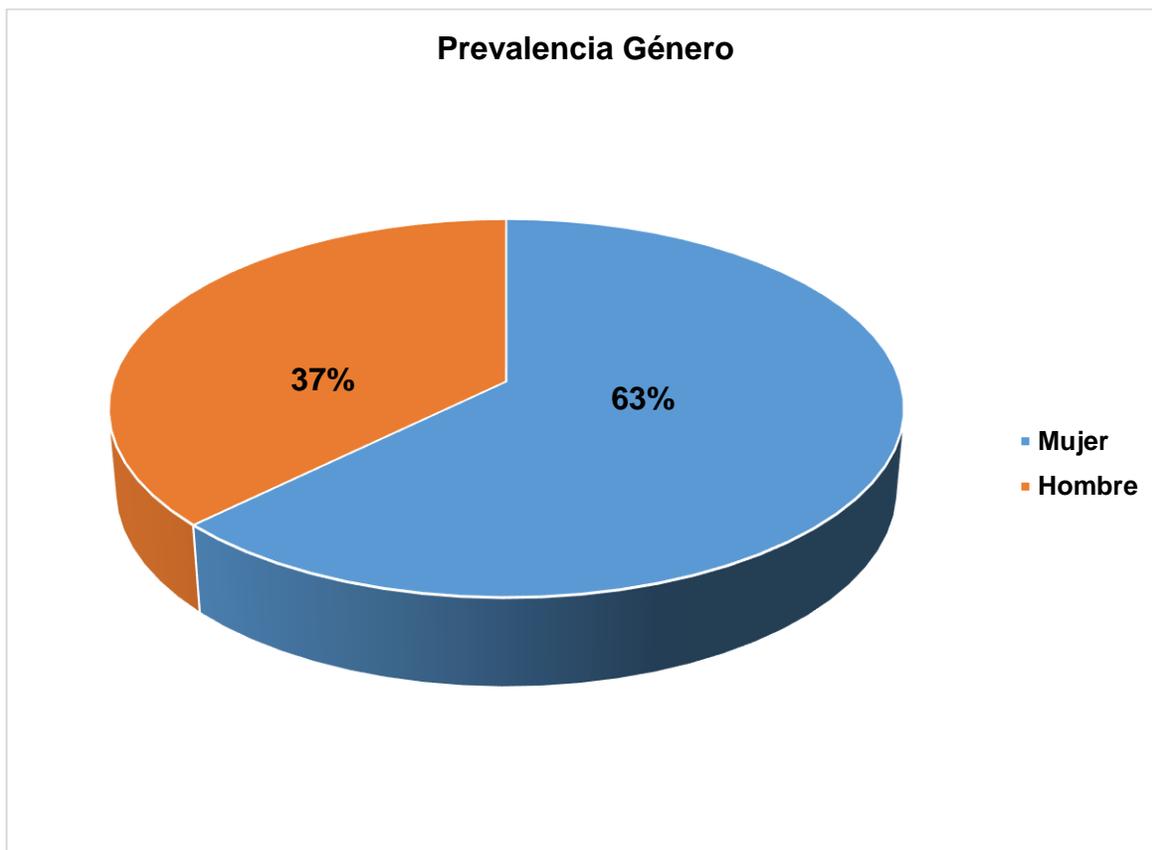
GRAFICO 2. Prevalencia Edad participantes.



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

Se estudiaron 378 pacientes, en un rango de 60 a 74 años, con una prevalencia de 73 años, con un 50.5 % prevalente el grupo entre los 63 a 65 años de edad.

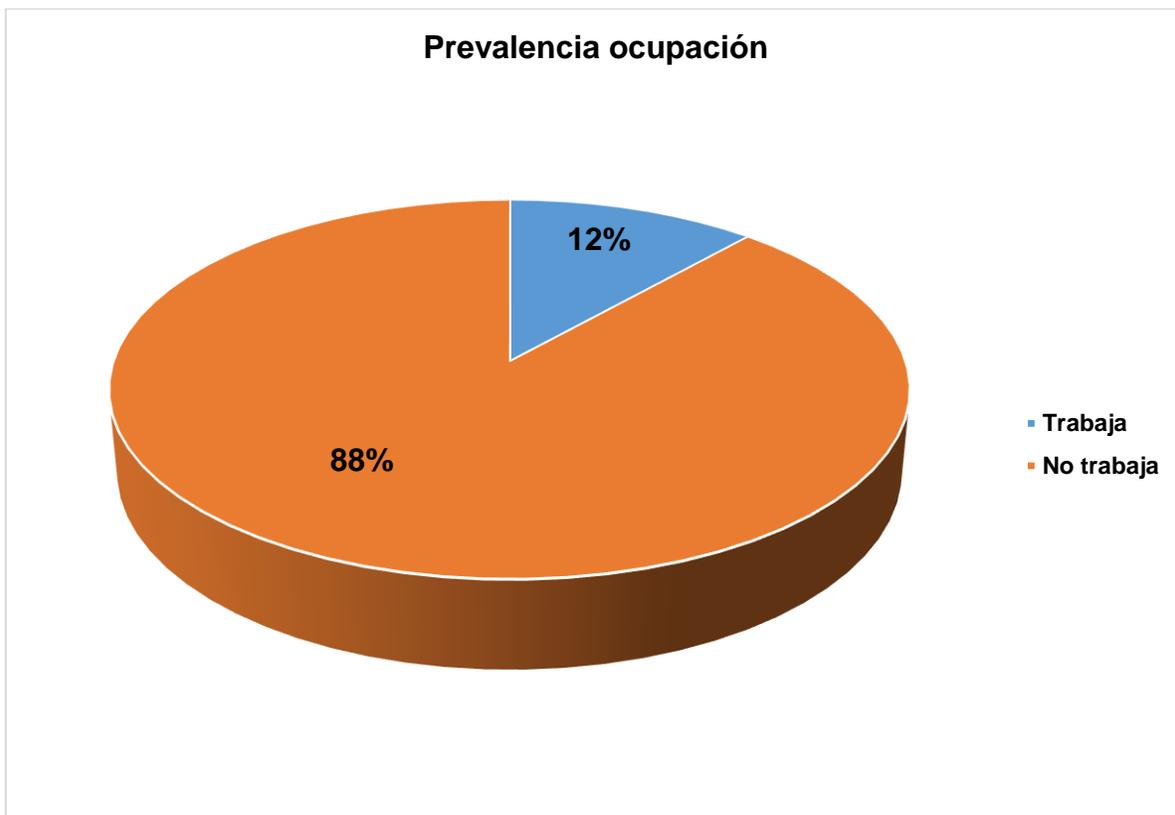
GRAFICO 3. Prevalencia de género.



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

De los 378 pacientes en estudio, se encontró más frecuente el género femenino 237 pacientes (63%) contra el 141 paciente (37%) del género masculino.

