



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 27
“DR. ALFREDO BADALLO GARCIA”

**“ASOCIACIÓN DE BAJA AUTOESTIMA Y FALTA DE ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN HGZ 27”**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GERIATRÍA
Dra. Angélica Wendolin Escutia Cruz
Médico Residente del Curso de especialización en Geriatria
Alumno de posgrado de la
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INVESTIGADOR RESPONSABLE
Dra. Verónica Duran Gómez
Adscrito al servicio de Medicina interna / Geriatria del Hospital General Zona
No.27

INVESTIGADOR ASOCIADO
Dra. Flor Magdalena Lozano Villalba
Jefe de enseñanza del Hospital General Zona No.27

Ciudad de México, Octubre 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404,
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Lunes, 11 de marzo de 2019

Dra. VERONICA DURAN GOMÉZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN DE BAJA AUTOESTIMA Y FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN HGZ 27**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2019-3404-020

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ALEJANDRO HERNÁNDEZ FLORES
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CARTA DE CESIÓN DE DERECHO

En la Ciudad de México, en el mes de agosto del año 2019, el que suscribe Angélica Wendolin Escutia Cruz alumna del Programa de Especialidad de Geriátrica adscrito a la Universidad Nacional Autónoma de México manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de tesis con número de registro R-2019-3404-020, bajo la dirección de la Dra. Flor Magdalena Lozano Villalba, Dra. Verónica Duran Gómez y la Dra Ma Magdalena Cruz Toscano, que ceden los derechos del trabajo titulado “ASOCIACIÓN DE BAJAAUTOESTIMA Y FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN HGZ 27” a la Universidad Nacional Autónoma de México, con fines académicos y de investigación.

Dra. Angélica Wendolin Escutia Cruz
Residente de cuarto año de la especialidad de Geriátrica, HGZ 27

ÍNDICE

GLOSARIO	6
RESUMEN.....	7
ANTECEDENTES	11
MARCO TEÓRICO.....	13
Envejecimiento y transición demográfica en México.....	13
Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica.....	14
Autoestima y vejez.....	18
JUSTIFICACIÓN	23
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	25
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	26
OBJETIVOS.....	26
General.....	26
Particulares.....	27
HIPÓTESIS	27
MATERIAL Y MÉTODO	27
VARIABLES.....	28
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	33
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
ASPECTOS ÉTICOS.....	37
RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	49
ANEXOS	53

ANEXOS

Anexo 1	Consentimiento Informado
Anexo 2	Hoja de recolección de datos
Anexo 3	Examen Mini Mental De Folstein
Anexo 4	Escala De Lawton Y Brody
Anexo 5	Escala De Yesavage
Anexo 6	Escala De Adherencia Terapéutica, Basada En Comportamientos Explícitos
Anexo 7	Escala De Autoestima De Rosenberg

GLOSARIO

Adulto Mayor. De acuerdo con la Organización Mundial de la salud, señala como adulto mayor a la persona mayor de 65 años o más en países desarrollados y en los no desarrollados a la persona de 60 años o más.

Adherencia terapéutica. La Organización Mundial de la Salud lo define como el cumplimiento con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento.

Autoestima. Fenómeno consciente de la suma de lo que una persona puede llamar como propio, incluyendo su cuerpo, familia, vocaciones, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social.

Enfermedades crónicas. Según la organización mundial de la salud, las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta.

RESUMEN
**ASOCIACIÓN DE BAJA AUTOESTIMA Y FALTA DE ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN UNA POBLACION DE ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN HGZ 27.**

Duran GV¹, Cruz TMM², Escutia CAW³

Antecedentes: En la México en 2017 se registraron 12 973 411 personas de 60 y más años, siendo las complicaciones de enfermedades crónicas la principal causa de muerte en este grupo de edad, sobresaliendo las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares (32.5%); enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (20.1%) causantes del mayor porcentaje de mortalidad. Por ello es importante conocer los factores que pueden ayudar a llevar una adherencia terapéutica adecuada para control de estas enfermedades y sus complicaciones. Siendo la autoestima un factor poco estudiado, del cual aún se desconoce su impacto real en adherencia terapéutica. **Objetivo:** determinar la asociación entre baja autoestima y falta de adherencia terapéutica que presenta una población adultos mayores del Hospital General de zona No.27 **Material y Métodos:** Se realizó un estudio analítico, transversal, observacional y prospectivo, en el que se determinó autoestima con la escala de Rosenberg y la adherencia terapéutica con Escala de Adherencia Terapéutica, basada en comportamientos explícito (ambas con validación para población mexicana) de pacientes que se encontraron hospitalizados en servicio de Geriátría / Medicina Interna. **Resultados:** se encontró autoestima normal en 50% de los paciente, autoestima media en 31%, baja autoestima en 19%, la mala adherencia terapéutica fue en 47%. Con

respecto al coeficiente de correlación entre las variables autoestima y adherencia al tratamiento se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.72.

Conclusiones: Se encontró correlación positiva alta, por lo que se confirma la hipótesis de la presente investigación: entre menos autoestima tenga un paciente en menos probable que tenga adherencia al tratamiento

Palabras clave: Enfermedades crónicas, adherencia terapéutica, autoestima.

¹Médico Adscrito al servicio de Geriátría, HGZ 27.

²Profesor titular del curso de la especialidad de Geriátría, HGZ 27.

³Residente de cuarto año de la especialidad de Geriátría, HGZ 27.

SUMMARY

TITLE: ASSOCIATION OF LOW SELF-ESTEEM AND LOW OF THERAPEUTIC ADHERENCE IN A POPULATION OF OLDER ADULTS WITH CHRONIC DISEASES IN HGZ 27.

Duran GV¹, Cruz TMM², Escutia CAW³

Background: In Mexico in 2017, 12,973,411 people aged 60 and over were registered, with the complications of chronic diseases being the main cause of death in this age group, with the complications of cardiovascular diseases (32.5%); endocrine, nutritional and metabolic diseases (20.1%) that cause the highest percentage of mortality. Therefore, it is important to know the factors that can help to bring adequate therapeutic adherence to control these diseases and their complications. Being self-esteem a little studied factor, of which its real impact on therapeutic adherence is still unknown. **Objective:** to determine the association between low self-esteem and lack of therapeutic adherence presented by a population of older adults of the General Hospital of zone No.27. **Material and Methods:** An analytical, cross-sectional, observational and prospective study was conducted, in which self-esteem was determined with the Rosenberg scale and the therapeutic adherence with the Therapeutic Adherence Scale, based on explicit behaviors (both with validation for the Mexican population) of patients who were hospitalized in Geriatrics / Internal Medicine. Results: normal self-esteem was found in 50% of the patients, average self-esteem in 31%, low self-esteem in 19%, poor therapeutic adherence was 47%. With respect to the correlation coefficient

between the variables self-esteem and adherence to treatment, a correlation coefficient of 0.72 was obtained.

Conclusions: A high positive correlation was found, so the hypothesis of the present investigation is confirmed: the less self-esteem a patient has, the less likely they will have adherence to treatment

Keywords: Chronic diseases, therapeutic adherence, self-esteem.

¹Physician attached to the Geriatrics service, HGZ 27.

²Professor of the course of the specialty of Geriatrics, HGZ 27.

³Resident of the fourth year of the specialty of Geriatrics, HGZ 27.

ANTECEDENTES

En las Asambleas Mundiales del Envejecimiento, organizadas por la Organización de Naciones Unidas, especialistas en la materia han concluido que: “aunque envejecer no es nada nuevo, el interés por el tema del envejecimiento y la vejez surge de los problemas que se van observando y de los que potencialmente se presentarán derivados de la creciente presencia de personas mayores”. Nuestro país no está exento de este proceso [1], conforme a las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población, en 2017 residieron en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, un 10.5% de la población general. [2] En las últimas décadas, este porcentaje ha ido aumentando, y de acuerdo con las proyecciones aumentará 14.8% en 2030, lo que significa un monto de 20.4 millones [1].

El aumento en la sobrevivencia de la población ha provocado que la mayor parte de las defunciones ocurran en edades avanzadas. De las poco más de 633 mil muertes registradas en 2014, 63.8% correspondieron a personas de 60 y más años. Muchos de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónicas degenerativas, entre las que destacan: la diabetes mellitus; las enfermedades isquémicas del corazón; las enfermedades cerebrovasculares; las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; las enfermedades hipertensivas y las enfermedades del hígado. Estas seis causas concentran 55.6% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional [1].