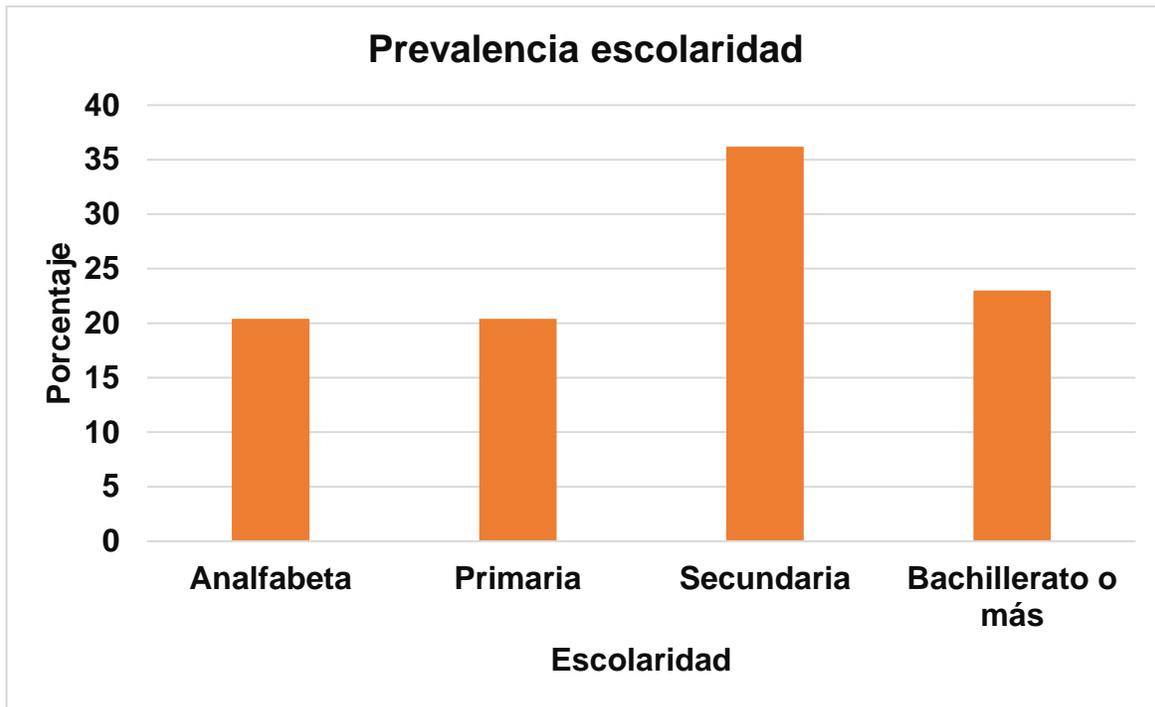
GRAFICO 4. Prevalencia ocupación.



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

Por ocupación se encontró 334 (88%) pacientes no trabaja y 44 pacientes trabajan con un porcentaje de 12%; dentro de este grupo se dedican al hogar 212 (56%), al comercio 4 (1%), ayudante general 5 (1%), como empleados 21 (6%), como obreros 4 (1%) y son pensionados y jubilados 132 (32%); por grupo de edad de dicho estudio era de esperarse que la ocupación predominante fuera hogar y pensionados.

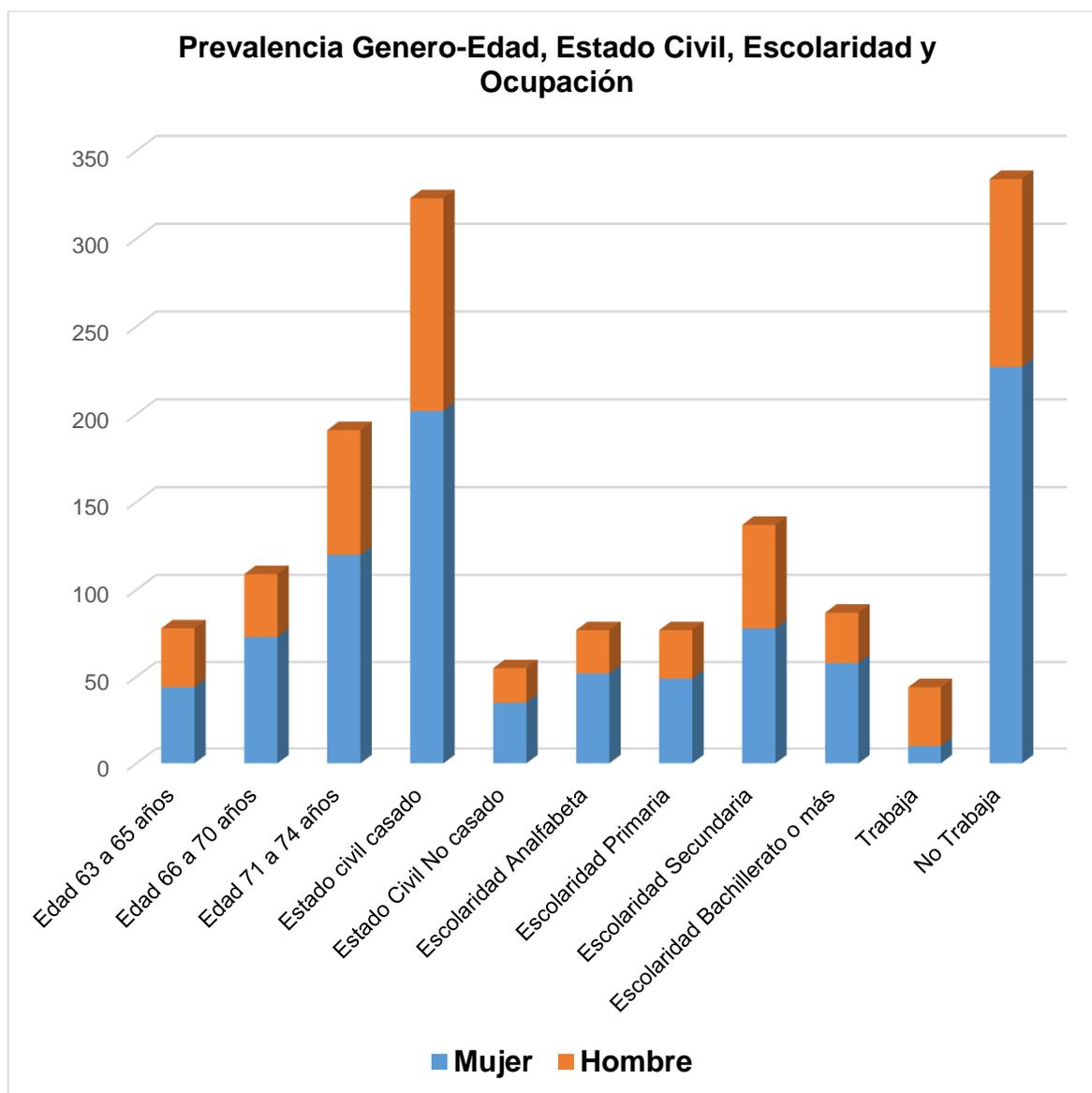
GRAFICO 5. Prevalencia escolaridad



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

El cuidador primario cuenta con una instrucción académica de la siguiente manera 20.4% (77 pacientes) son analfabetas y con el mismo porcentaje se encuentran con nivel primaria; 36.2% (137 pacientes) con secundaria y el 23% (87pacientes) tiene un nivel escolar con bachillerato y licenciatura

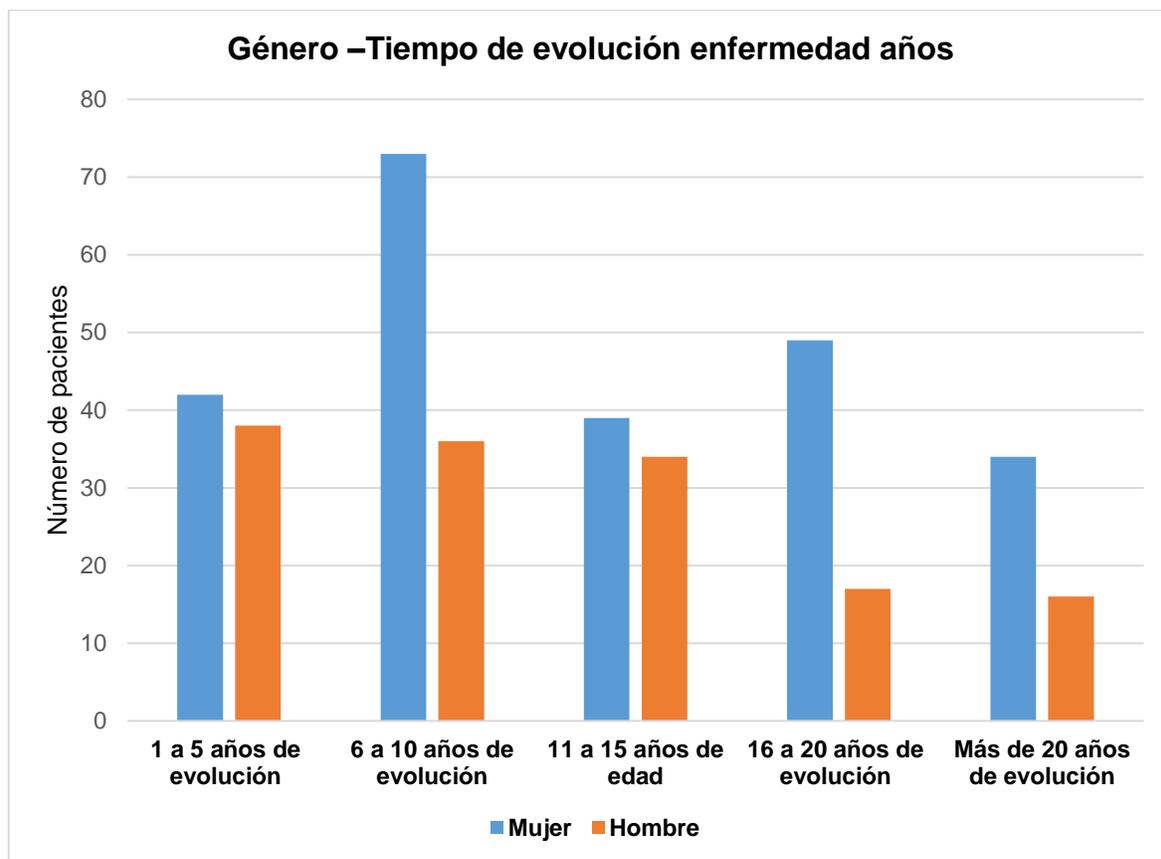
GRAFICO 6. Prevalencia Genero-Edad, Estado Civil, Escolaridad y Ocupación



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

De los 378 pacientes participantes se encontró una prevalencia del sexo femenino entre los 71 a 74 años de edad, el estado civil la mayor frecuencia recae en personas casados y dedicados al hogar. La frecuencia de escolaridad del cuidador primario 77 son analfabetas, 77 con primaria, 137 con secundaria siendo esta última la predominante.

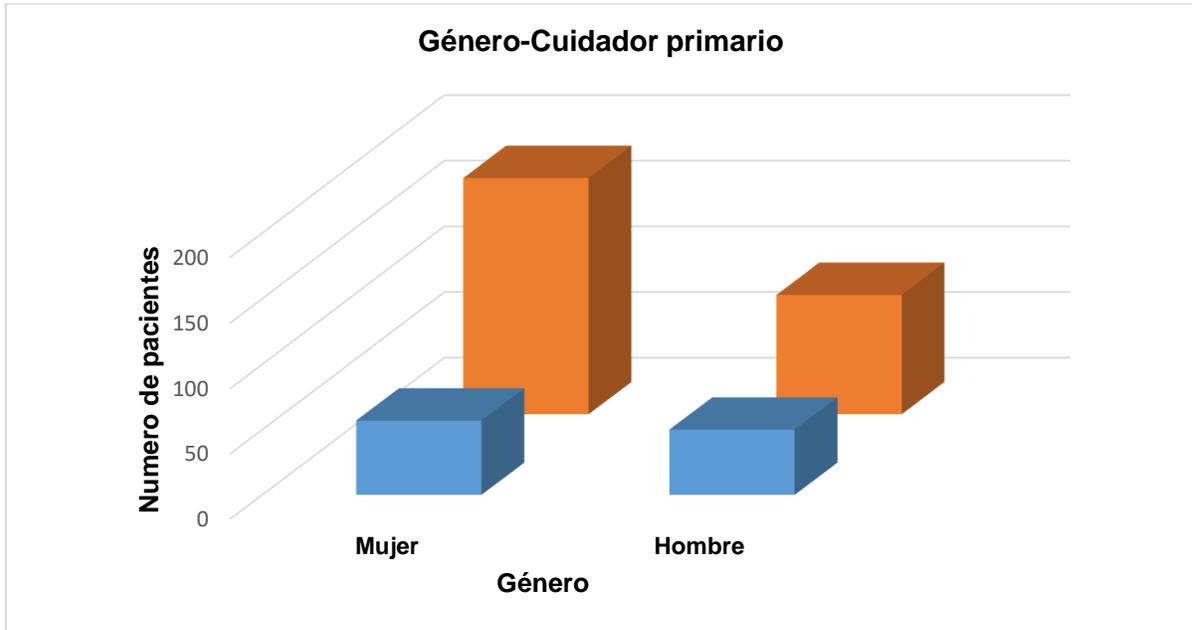
GRAFICO 7. Género –Tiempo de evolución enfermedad años



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

En cuanto a los años de evolución de sus enfermedades el rango va desde el año (4%) hasta los 36 años (1%), con un promedio de 10 años de tratamiento (12%). De los 378 participantes 80 tiene una evolución de 1 a 5 años, 109 de 6 a 10 años, 73 de 11 a 15 años, 66 de 16 a 20 años y 50 más de 20 años, prevaleciendo de 6 a 10 años de evolución.