Según la Guía de Práctica Clínica para enfermedades crónicas, es importante que cuando la persona es diagnosticada, realice cambios en su estilo de vida y de ser necesario, se adhiera correctamente a su tratamiento no farmacológico o de medicamentos para su debido control[1].

La Organización Mundial de la Salud declara que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad de los tratamientos [3]. Ahora bien, existen factores que juegan un papel muy importante para que los pacientes sean o no adherentes a sus tratamientos. Estos factores tienen que ver con el sistema de salud, con los profesionales, con el paciente y con la familia de éste [4]. De los diferentes factores asociados, las variables psicológicas han demostrado tener una asociación positiva con diferentes áreas de la salud en la vejez. De estas variables, la autoestima destaca por su relación con el mantenimiento de la salud mental y física en adultos mayores [5].

MARCO TEÓRICO

Envejecimiento y transición demográfica en México

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable que involucra diferentes factores como los genéticos, biológicos, fisiológicos, socio ambiental y cultural, que se manifiesta en el deterioro paulatino del organismo [6].

La vejez es un ciclo vital en la que aumenta considerablemente la posibilidad de sufrir pérdidas, entre ellas psicológicas, fisiológicas y sociales, así como en el aspecto físico, capacidades físicas, status social, de responsabilidad social y familiar, de personas significativas, lo cual afectan su estado de ánimo. El estado anímico del adulto mayor es fundamental para que interactúe y participe en las actividades propias de la familia, la sociedad y el medio donde se desarrolle; el deterioro es inevitable cuando la persona envejece [7].

Nuestro país experimenta un intenso y acelerado proceso de cambio en la distribución por edades de la población, transitamos de una población joven a una más envejecida. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población en 2015, de cada diez mexicanos, tres son menores de 15 años (27.6%) y solo uno tiene 60 años o más (10%), sin embargo, para el año 2050 esta composición se verá profundamente alterada, ya que se prevé que únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), proporción casi idéntica a la de adultos mayores, quienes representarán 21.5 por

ciento de la población total [8]. Si se considera que la población tiene una mayor esperanza de vida (75.3 años para 2017) y la fecundidad es cada vez menor (2.21 hijos por mujer), entonces el peso relativo de los adultos mayores toma mayor relevancia en la estructura por edad. Entre 1970 y 1990, el porcentaje de adultos mayores respecto a la población total pasó de 5.6 a 6.2%; para 2017 dicho porcentaje es de 10.5% y de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, su tendencia esperada en los próximos años la colocan como una de las transformaciones sociales de mayor trascendencia del siglo XXI [2].

El aumento de la sobrevivencia ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas. De las 656 mil muertes registradas en 2015, de acuerdo con las Estadísticas de mortalidad 2015 (INEGI), 64.7% correspondieron a personas de 60 y más años. Cabe señalar que las enfermedades del sistema circulatorio (32.5%); las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (20.1%); los tumores (13.1%); las enfermedades del sistema respiratorio (10.7%), y las enfermedades del sistema digestivo (9.1%) son las principales causas de muerte entre la población de 60 y más años. De manera conjunta representan 85.5% las defunciones en este grupo de edad [2].

Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica

Las tendencias en la mortalidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles, están relacionadas con los impactos de las intervenciones en cuestiones de salud: las de impacto a corto plazo, como las relacionadas con enfermedades infecciosas; las de impacto a mediano y largo plazos, como las

relacionadas con cáncer de mama y cáncer cervicouterino; y las de baja efectividad preventiva que requieren cambios en los estilos de vida del paciente, como en el caso de la diabetes y la enfermedad isquémica del corazón. Las enfermedades crónicas causan deterioro en la calidad de vida de quienes las padecen y pueden representar un serio problema para las personas que conviven con ellos. Roales-Nieto indica que «las enfermedades crónicas no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que también pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, y afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos» [4].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento [9].

La falta de adherencia a la medicación prescrita es un reto importante para la salud. A pesar de la evidencia que indica el beneficio terapéutico de adherirse a un régimen prescrito, muchos pacientes no toman los medicamentos según lo prescrito [10]. El hecho de no tomar la medicación prescrita aumenta el riesgo de que los pacientes no obtengan el beneficio deseado, lo que a menudo lleva a secuelas negativas[11].

Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez Sosa y Willey (2003) señalan que la adherencia es “Un proceso conductual complejo determinado por varios factores en interacción: atributos del paciente, medio ambiente del paciente (el cual comprende apoyos sociales, características del sistema de salud, funcionamiento del equipo de salud, y disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud) y características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento” [12].

La mayoría de los pacientes mayores no toman los medicamentos según lo prescrito, con implicaciones para la calidad de vida del paciente, la salud pública y los Sistemas Nacionales de Salud. Las tasas de adherencia varían de 38 a 57% en las poblaciones de mayor edad con una tasa promedio de menos del 45% [13]. La falta de adherencia puede ser intencional (cuando el paciente decide no tomar el tratamiento o tomarlo de una manera que difiere de las recomendaciones) y no intencional (cuando el paciente quiere tomar su tratamiento, pero no puede debido a limitaciones de capacidad o recursos, por ejemplo, el olvido) [14].

Con la edad, el número de medicamentos recetados por paciente aumenta a un promedio de 5 medicamentos diferentes para las personas mayores de 75 años que viven en el hogar y más de 7 en instituciones. Ya en 1988, Brocklehurst demostró que de 5 fármacos diferentes, la calidad del cumplimiento terapéutico disminuyó significativamente [15].

Haynes (1976) menciona e identifica más de 200 variables relacionadas con la adherencia, en las que se encuentran: factores asociados a índices bajos de medicamentos debido a diagnóstico psiquiátrico, complejidad, duración, cantidad de cambio derivado del régimen o programa terapéutico, inadecuada supervisión por parte de los profesionales, insatisfacción del paciente, creencias e inestabilidad familiar [16]. La motivación, la comprensión de los objetivos del tratamiento, el comportamiento social, pero también el estado cognitivo y funcional de la persona que está siendo tratada en el caso de los adultos mayores también es relevante [17]. Los factores externos, como el costo y el acceso a la medicación necesaria, desempeñan un papel en la falta de cumplimiento. Sin embargo, dentro de nuestro sistema integrado de atención médica, donde la mayoría de los pacientes tienen acceso a la atención, un beneficio de farmacia cubierto y un fácil acceso a las farmacias, se podría esperar una tasa de no adhesión más baja que en la población general [10]. Sánchez-Sosa (2002) ha propuesto que la investigación sobre adherencia terapéutica en el campo psicológico, desde el punto de vista conductual, se dirija hacia factores específicos que la influyen: instrumentales, cognitivos y emocionales (miedo, ansiedad, depresión) [12].

Por lo tanto, se reconoce que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional que puede presentarse en algunos momentos del tratamiento y el cual es determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dominios o factores (Factores Socioeconómicos, Factores relacionados a la Enfermedad, Factores relacionados al Tratamiento, Factores relacionados al paciente, Factores relacionados al Equipo Asistencial) de los cuales aquellos relacionados con el

cliente son sólo una parte. La creencia común de que el cliente es responsable exclusivamente de su tratamiento es errónea pues no toma en consideración cómo otros factores pueden afectar el comportamiento de las personas y la capacidad de adherirse a su tratamiento [18].

Autoestima y vejez

El valor que cada uno se da a sí mismo es un problema psicológico de importancia para todas las edades de la vida y especialmente para los adultos mayores. Por lo tanto, la autoestima está vinculada a la calidad de la adaptación, al bienestar, a la satisfacción con la vida, así como al éxito académico y social o a la salud [19].

La forma en que se desarrolla la autoestima de los individuos a medida que pasan por la vida tiene una importancia social considerable, ya que cada vez hay más evidencia que sugiere que la autoestima predice el éxito y el bienestar de una persona en dominios importantes de la vida como las relaciones, el trabajo y la salud. Por ejemplo, la investigación longitudinal indica que la autoestima predice satisfacción de la salud mental (Sowislo y Orth, 2013; Trzesniewski et al., 2006) y salud física (Orth et al., 2012; Trzesniewski et al., 2006) [20].

De los diferentes factores asociados al envejecimiento exitoso, las variables psicológicas han demostrado tener una asociación positiva con diferentes áreas de la salud en la vejez. De estas variables, la autoestima destaca por su relación con el mantenimiento de la salud mental física en adultos mayores. Es considerada un factor de protección en el proceso de envejecimiento exitoso, pues

se asocia a la percepción positiva de calidad de vida, satisfacción con la vida y realización personal [5]. La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida[21]. Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad [22].