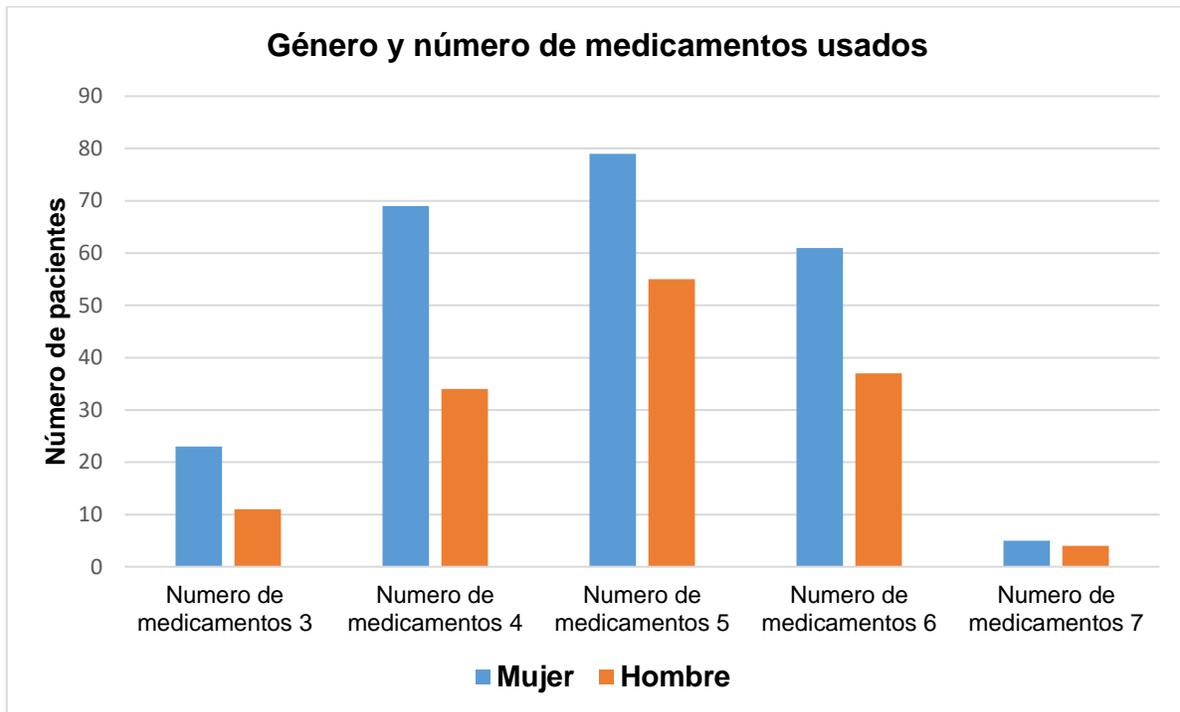
GRÁFICO 8. Género-Cuidador primario



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

La frecuencia del género del cuidador primario predominó el femenino con 180 y el masculino con 91, obteniéndose 271 pacientes con cuidador primario y 107 sin cuidador.

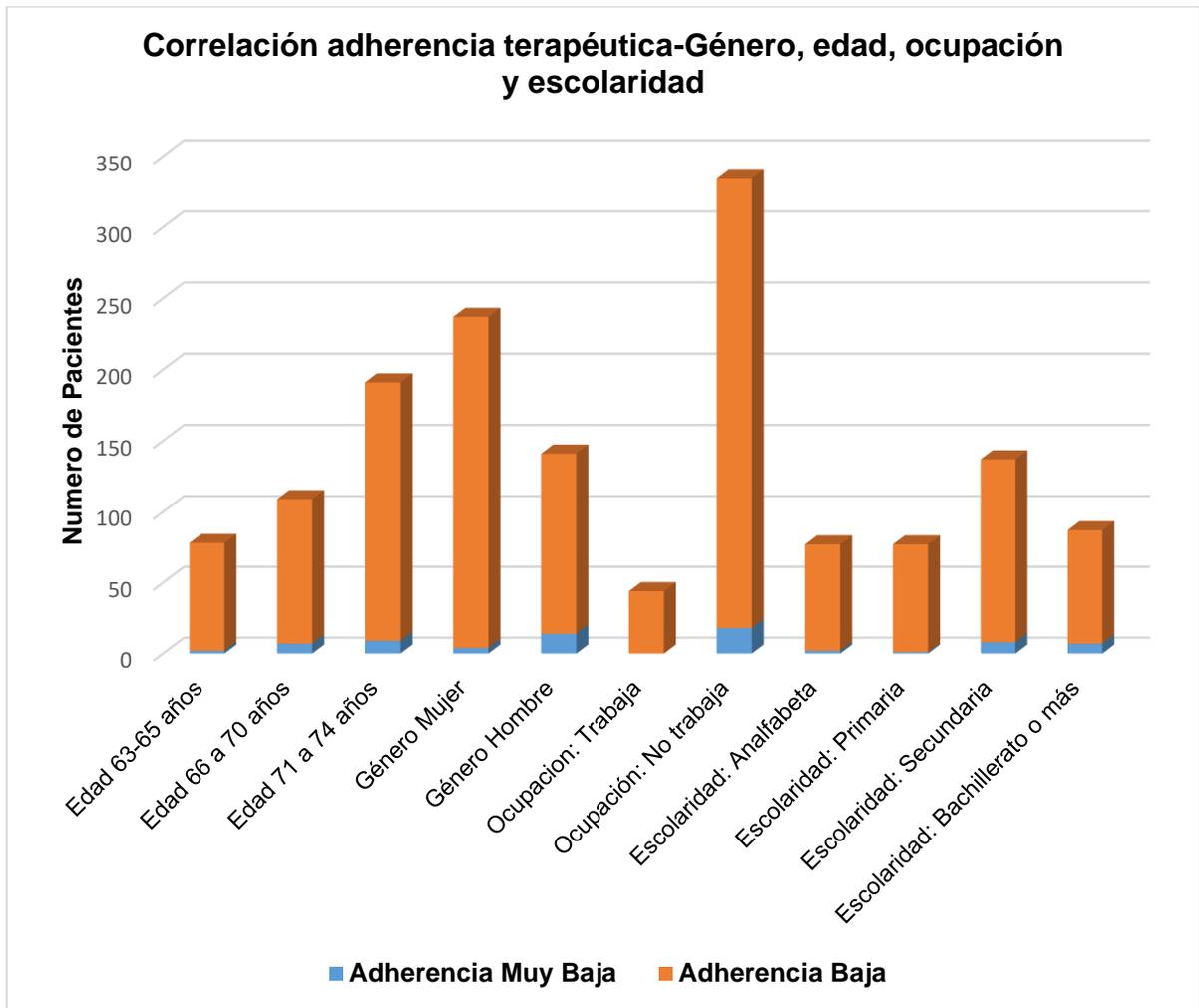
GRAFICO 9. Género y número de medicamentos



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

De los 378 participantes 237 son femeninas y 141 masculino con una prevalencia de 5 medicamentos usados.