El concepto de autoestima ha estado en el centro de las discusiones entre los profesionales y los psicólogos, el concepto es complejo y abstracto [23]. Existen diferentes conceptualizaciones de autoestima, la primera descripción en psicología surgió en 1890, en el libro Principios de Psicología de William James, quien la describió a partir del self, considerado como un fenómeno consciente de la suma de lo que una persona puede llamar como propio, incluyendo su cuerpo, familia, vocaciones, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social [5]. Donnellan, Trzesniewski, &Robins en 2011 refieren la autoestima como la "evaluación subjetiva de un individuo de su valía como persona"[20].

Durante la vida existe una brecha de género significativa en la autoestima, de modo que los hombres tienden a reportar niveles más altos de autoestima que las mujeres. A pesar de esta brecha de género absoluta, tanto los hombres como las mujeres parecen seguir esencialmente las mismas trayectorias de vida: para ambos sexos, la autoestima es relativamente alta en la infancia, disminuye durante la adolescencia, aumenta gradualmente a lo largo de la edad adulta antes de que disminuya en la vejez [24]. Respecto al cambio de la autoestima en la vejez, Wagner, Lang y Neyer (2013) señalan que puede verse afectada por variables como el descenso en el estatus económico, la escolaridad, el estado de salud y por los cambios sociales, físicos y psicológicos en esta etapa. Sin embargo, Robins, & Trzesniewski (2005) refieren que las personas tienden a mantener cierta estabilidad en su nivel de autoestima a través del tiempo, de tal modo que las personas que tienen alta autoestima en una etapa específica de su vida, la mantendrán con el paso del tiempo. Por consiguiente, en la vejez la valoración de la autoestima no está determinada por el paso de los años, por el contrario, es resultado de la interacción dinámica entre los acontecimientos históricos y el contexto de desarrollo de cada individuo [5]. Estas actitudes se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivo-emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad. Un adecuado nivel de autoestima es garantía de que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida; no decaerá su ánimo fácilmente [25].

Además, debemos de considerar que, en los adultos mayores, las expectativas normativas del rol social pueden ser ambivalentes. También existe la imagen del

anciano bueno, con sabiduría valiosa, como la del individuo enfrentado con pérdidas múltiples y que es solo ligeramente diferente al agente. Por lo tanto, la autoestima puede variar según el contexto. La posición sociométrica es también un regulador de esta estimación. La baja estima podría, al mismo tiempo, resultar de la exclusión social y provocarla. La autoestima sería un barómetro de sus sentimientos sobre sus habilidades interpersonales [19].

Partiendo de las nociones teóricas de la vida, se espera que las capacidades del yo sean relativamente sólidas hasta la edad avanzada (Brandtstädter&Renner, 1990; Brickman & Campbell, 1971; Charles &Carstensen, 2010). Al mismo tiempo, se ha demostrado que la capacidad de adaptarse a las pérdidas y metas inalcanzables (ver Heckhausen y Schulz, 1995) llega a sus límites más adelante (Baltes y Smith, 2003; Gerstorf y Ram, 2009, 2012). De hecho, la mera frecuencia, así como la gravedad de los eventos críticos de la vida (por ejemplo, la pérdida de un ser querido) y las pérdidas (por ejemplo, la disminución de la movilidad física) pueden llevar las capacidades de autoevaluación al límite. Por lo tanto, un escenario posible sería que las capacidades de autoevaluación se conserven relativamente en la vejez, pero que se desmoronen cada vez más cuando las personas se enfrentan a los desafíos que acompañan a la muerte inminente [26].

Con la progresión de las enfermedades, la discapacidad física, la pérdida de productividad y el empeoramiento de la calidad de vida se intensifican sustancialmente, lo que puede causar aislamiento social, ansiedad, depresión y dependencia, muchas veces asociada a una pérdida de autoestima. Esos

pacientes también suelen presentar cambios en la composición corporal y del peso, factores que también pueden contribuir a su limitación física y de la autoimagen [27].

Los correlatos relacionados con la autoestima se han identificado en una variedad de dominios diferentes, que incluyen sociodemografía, características de salud física, habilidades cognitivas, autorregulación e inclusión social. Las variables de salud se han considerado importantes predictores de autoestima (Orth, et al., 2010; Reitzes&Mutran, 2006; Shaw, et al., 2010) porque los factores de riesgo para la salud cuestionan el envejecimiento exitoso y, por lo tanto, una autoevaluación positiva. Por ejemplo, la movilidad reducida debido a las limitaciones para caminar puede disminuir la mera posibilidad de perseguir objetivos de vida y también la posibilidad de salir y vivir una vida independiente. Tales restricciones pueden afectar fuertemente el valor que una persona atribuye a sí mismo [26].

Las capacidades cognitivas preservadas se han informado previamente como correlatos de niveles más altos de autoestima, así como también disminuciones más bajas relacionadas con la edad y relacionadas con la mortalidad en la autoestima de los últimos años de vida (Wagner, Gerstorf et al., 2013). Tales hallazgos corroboran los supuestos de que los recursos cognitivos son importantes en contextos de autorregulación y autoevaluación (Muraven y Baumeister, 2000). Debido a que se sabe que los recursos cognitivos suelen ser muy sensibles al cambio durante la edad adulta [26].

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores [28]. El aumento de la sobrevivencia ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas. De las 656 mil muertes registradas en 2015, de acuerdo con las Estadísticas de mortalidad 2015, 64.7% correspondieron a personas de 60 y más años. Cabe señalar que las enfermedades del sistema circulatorio (32.5%); las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (20.1%); los tumores (13.1%); las enfermedades del sistema respiratorio (10.7%), y las enfermedades del sistema digestivo (9.1%) son las principales causas de muerte entre la población de 60 y más años. De manera conjunta representan 85.5% las defunciones en este grupo de edad [1]. La falta de cumplimiento al tratamiento es uno de los problemas más graves para el Sector Salud en nuestro país [12]. Los pacientes con problemas crónicos recaen y se complican por no llevar un tratamiento adecuado, puesto que hay estudios que mencionan que las recaídas se van presentando cada vez con mayor severidad y éstas son por la falta de adherencia al tratamiento; esto conlleva un riesgo de retrocesos, hasta del 100% en aquellos pacientes que interrumpen el tratamiento farmacológico. La mayoría de los tratamientos de este tipo de padecimientos son de por vida, desde que son diagnosticados. Otro factor importante es la falta de conciencia del paciente al

desconocer totalmente su padecimiento, lo que deriva en complicaciones por diferentes factores [16].

De los diferentes factores asociados al envejecimiento exitoso, las variables psicológicas han demostrado tener una asociación positiva con diferentes áreas de la salud en la vejez. De estas variables, la autoestima destaca por su relación con el mantenimiento de la salud mental y física en adultos mayores. En temas de envejecimiento, es importante destacar la relación de la autoestima con la salud mental. Diversos estudios como el de Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) destacan la importancia de considerar a la autoestima como un factor de protección para el funcionamiento social, familiar y el mantenimiento de la salud mental [5].

Es por estas razones que se plantea esta investigación, para identificar el papel positivo o negativo que tiene la autoestima sobre el apego al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, lo cual nos permitiría mejorar el plan de tratamiento de un paciente con múltiples comorbilidades, mejorando así su pronóstico y calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Los cambios en los componentes demográficos, natalidad, mortalidad y migración, incluida la migración internacional, han determinado el volumen y la estructura por edad de la población mexicana, que pasó de aproximadamente 16.5 millones de habitantes (8.4 millones mujeres y 8.1 de hombres) en los años treinta del siglo pasado, a alrededor de 119.7 millones en 2014 (61.2 millones de mujeres y 58.4 de hombres). Se espera que su volumen aumente hasta llegar a poco más de 150 millones en 2050 (77.9 millones de mujeres y 72.9 de hombres), según indican las proyecciones del Consejo Nacional de Población.

En la república mexicana en el año 2017 se registraron 12 973 411 personas de 60 y más años, siendo las complicaciones de enfermedades crónicas la principal causa de muerte en este grupo de edad, sobresaliendo las complicaciones de las enfermedades del sistema circulatorio (32.5%); las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (20.1%) quienes causan el mayor porcentaje de mortalidad. Por ello es importante conocer los factores que pueden ayudar a llevar una adherencia terapéutica adecuada para control de estas enfermedades y sus complicaciones.

La falta de adherencia a la medicación prescrita es un reto importante para la salud. A pesar de la evidencia que indica el beneficio terapéutico de adherirse a un régimen prescrito, muchos pacientes no toman los medicamentos según lo prescrito. El hecho de no tomar la medicación prescrita aumenta el riesgo de que

los pacientes no obtengan el beneficio deseado, lo que a menudo lleva a secuelas negativas. De los diferentes factores asociados al envejecimiento exitoso, las variables psicológicas han demostrado tener una asociación positiva con diferentes áreas de la salud en la vejez. De estas variables, la autoestima destaca por su relación con el mantenimiento de la salud mental y física en adultos mayores. Es considerada un factor de protección en el proceso de envejecimiento exitoso, pues se asocia a la percepción positiva de calidad de vida, satisfacción con la vida y realización personal. La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre baja autoestima y falta de adherencia terapéutica en una población de adultos mayores con enfermedades crónicas del HGZ 27?

OBJETIVOS

General.

Identificar la asociación entre baja autoestima y la falta de adherencia terapéutica en una población de adultos mayores con enfermedades crónicas que se encontraron hospitalizados en servicio de Geriátría / Medicina Interna durante el periodo del estudio.

Particulares.

- Determinar la prevalencia del nivel de autoestima en una población con enfermedades crónicas del Hospital General de zona No.27
- Determinar el grado de adherencia terapéutica de los pacientes participantes del estudio con enfermedades crónicas del Hospital General de zona No.27
- Determinar las características sociodemográficas de la población estudiada.

HIPÓTESIS

Si la baja autoestima se asocia a la falta de adherencia terapéutica en una población de adultos mayores con enfermedades crónicas del HGZ 27, entonces los pacientes con baja autoestima tendrán baja adherencia terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó en Hospital General de Zona No. 27, del IMSS, con dirección Calle Lerdo 311, colonia Tlatelolco. Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Se realizó un estudio con diseño transversal, analítico, transversal, observacional y prospectivo

El grupo de estudios incluyó adultos mayores de 60 años con enfermedades crónicas y al menos una con más de más de 5 años de diagnóstico del Hospital General de Zona No. 27.

Se incluyó a los adultos mayores de 60 años con enfermedad crónica, al menos una con más de 5 años de diagnóstico, hospitalizados en piso de medicina interna

/ Geriatría, sin deterioro neurológico o cognitivo, que fueran independientes en sus actividades instrumentadas de la vida diaria, durante el periodo de febrero a mayo del 2019, que aceptaron participar en el estudio.

Se excluyó a los pacientes con estado de salud crítico que no les permitiera realizar evaluaciones. Se eliminó a los pacientes que retiraran su consentimiento, y pacientes con información incompleta.

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuota, hasta que se completó el número de pacientes requeridos, que fue calculado asumiendo una precisión, 0.08, con un nivel de confianza de 95% $\alpha = 0.05$; $Z_{\alpha} = 1.96$, según los datos obtenidos en la literatura una prevalencia de no adherencia del 25% según el estudio de Blackwell, en total se requirió de 150 para este estudio.

VARIABLES.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

-Definición conceptual: Es el grado en que el paciente cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales.

-Definición operativa: Valorada con la encuesta de Adherencia terapéutica basada en comportamientos explícitos: Mala adherencia, regular adherencia, buena adherencia.

-Tipo de Variable: cualitativa

-Escala de medición: ordinal

-Unidad de Medición: 1. Mala adherencia: 0-20% / 2. Regular adherencia: 40-60% / 3. Buena adherencia: 80-100%.

AUTOESTIMA

-Definición conceptual: capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, con el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor.

-Definición operativa: Valorada con la escala de Rosenberg

-Tipo de Variable: cualitativa

-Escala de medición: ordinal

-Unidad de Medición: 1. 30 a 40 puntos: autoestima normal / 2. 26 a 29 puntos: autoestima media / 3. Menos de 25 puntos: autoestima baja

EDAD

-Definición conceptual: Años transcurridos que ha vivido una persona del nacimiento a la fecha actual

-Definición operativa: Edad en años registrado en el instrumento de evaluación.

-Tipo de Variable: Cuantitativa

-Escala de medición: Continua

-Unidad de Medición: número de años

GÉNERO

-Definición conceptual: La identidad sexual de los seres vivos, hace distinción entre femenino y masculino.

-Definición operativa: Dato que se obtendrá del apartado de género en el instrumento de evaluación.

-Tipo de Variable: cualitativa

-Escala de medición: nominal, dicotómica

-Unidad de Medición: 1. Femenino / 2. Masculino

ESCOLARIDAD

-Definición conceptual: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

-Definición operativa: Dato que se obtendrá del apartado de escolaridad en el instrumento de validación

-Tipo de Variable: cuantitativa

-Escala de medición: Continua

-Unidad de Medición: número de años

ESTADO CIVIL

-Definición conceptual: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

-Definición operativa: Dato que se obtendrá del apartado de estado civil en el instrumento de valoración.

-Tipo de Variable: cualitativa

-Escala de medición: nominal

-Unidad de Medición: 1. Soltero / 2. Casado / 3. Viudo / 4. Divorciado / 5. Unión libre

OCUPACIÓN

-Definición conceptual: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

-Definición operativa: Dato que se obtendrá del apartado de ocupación en el instrumento de validación.

-Tipo de Variable: cualitativa

-Escala de medición: nominal, dicotómica

-Unidad de Medición: 1. Trabaja / 2. No trabaja / 3. Jubilado/ 4. Pensionado

DEPRESIÓN

-Definición conceptual: Conjunto de síntomas que se manifiesta por la pérdida del interés y la capacidad de satisfacer actividades y experiencias de la vida diaria.

-Definición operativa: De acuerdo a la escala geriátrica de depresión Yesavage

-Tipo de Variable: cualitativa

-Escala de medición: ordinal

-Unidad de Medición: 1. Sin depresión 0 – 5 puntos / 2. Depresión leve 6 -9 puntos / 3. Depresión establecida más de 10 p untos

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

A los adultos mayores de 65 años con enfermedad crónica, con evolución de 5 años de diagnóstico, que se encontraron hospitalizados en piso de medicina interna / Geriátrica durante el período de tiempo que se realizó el estudio, se les invitó a participar en este estudio, se descartó a los pacientes con deterioro neurológico y dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria; los pacientes que aceptaron participar en el estudio, firmaron el consentimiento informado (Anexo 1), el cual fue proporcionado por el residente investigador de este estudio, una vez aceptando se aplicó el primer cuestionario sobre datos sociodemográficos (Anexo 2), en el que se recabó el género, estado civil, ocupación, edad, escolaridad, diagnóstico de enfermedades crónicas y tratamientos, así como periodicidad de control en unidad de medicina familiar y porcentaje de abastecimiento de medicamentos por parte de la misma.

Posteriormente valora estado cognitivo por medio de la aplicación de Examen Mini mental de Folstein (Anexo 3) la cual es una herramienta práctica para valorar el estado cognitivo es ampliamente utilizado por su rapidez y facilidad en la puntuación para la detección de deterioro cognitivo global. Tiene subítems dirigidos a la memoria (pruebas de orientación temporal, espacial, fijación y recuerdo), la atención (deletreo de la palabra mundo al revés y sustracción serial de 7 a partir de 100), el lenguaje (denominación, comprensión, repetición y lectoescritura) y visoconstrucción; el puntaje total es de 30 puntos [29]. Una puntuación de menos de 24 puntos es indicativa de deterioro cognitivo. Utilizando

un punto de corte de 24 puntos, la prueba tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 75% para detectar deterioro cognitivo [30].

Su nivel de independencia por medio de escala de Lawton y Brody (Anexo 4) la cual tiene coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94) y valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total) [31].

A los pacientes en los que se corroboró los criterios de inclusión por medio de estas escalas se procedió a la aplicación de la Escala de Adherencia Terapéutica(Anexo 6), basada en comportamientos explícitos, la cual contiene 21 ítems que se agrupan en tres factores (Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos, Seguimiento Médico Conductual, Autoeficacia) que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas. Está basada en comportamientos explícitos; incluye una escala para cada ítem de 0 a 100 en la que el paciente elige, en términos de porcentaje, la efectividad de su comportamiento. Se considera que una respuesta más cercana a 100 indica que el paciente es más adherente. El instrumento en general obtuvo un nivel alto de fiabilidad. El análisis con alpha de Cronbach arrojó un alpha de .919 lo que significa que esta escala es fiable en un 92%. La fiabilidad final para cada ítem fue superior a .883 quedando así los 21 ítems. En cada uno se agruparon siete ítems.