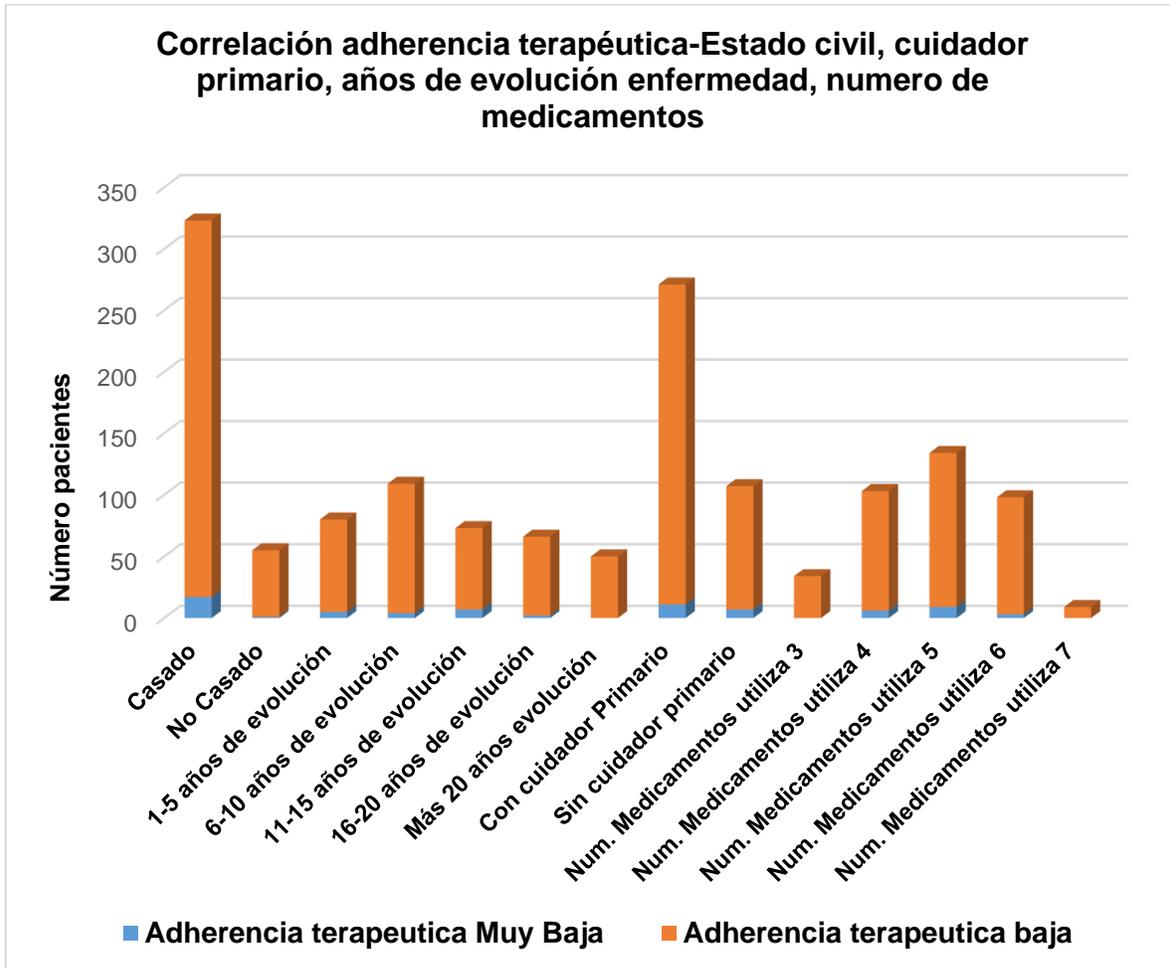
GRAFICO 10. Correlación adherencia terapéutica-Género, edad, ocupación y escolaridad.



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

El grafico 10 muestra la adherencia relacionada con la edad, género, ocupación y escolaridad; predominado la edad de 71 a 74 años sexo femenino de ocupación no trabaja y un nivel académico de secundaria con adherencia baja.

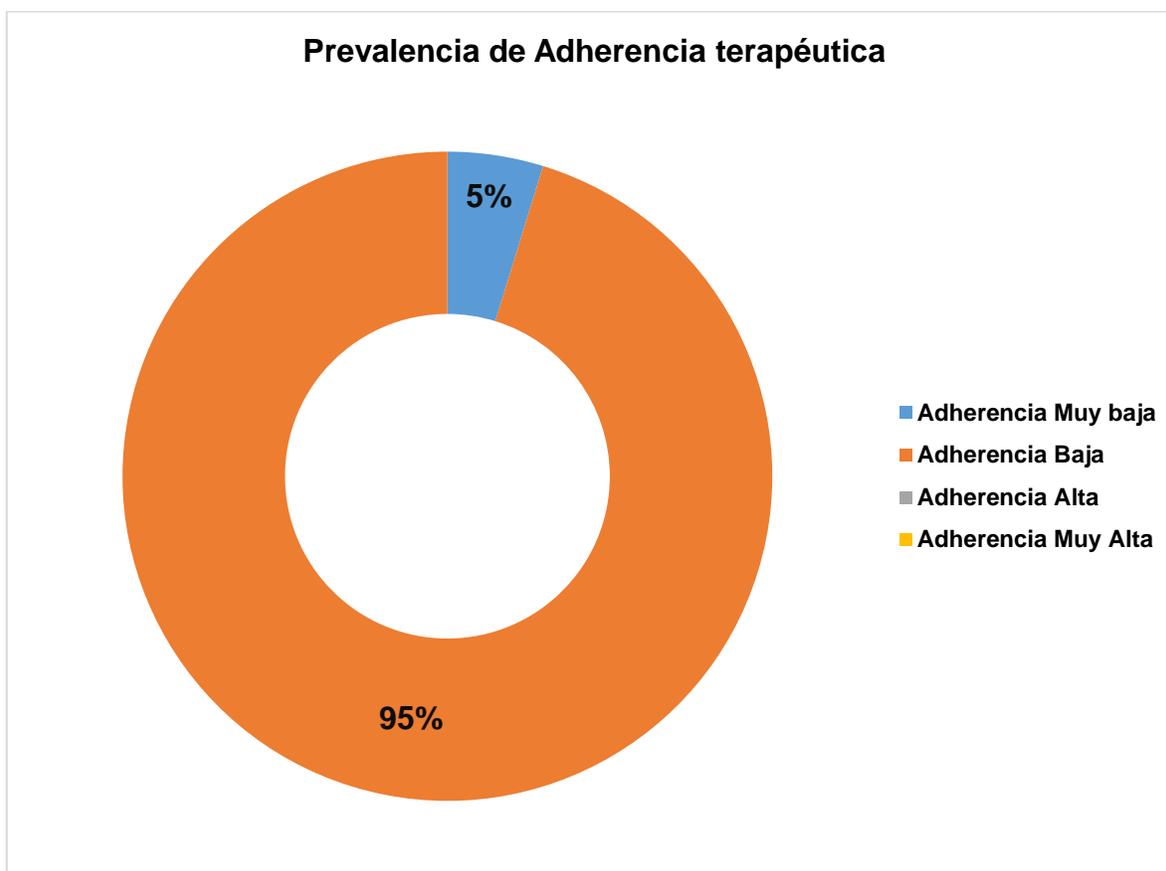
GRAFICO 11. Correlación adherencia terapéutica-Estado civil, cuidador primario, años de evolución enfermedad, numero de medicamentos



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

De los 378 pacientes participantes se encontró una prevalencia del sexo femenino entre los 71 a 74 años de edad, con 6 a 10 años de evolución y cuidador primario con ingesta de menos de 5 medicamentos y casados obtuvieron baja adherencia terapéutica el resto obtuvo muy baja adherencia.