El primero, Control de ingesta de medicamentos y alimentos, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos. El segundo, Seguimiento médico conductual, evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo (asistir a consultas, realizarse análisis clínicos, entre otras). Finalmente, el tercero, Autoeficacia, evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud (ser constante en el tratamiento, no olvidar la ingesta de medicamentos, entre otras conductas). Una de las virtudes de esta escala es que ha sido diseñada pensando en que pueda ser útil para evaluar la adherencia de enfermedades crónicas sin estar dirigida a una enfermedad específica. Esto nos da la oportunidad de poder hacer comparaciones entre diferentes tipos de poblaciones de enfermos y poder identificar si hay rasgos comunes para que los pacientes sean adherentes o no.[4]. Buchanan (1992) clasifica la adherencia como: reducida, al cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento, ésta se lleva a cabo por los pacientes; parcial, se define cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%; elevada, es cuando el cumplimiento se sitúa en un 75% o superior [33].

Por último, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg para adultos mayores (Anexo 7) la cual ha demostrado ser un instrumento confiable y válido en diferentes etapas del desarrollo incluido la vejez, cuenta con criterios psicométricos adecuados para medir autoestima en adultos mayores de la ciudad de México. Esta escala está constituida por diez afirmaciones con cuatro opciones de respuesta (4= muy de acuerdo, 3= de acuerdo, 2= endesacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo); cinco afirmaciones tienen una dirección positiva y cinco

una dirección negativa. La escala posee un alfa de Cronbach total de .73, una varianza explicada del 52% y una adecuada estructura factorial [5].

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó hoja de cálculo en programa Excel con los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los pacientes.

Se realizó estadística descriptiva, cálculo porcentajes y proporciones para las variables cualitativas, se muestra resultados en graficas de barras para mostrar resultados de porcentajes.

Se calculó la prevalencia de autoestima baja y de falta de adherencia terapéutica.

Por último, se calculó el Coeficiente de correlación de Pearson, utilizando el puntaje total de las escalas para adherencia terapéutica y autoestima.

Este coeficiente es una medida que indica la situación relativa de los sucesos respecto a las dos variables, en otras palabras, representa la expresión numérica que indica el grado de correspondencia o relación que existe entre las 2 variables.

Estos números varían entre límites de +1 y -1.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo se ajusta a las pautas éticas para la investigación Biomédica en seres humanos de la OMS; los lineamientos establecidos en la declaración mundial de Helsinki del 2013 y a los lineamientos establecidos por la secretaria de salud en materia de investigación clínica, ya que esta investigación médica en seres humanos es para identificar la posible asociación entre el grado de autoestima y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas. Tiene como objetivo generar nuevos conocimientos, sin sobrepasar los derechos y los intereses de las personas que participa en la investigación, pues se solicitara su consentimiento para tomar sus datos y en caso de que los pacientes no deseen participar no se les obligara ni se suspenderá su atención médica.

Como lo estipula la declaración de Helsinki esta investigación protege la dignidad, integridad y el derecho a la autodeterminación de los sujetos que decidan participar en él, además que se protegerá la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participen en la investigación.

Se apegará a lo considerado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia investigación para la salud, Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, Artículo 13 que menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derecho y bienestar. También se apega a lo mencionado en el Artículo 14, ya que se ajusta a los

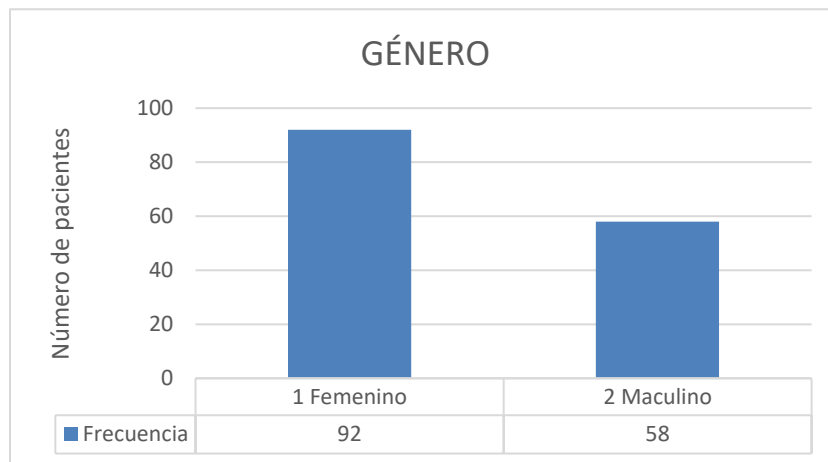
principios científicos y éticos que la justifiquen. Se fundamenta en conocimientos ya publicados. Esta investigación les traerá beneficios a los pacientes sin que tengan riesgos pues únicamente contestaran una serie de cuestionarios, además al conocer si hay asociación entre autoestima y apego al tratamiento se podrá intervenir en este aspecto psicológico para mejorar el pronóstico del paciente. Se realizará por profesionales de la salud. Antes de realizar las preguntas al paciente se le solicitara consentimiento informado y por escrito según el señalado en el Reglamento de Ley General de Salud.

Se solicito la revisión del protocolo por el comité de investigación y ética y se contó con su aprobación.

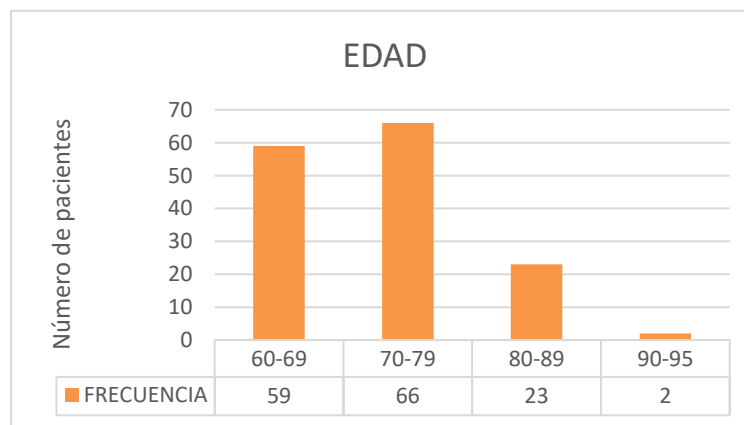
Los resultados de los cuestionarios son confidenciales, se le darán a conocer al paciente si así lo requiere.

RESULTADOS

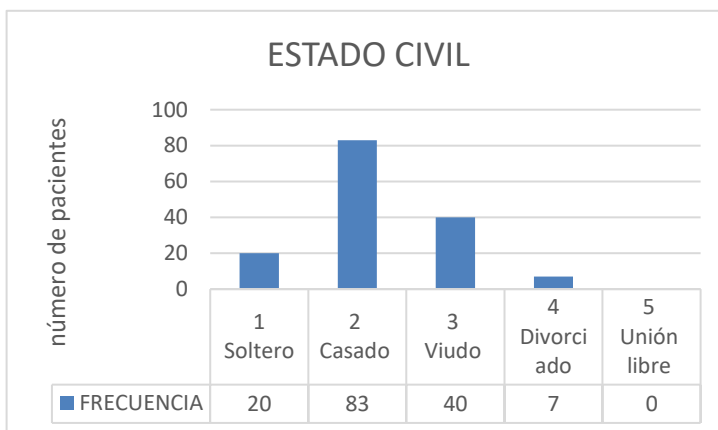
De la población total de 150 pacientes que participaron en este estudio, se encontró 92 pacientes femeninos que corresponde al 61% de la población y 58 pacientes masculinos correspondiente al 39%.



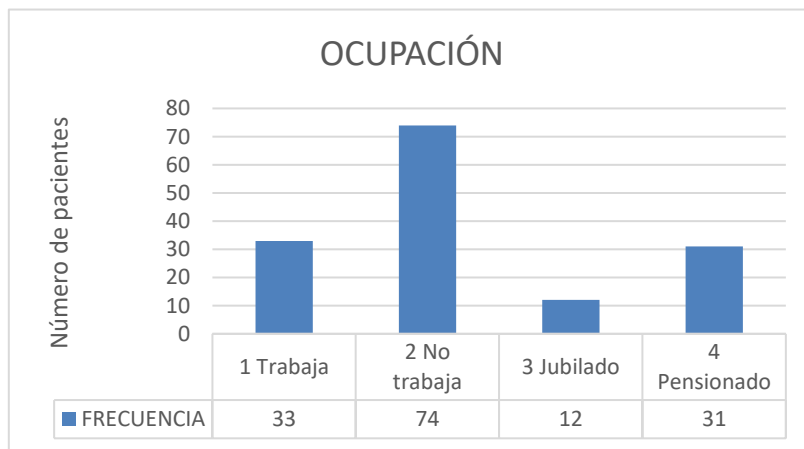
Con referente a la variable de edad, la muestra consta de 59 pacientes que se encuentran en el rango de 70 a 79 años, en segundo lugar 66 pacientes entre 60 y 69 años, 23 pacientes entre 80 y 89 años, y finalmente solo dos pacientes entre 90 y 95 años.



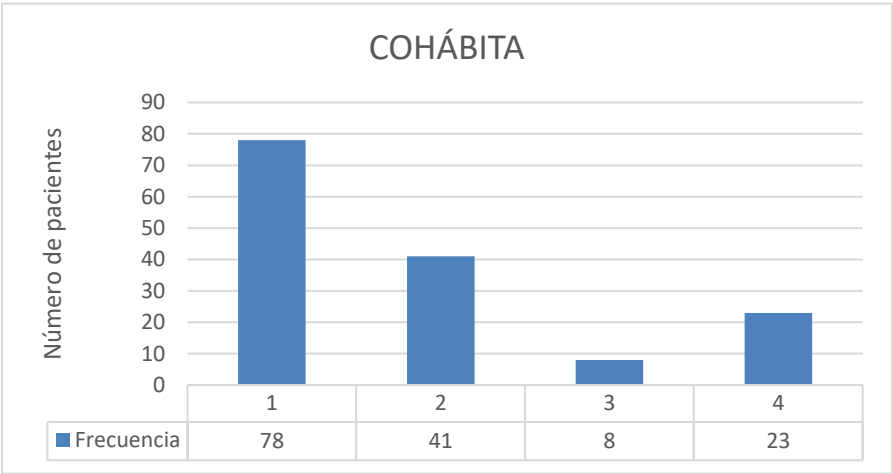
Con respecto al estado civil se encontraron 20 pacientes solteros, 83 pacientes casados, 40 pacientes viudos, 7 divorciados y ninguno en unión libre



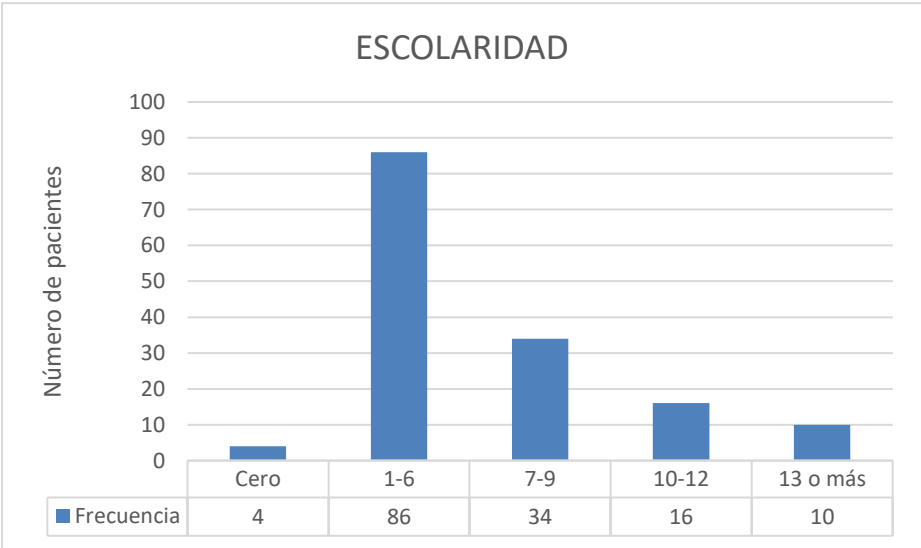
En cuanto a la variable de ocupación, podemos ver en la siguiente gráfica que el mayor número de pacientes participantes en esta investigación no trabajan con una frecuencia de 74, seguida de 33 pacientes que trabajan, 31 pensionados y 12 jubilados.



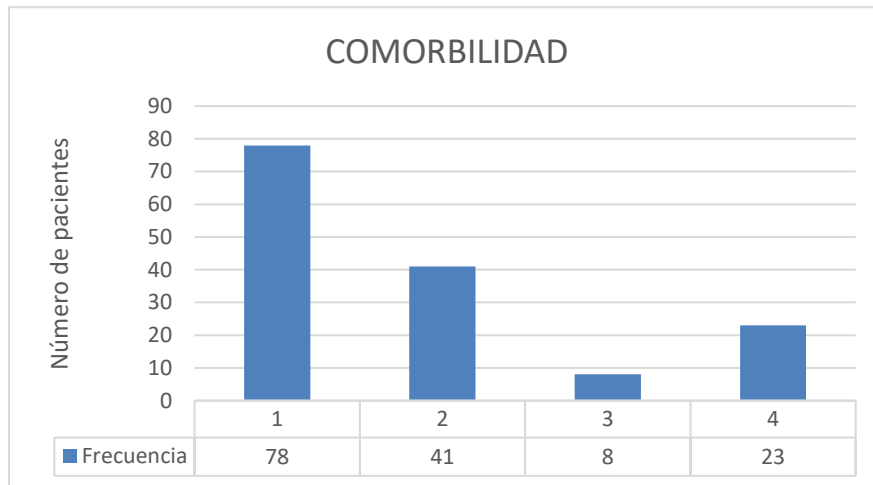
En relación con las personas con quien viven los pacientes, se encontró que en su mayoría lo hace con una persona con un número de frecuencia de 78, seguido de 41 pacientes que viven con 2 personas, 23 pacientes que viven con 4 personas y finalmente 8 pacientes que viven con 3.



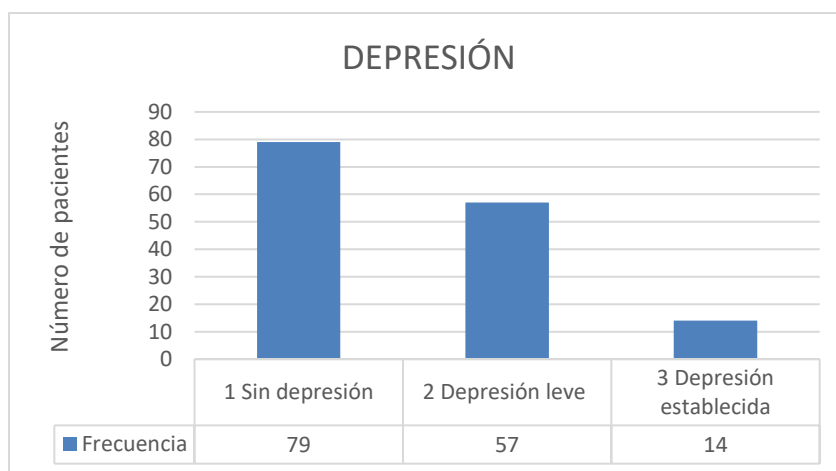
Con respecto a los años de escolaridad, se encontró que la mayoría de los pacientes (86) cuenta en su mayoría entre 1 y 6 años, lo que significaría que tiene estudios de nivel primaria, posteriormente 34 pacientes entre 7 y 9 años de estudios que equivalen a estudios de secundaria, 16 pacientes con estudios entre 10 y 12 años que corresponden a nivel medio superior, 10 pacientes con estudios superiores y 4 pacientes sin años de escolaridad.