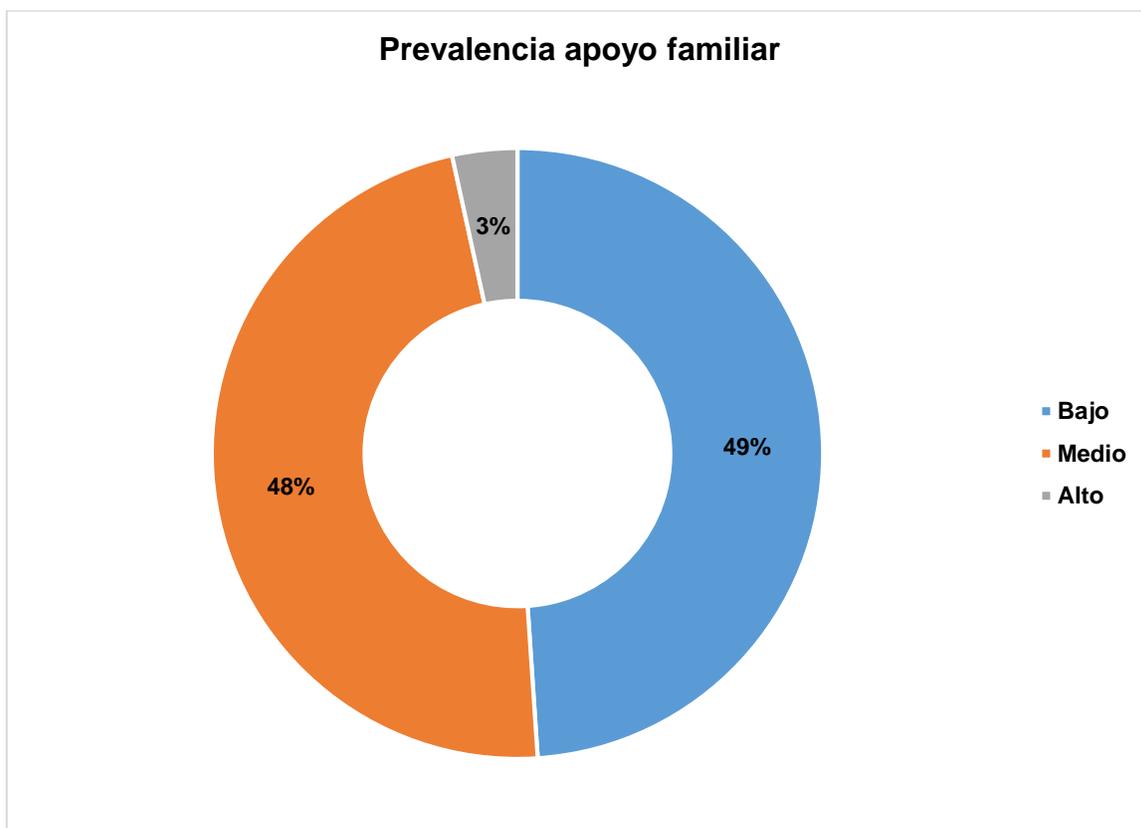
GRAFICO 12. Prevalencia de Adherencia terapéutica.



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

En cuanto a la adherencia terapéutica se encontró que un alto porcentaje de los pacientes se encuentran en un nivel bajo de adherencia terapéutica (95%) y muy bajo con un porcentaje del 5%.

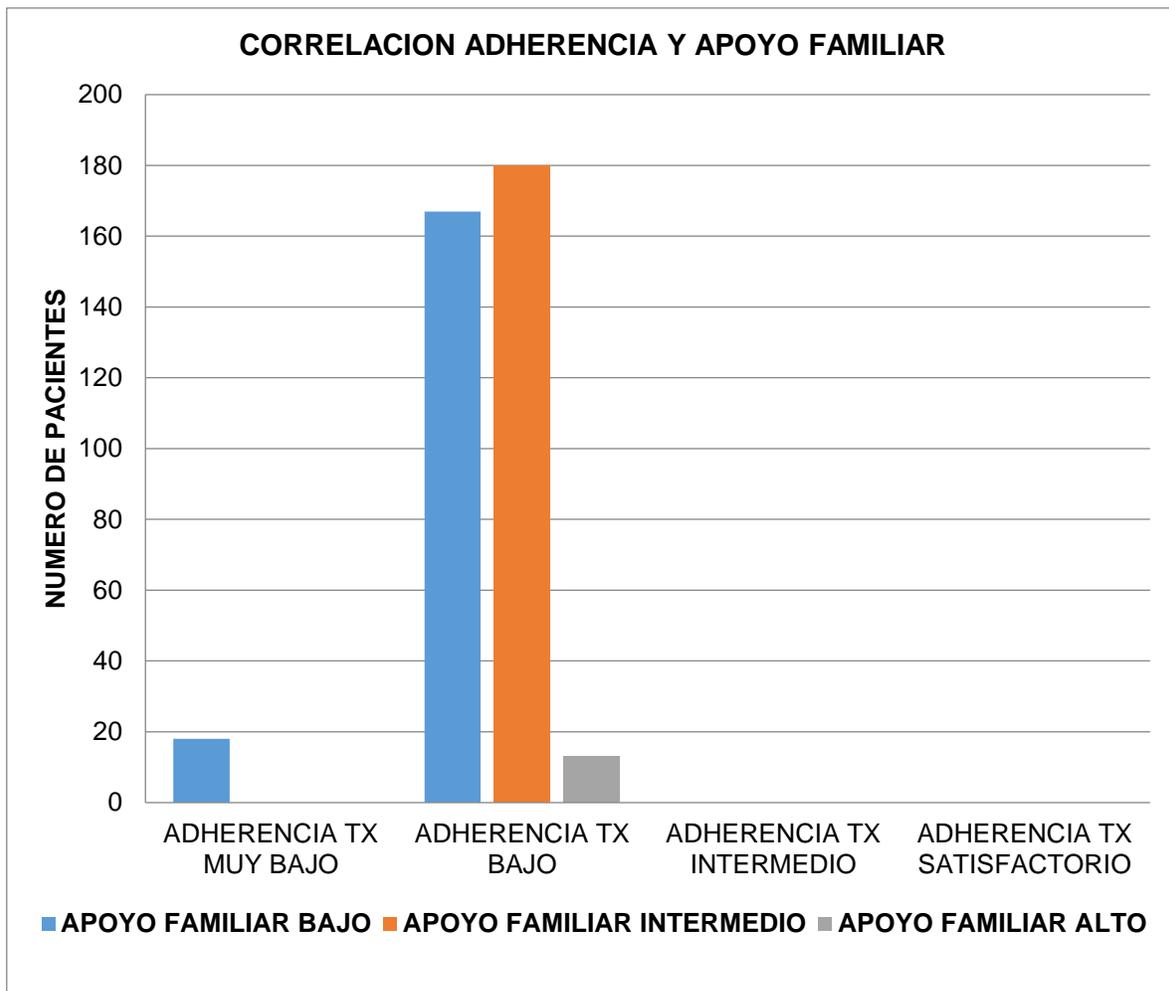
GRÁFICO 13: Prevalencia apoyo familiar



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

En cuanto al grado de apoyo familiar la prevalencia fue de grado bajo (68.9%) en un mayor porcentaje, medio (27.6%) y de grado alto con un mínimo de pacientes del 3.5%.

GRÁFICO 14: Correlación adherencia terapéutica y apoyo familiar



Fuente: Cédula de recolección de datos (cuestionarios).

En cuanto al grado de adherencia terapéutica se encontró la prevalencia de baja adherencia en un mayor porcentaje con 360 pacientes (95.3%), y de muy baja adherencia con un mínimo de 18 pacientes (4.7%). En cuanto al grado de apoyo familiar la prevalencia fue de grado bajo (68.9%) en un mayor porcentaje, medio (27.6%) y de grado alto con un mínimo de pacientes del 3.5%.

DISCUSION

La importancia del estudio de la correlación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores, radica en la creciente población de adultos mayores en utilización de polifarmacia.