En cuando a comorbilidad, se encontró con 1 comorbilidad 78, 42 pacientes con 2, 23 pacientes con 4 y finalmente 8 pacientes con 3, tal como se muestra en la siguiente gráfica:

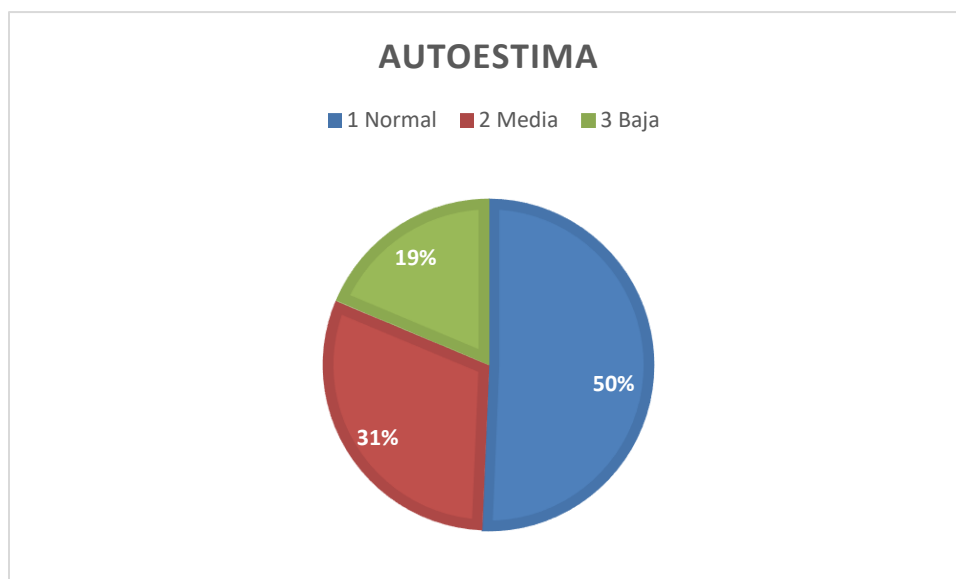
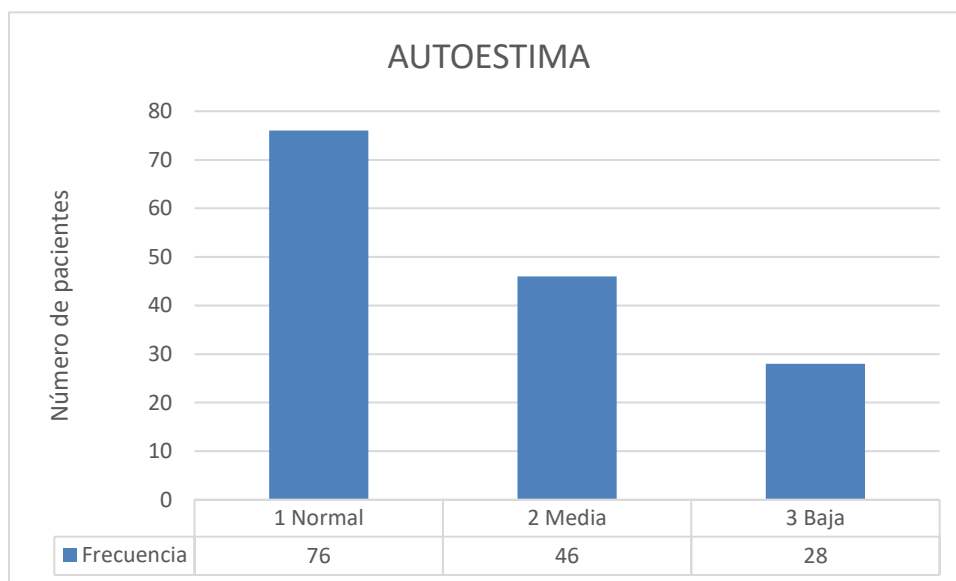


Con respecto a la variable de depresión en este estudio se encontró que 79 pacientes no reportan depresión, 57 pacientes reportan depresión leve y 14 pacientes con depresión establecida. Se calcula una prevalencia de depresión 0.47.



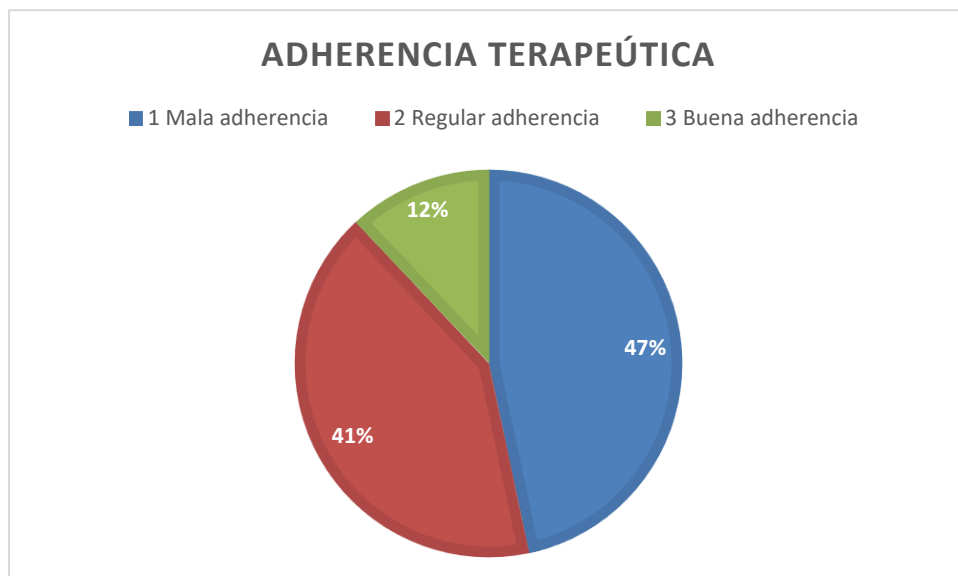
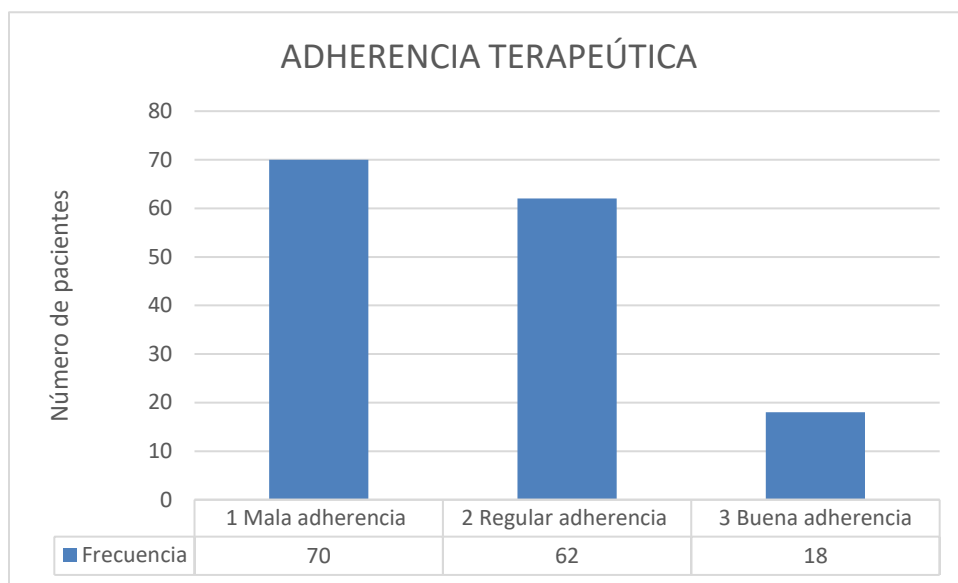
En el tema de la variable independiente, 76 pacientes reportaron una autoestima normal que corresponde a un 50% de la población, 46 pacientes una autoestima media con un 31% y 28 pacientes una autoestima baja que corresponden al 19%.

Se calcula la prevalencia de baja autoestima de 0.13, para autoestima media 0.30.



Finalmente, en relación con la variable dependiente en este estudio, se encontró que el 47% de la población, es decir, 70 pacientes tienen una mala adherencia, 62 pacientes regular adherencia que corresponde al 41% de la población y solo 18 pacientes, 12%; una buena adherencia.

La prevalencia de mala adherencia terapéutica fue de 0.46.



Con respecto al índice de Coeficiente de correlación de Pearson entre las variables autoestima y adherencia al tratamiento se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.72, es decir una correlación positiva alta, por lo que se confirma la hipótesis de la presente investigación: entre menos autoestima tenga un paciente en menos probable que tenga adherencia al tratamiento.

DISCUSIÓN

En nuestra tesis el principal objetivo fue determinar la asociación de baja autoestima y falta de adherencia terapéutica en una población de adultos mayores con enfermedades crónicas en Hospital General de Zona #27 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las tasas de adherencia varían según Gottlieb H. de 38 a 57% en las poblaciones de mayor edad con una tasa promedio de menos del 45%, encontrando en este estudio una mala adherencia en 47% de la población, es decir, 70 pacientes tienen una mala adherencia, 62 pacientes regular adherencia que corresponde al 41% de la población y solo 18 pacientes, 12%; una buena adherencia.

En cuanto a la autoestima en el paciente geriátrico, los datos de autoestima que se registraron fueron, 76 pacientes reportaron una autoestima normal que corresponde a un 50% de la población, 46 pacientes una autoestima media con un

31% y 28 pacientes una autoestima baja que corresponden al 19%. Esta investigación confirma lo encontrado en la investigación longitudinal de Sowislo y Orth (2013) en el cual indica que la autoestima predice satisfacción de la salud mental y adherencia al tratamiento.