En la correlación de adherencia terapéutica y apoyo familiar, encontramos como factor protector que el paciente tenga apoyo familiar alto ya que conlleva a una adherencia alta, y contrariamente como los resultados obtenidos, el tener un bajo apoyo familiar es un factor de riesgo que aumenta 10 veces la posibilidad de una baja adherencia terapéutica, como menciona el artículo de Marín Reyes, sobre “Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial” en el cuál describe que el apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. Esto se ve reflejado, al momento de la consulta donde se observó una diferencia significativa entre casos y controles, aquellos pacientes quienes contaban con un acompañante tuvieron un apoyo familiar alto. El asistir sin acompañante aumenta la posibilidad de tener bajo apoyo hasta 10 veces más. Por lo que la falta de apoyo nos conlleva a la falta de adherencia terapéutica como lo describe nuevamente Marín Reyes, que la presencia de un enfermo crónico altera a todos los miembros de una familia; en particular, la persona que lo cuida enfrenta sobrecarga de trabajo y niveles intensos de estrés. Este sujeto es muy importante en la vida del paciente anciano, pues constituye un gran apoyo para que se adhiera a su tratamiento ya que con su intervención se eliminan o al menos disminuyen factores de riesgo para falta de adherencia como son el olvido o descuido en las tomas de medicamentos, errores en la combinación o sustitución de fármacos, situaciones que al evitarse pueden reducir la tasa de complicaciones y prolongar la sobrevida ³⁰.

En relación al género de los adultos mayores se observó predominio del sexo femenino, sin embargo no se encontró asociación entre el género de los pacientes y se descarta que las mujeres tengan más apoyo familiar y mejor adherencia, aunque bien es sabido que ellas acuden con mayor frecuencia a consultas médicas

en cualquier etapa de la vida. Si bien dentro de los factores de riesgo para falta de adherencia terapéutica en este estudio no hay un resultado significativo ser del género masculino, sí se encuentra literatura como el estudio de Castellano Muñoz 2013 sobre “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos “que indica que los factores de riesgo más frecuentes para no tener adherencia al tratamiento es ser varón³¹.

Siendo estudiados los acompañantes, también se encuentra predominio del género femenino como lo afirma el artículo de la Universidad de Salamanca sobre “El cuidador primario de familiares con dependencia” que existe una prevalencia del género femenino en los cuidadores demostrando la tendencia a ser las femeninas las cuidadoras. De igual forma el estudio sobre “Síndrome del cuidador de adultos mayores” de la Dra Eliana Dueñas que indica que el 89% de la muestra fueron mujeres ³². En este estudio los resultados de RM 0.714 para el género masculino del acompañante es un factor protector, sin embargo a pesar de ello no se relacionó para un bajo apoyo familiar o baja adherencia terapéutica.

Los datos arrojados de los casos en relación al estado civil orientan a un predominio de pacientes viudos y en los controles pacientes casados, sin embargo al hacer la correlación de ambos grupos los resultados no son significativos, por lo que se descarta la relación del estado civil con una adherencia terapéutica alta o apoyo familiar alto, sin embargo los resultados pueden ser atribuibles a la cantidad de la muestra. De igual forma se excluye una correlación relación con la escolaridad del paciente y nivel socioeconómico en ambos grupos que hiciera más propenso al adulto mayor a tener falta de apoyo familiar o baja adherencia terapéutica, como se menciona en el artículo de Olvera Arreola sobre “Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos” que el apoyo familiar es un factor importante para el éxito del tratamiento, destacando que ni las cuestiones económicas, edad, nivel académico o estado civil actúan como limitantes para ello y de igual forma, se reitera que los datos sociodemográficos no tienen relación para que el paciente tenga una buena adherencia al tratamiento ³³.

Los resultados del grado de adherencia y apoyo familiar, resultaron significativos para esta muestra, lo que indica que los adultos mayores tienen un apoyo familiar alto, que los dirige a una adherencia terapéutica alta.

Una limitación del estudio es probablemente el número total de la muestra, lo que ocasiona que dichos resultados no sean representativos del total de adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar pues no se utilizó un muestreo probabilístico, pero se acercan mucho a las condiciones de los adultos mayores que padecen dos enfermedades crónico degenerativas en promedio y tienen polifarmacia, para mejorar la validez externa sería deseable aumentar el tamaño de muestra y usar un muestreo aleatorio en varias unidades de la Delegación Oriente del Estado de México, lo cual ayudaría a encontrar asociaciones consistentes.

CONCLUSIONES

Los resultados en esencia de este trabajo es el hecho de un apoyo familiar bajo en el adulto mayor con polifarmacia, relacionado con el acudir a sus consultas medicas sin algún acompañante, lo cual aumenta el riesgo 10 veces más de tener baja adherencia terapéutica, dichos resultados deben tomarse con cautela por el numero de muestra entre otras limitantes, además del periodo de tiempo del estudio. Sin embargo, con estos resultados se llegó a los objetivos planteados para este estudio, se encontró que los adultos mayores en general tiene una adherencia terapéutica elevada y que los factores que se asociaron a una adherencia terapéutica alta fueron el alto apoyo familiar y el acudir con un acompañante al momento de la consulta, de igual forma se hallo una relación directamente proporcional entre el apoyo familiar y la adherencia terapéutica, es decir a mayor apoyo familiar, mayor adherencia terapéutica, esto es de gran relevancia ya que es fundamental para el bienestar de los adultos mayores y es un componente importante de su salud. En ellos la baja adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Herrera PA, Guzmán HA. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. Rev. Med. Clin. Condes 2012; 23(1):65-76.
- 2) Velásquez GV, Amaya RM. Salud familiar en familias con personas mayores en Funza, Cundinamarca. Investig Enferm. Imagen Desarro. 2011; 13(2):11-26.
- 3) García BC. Autonomy and functional status in the elderly: some prevention strategies. Rev. Med. Clin. Condes 2010; 21(5):831-837.
- 4) Megret CA, Naranjo AM, Fong GY. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev. Cubana Enfermer. 2002;18(1):43-9.
- 5) Gac EH. Polypharmacy and morbidity in elderly people. Rev. Med. Clin. Condes 2012;23(1):31-35.
- 6) Cardona-Arias JA, Alvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. Rev. Cienc. Salud 2014;12(2):139-155.
- 7) Instituto de Información Sanitaria. Consumo farmacéutico por grupos, edad y sexo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Octubre de 2004.
- 8) Villarreal AG, Month AE. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (colombia). Salud Uninorte. Barraquilla(Col.)2012;28(1):75-87.
- 9) Rivera MH, Dávila MR, González PA. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, IMSS. Rev Esp Med Quirúrgica. 2011;16(1):27-32.
- 10) Rodríguez RJ, Zas TV, Silva JE, et al. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud 2014;9(1):35-41.
- 11) Santibañez-Beltrán S, et al. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2013;51(2):192-199.

- 12) Menéndez VC, et al. Influencia del apoyo social en paciente con hipertensión arterial esencial. *Aten Primaria*. 2003;31(8):506-513
- 13) Monroy PG, Enriquez NM, Asociación entre el control de la hipertensión Arterial Sistémica y las Redes de Apoyo Social en pacientes adultos mayores de la UMF No. 33 el Rosario. 2010, pp. 1-32.
- 14) Pérez FMF, Castillo CR, Rodríguez TJ, Martos LE, Morales MA. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada. *Med de Fam*. 2002;1: 23-28.
- 15) Peralta PM, et al. Guía de práctica clínica Prescripción farmacológica en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(2):228-239.
- 16) Alvarado OM, et al. Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo. *Rev Mex Ciencias Farma*. 4 Octubre-Diciembre 2006;37(4):12-20
- 17) Velásquez GV, Amaya RM. Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza, (Cundinamarca, Colombia). *Salud Uninorte*. Barraquilla (Col.) 2012;28(2):308-321.
- 18) Arias LY, et al. Estrategia educativa para modificar variables psicológicas en el adulto mayor institucionalizado. *Mendiciego* 2013; 19(2).
- 19) Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pub Mex*. 2007;49(4):436-447.
- 20) Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. México: Secretaria de Salud, 2011
- 21) Puente SF. *Adherencia terapéutica*. México, DF: La Vanguardia de la Salud 1985:10-96.
- 22) Rodríguez ML. *Psicología social de la salud*. Madrid: Ediciones Doyma, 1995:40-58.

- 23)Chávez DR, Ilarraza LH,Gaspar HJ. Apego terapéutico. Informe a la comunidad cardiológica. Arch Cardiol Mex 2011;81(3):267-272.
- 24)Homero GE. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. Rev Med Clin. 2012;23(1):31-35
- 25)Fernández LLC, et al. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedcados. Farm Hosp. 2006;30(5):280-283.
- 26)Adherence to long-term therapies. Evidence for action.World Health Organization. 2003
- 27)Soria TR, Ávila LDI, Vega VZ, Nava QC. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Fac Est Sup Iztacala UNAM. Febrero-marzo 2012;XVI(26):78-84.
- 28)Díaz FS, Camejo PY, Díaz FB. Programa de intervención educativa para promover conductas asertivas en el adulto mayor. Mediciego 2012; 18(2).
- 29)García SE. Correlación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en diabéticos; México, Febrero 2013. Pp 1-44.
- 30)Valadez FI, Alfaro AN, Centeno CG, Cabrera PC. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Inv en Salud Uni Guadalajara. Diciembre 2003;5(3)
- 31)Marín-Reyes F y Rodríguez-Morán M. *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial*: Salud pública de México; México 2001; vol.43 (4).
- 32)Dueñas E. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Abril-Junio 2006. Vol 37 N°2.
- 33)Olvera AS, Salazar GT. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. Rev Mex Enf Cardio. 2009;17(1-3):10-13

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Ecatepec, Estado de México, a _____ de _____ del 2015.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“Correlación entre Apoyo Familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia”

El objetivo del estudio es: Identificar la correlación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia en la consulta de Medicina Familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder un instrumento de evaluación acerca de datos generales sobre mi APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: _____ .El Investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pueda ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del Paciente: _____

Investigadora Firma: _____

Investigadora: Dra. Gabriela Arredondo Vega, adscrita a UMF 93. Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 044-55-12-60-40-16; e-mail: gabyav1971@yahoo.com.mx

INSTRUMENTO PARA EVALUAR APOYO FAMILIAR AL DIABÉTICO DM2					A	B	C	D	E	
										A: SIEMPRE
										B: CASI SIEMPRE
										C: OCASIONALMENTE
										D: RARA VEZ
										E: NUNCA
1.-	El paciente diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies				5	4	3	2	1	
2.-	El diabético debe en su casa medirse la azúcar en sangre				5	4	3	2	1	
3.-	Son comunes las infecciones en los diabéticos				5	4	3	2	1	
4.-	La preparación de los alimentos de su familiar es realizada por:									
	a)	El paciente mismo			1	2	3	4	5	
	b)	El conyugue			5	4	3	2	1	
	c)	La hija/o mayor			5	4	3	2	1	
	d)	Otra persona			1	2	3	4	5	
5.-	La administración de la medicina del paciente es realizada por:									
	a)	El paciente mismo			1	2	3	4	5	
	b)	El conyugue			5	4	3	2	1	
6.-	Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el paciente tiene:									
	a)	Tomar sus medicinas			5	4	3	2	1	
	b)	Llevar su dieta			5	4	3	2	1	
	c)	Hacer ejercicio			5	4	3	2	1	
	d)	Cuidar sus pies			5	4	3	2	1	
	e)	Cuidar sus dientes			5	4	3	2	1	
7.-	Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico				5	4	3	2	1	
8.-	Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted									
	a)	Le recuerda el riesgo			5	4	3	2	1	
	b)	Le retira los alimentos			1	2	3	4	5	
	c)	Insiste tratando de convencerlo			5	4	3	2	1	
	d)	Insiste amenazándolo			1	2	3	4	5	
	e)	No dice nada			1	2	3	4	5	
9.-	Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina				5	4	3	2	1	
10.-	Considera que es problema prepara la dieta a su familiar									
	a)	Porque no sabe			5	4	3	2	1	
	b)	Porque no le gusta			5	4	3	2	1	
	c)	Porque le quita tiempo			5	4	3	2	1	
	d)	Porque cuesta mucho dinero			5	4	3	2	1	
11.-	Que hace usted cuando su familiar suspende el medicamento sin indicación médica									
	a)	Le recuerda			5	4	3	2	1	
	b)	Le insiste tratando de convencerlo			5	4	3	2	1	
	c)	Le lleva la medicina			5	4	3	2	1	
	d)	Lo regaña			1	2	3	4	5	
	e)	Nada			1	2	3	4	5	
12.-	Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar				5	4	3	2	1	
13.-	Considera necesario que el paciente acuda al dentista				5	4	3	2	1	
14.-	Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)				5	4	3	2	1	
15.-	El ejercicio físico mejora la salud				5	4	3	2	1	
16.-	A los enfermos diabético puede bajárseles el azúcar				5	4	3	2	1	
17.-	El azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos				5	4	3	2	1	
18.-	Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas				5	4	3	2	1	
19.-	Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted									
	a)	Lo acompaña			5	4	3	2	1	
	b)	Le recuerda su cita			5	4	3	2	1	
	c)	Está al tanto de sus indicaciones			5	4	3	2	1	
	d)	No se da cuenta			1	2	3	4	5	
20.-	Conoce la dosis de medicamentos que debe tomar su familiar				5	4	3	2	1	
21.-	Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar				5	4	3	2	1	
22.-	¿Su familiar toma alguna otra cosa para su control de sus enfermedades aparte de su medicamento?									
	a)	Tés			1	2	3	4	5	
	b)	Homeopatía			1	2	3	4	5	
	c)	Remedios caseros			1	2	3	4	5	
23.-	Considera necesario parale cuidado de los pies del diabético									
	a)	El uso de calzado adecuado			5	4	3	2	1	
	b)	El uso de talcos			5	4	3	2	1	
	c)	El recorte adecuado de uñas			5	4	3	2	1	
	d)	Que evite golpearse			5	4	3	2	1	
24.-	Su familiar diabético se encuentra en la casa solo				5	4	3	2	1	
		Apoyo familiar	Puntuaciones							
		Bajo	51-119							
		Medio	120-187							
		Alto	188-265							



"2014, Año de Octavio Paz".

Díctamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1402
HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 22/10/2014

DR. GABRIELA ARREDONDO VEGA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Correlación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-1402-20

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ CESAR VELÁZQUEZ CASTILLO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

CRONOGRAMA

	2014	2015	2015	2016	2016
Delimitación del tema a estudiar	Marzo				
Revisión y selección de bibliografía	Abril				
Realización de protocolo	Mayo a Sept.				
Planeación operativa		Marzo - Sept.			
Análisis de datos			Octubre - Diciemb.		
Estandarización de técnicas				Marzo -Junio	
Revisión y difusión					Julio - Agost