Con respecto al índice de Coeficiente de correlación de Pearson entre las variables autoestima y adherencia al tratamiento se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.72, es decir una correlación positiva alta. Sin encontrarse esta relación previamente descrita en la literatura.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación demuestran que 28 de 150 pacientes demostraron baja autoestima, lo que equivale al 19%, al momento de ser estudiados. Tales cifras resultan alarmantes, si se considera que estos pacientes geriátricos, en el mediano y largo plazo, se encaminan a sufrir consecuencias mayormente negativas en su salud.

De los procesos psicológicos, la variable autoestima nos permite predecir la adherencia al tratamiento por lo que es un elemento clave para dar seguimiento a los pacientes, lo anterior indica la importancia de un abordaje multidisciplinario y en particular la evaluación psicológica oportuna de dichos pacientes es fundamental, no solo para diseñar e implementar estrategias de intervención y

acciones enfocadas a promover las relaciones afectivas y emocionales de la persona, mejorar la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad.

La persona con baja autoestima puede verse a sí misma como incapaz, dependiente, angustiada, con temores para enfrentar las dificultades de la vida cotidiana; lo que redundaría en menor capacidad para afrontar hechos de la vida, así como una actitud menos positiva hacia sí mismo, y por consiguiente con la no asume conductas de salud como la adherencia a los tratamientos.

Es evidente en este estudio el vínculo entre adherencia terapéutica y autoestima: a niveles más altos de autoestima mayor adherencia terapéutica, ya que la autoestima cumple un papel importante en la vida del ser humano, pues le permite hacer elección y tomar decisiones claves para su futuro, fortalece, da energía y motiva a la persona para alcanzar sus metas propuestas. Es el centro y fundamento del crecimiento personal, es la medida de su amor a sí mismo, es el punto de referencia desde el cual se proyecta su vida en los diferentes órdenes; es elemento básico para que el paciente alcance la plenitud y la autorrealización, su bienestar físico, emocional, afectivo y mental.

Se corrobora la importancia de investigar y determinar factores influyentes en la adherencia terapéutica relacionados con el paciente, como la autoestima, para desde un enfoque integral y multifactorial proporcionar un mejor control de la enfermedad, si bien en este estudio se abordó la autoestima, es importante reconocer que la adherencia al tratamiento es multifactorial por lo que es

necesario ampliar este tipo de investigaciones para dar una intervención integral a los pacientes geriátricos y considerar otro tipo de variables que directamente influyen en su autocuidado.

Finalmente se recomienda que se genere en adultos mayores una verdadera cultura de estilos de vida saludables que contemplen una alimentación adecuada, control peso, actividad física. Además, tener una vigilancia periódica para la evaluación clínica de los pacientes.

A pesar de la edad que tengan los adultos mayores es recomendable organizar un grupo de apoyo al adulto para realizar tareas de trabajo que se ajuste a su condición física y así no se sienta retraído por su enfermedad y baje su estado de ánimo y ocurra lo contrario se sienta útil al realizar cualquier actividad de la vida diaria.

Finalmente es relevante sensibilizar a los familiares del paciente acerca de la importancia que tiene que los pacientes atiendan su salud psicológica, especialmente en el cuidado de la autoestima, pues finalmente la intervención con el paciente debe ser integral y contar con redes de apoyo para los pacientes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Instituto Nacional De Estadística Y Geografía. “Estadísticas A Propósito Del Día Internacional De Las Personas De Edad (1 De Octubre)” (2016).
www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016_0.pdf
2. Instituto Nacional De Estadística Y Geografía. “Estadísticas A Propósito Del Día Internacional De Las Personas De Edad (1 De Octubre)” (2017).
www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cuidadores2017_Nal.pdf
3. Organización Mundial de la Salud Adherencia a los tratamientos a largo plazo Pruebas para la acción. Washington, D.C.:OPS; 2004.
<http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
4. Trujano Soria Rocío, Vega Valero Zaira, Nava Quiroz Carlos, Saavedra Vázquez Karina. Interacción Médico-Paciente Y Su Relación Con El Control Del Padecimiento En Enfermos Crónicos. Revista de Psicología. 2011; 17 (2): 223-230.
5. León Ricardi César Augusto. Escala De Rosenberg En Población De Adultos Mayores. Ciencias Psicológicas. 2016; 10 (2): 119 – 127.
6. Passos JF, Kirkwood TB. Biological and physiological aspects of aging. Textbook of Geriatric Dentistry. 2015;(7):29-36.
7. Santiago Calero Morales, Tito Klever Díaz, Milton Ramiro Caiza Cumbajin, Ángel Freddy Rodríguez Torres, Edison Fabián Analuiza Analuizal. Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto

- mayor. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2016;35(4): 366 – 374.
8. Proyecciones de la Población 2010- 2050, CONAPO, México (2012).
 9. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Geneva. World Health Organization. Med Clin (Barc). 2001; 116 (Supl 2):141-146.
 10. Sharon J. Rolnick, PhD, MPH; Pamala A. Pawloski, PharmD; Brita D. Hedblom, BS; Stephen E. Asche, MA; and Richard J. Bruzek, PharmD. Patient Characteristics Associated with Medication Adherence. Clinical Medicine & Research. 2013; 11 (2): 54-65.
 11. Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. Curr Opin Cardiol. 2004;19:357-362.
 12. Rocío Soria Trujano, Cynthia Zaira Vega Valero, Carlos Nava Quiroz. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Altern. psicol. 2009; 14 (20): 78-88.
 13. Gottlieb H. Medication nonadherence- findings and solutions to a costly medical problem. Drug Benefit Trends. 2000; 12: 57–62.
 14. Giardini Anna, Martin Maria Teresa, Cahir Caitriona, Lehane Elaine, Menditto Enrica, Strano Maria, Pecorelli Sergio, Monaco Alessandro, Marengoni Alessandra. Toward appropriate criteria in medication adherence assessment in older persons: Position Paper. Aging Clin Exp Res. 2016; 28:371–381.

15. Pitruzzella R, Franck J. Médications en institutions pour personnes âgées. *Revue de Gériatrie*. 2005; 30: 13-22.
16. Salinas Cruz Elizabeth, Nava Galán Ma. Guadalupe. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex)*. 2012; 11 (2): 102-104.
17. J. Petermans, A. Samalea Suarez, T. Van Hees. Observance thérapeutique en gériatrie. *RevMedLiège* 2010; 65: 5 (6) ; 261-266.
18. Diaz M. La adherencia al tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*. 2014; 7: 73-84.
19. Alaphilippe Daniel. Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *PsycholNeuroPsychiatrVieil*. 2008; 6 (3) :167-76.
20. Ulrich Orth, Manfred Schmitt. Self-Esteem Development Across the Life Span: A Longitudinal Study With a Large Sample From Germany. *Developmental Psychology*. 2015; 51 (2): 248–259.
21. Ortiz Arriagada Juana Beatriz. Castro Salas Manuel. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia y Enfermería XV*. 2009; 1: 25-31.
22. Trujillo S. Agenciamiento Individual y Condiciones de vida. *Univ Psicol Bogotá, Colombia*. 2005; 4 (2): 221-229.
23. Christina Doré. L'estime De Soi :Analyse De Concept. *ARSI*. 2017; 2 (129): 18 - 26
24. Wiebke Bleidorn, Jaap J. A. Denissen, Jochen E. Gebauer. Age and Gender Differences in Self-Esteem—A Cross-Cultural Window. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2016; 111 (3): 396–410.

25. Orosco, Carlos. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*. 2015; 18: 91-104.
26. Wagner Jenny, Hoppmann Christiane, Ram Nilam, Gerstorff Denis. Self-Esteem is Relatively Stable Late in Life: The Role of Resources in the Health, Self-Regulation, and Social Domains. *Dev Psychol*. 2015; 51(1): 136–149.
27. Oliveira JN, Tavares CM, Squassoni SD, Machado NC, Cordoni PK, Bortolassi LC, Lapa MS, Fiss E. Impact of activities in self-esteem of patients in a pulmonary rehabilitation program. *Einstein*. 2015; 13(1): 47-51.
28. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. 2015.
29. Paredes-Arturo Yenny, Yarce-Pinzón Eunice, Rosero-Otero Mildred, Rosas-Estrada Giovana. Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. 2015; 16 (6): 9 - 18.
30. Guía de práctica clínica. Valoración Geriátrica integral en unidades de atención médica. 2010.
31. J. Cid- Ruzafa. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. 2007.
32. Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention*. NY: The Haworth Press. 1986; 165-173.
33. Salinas E, Nava M. G. Adherencia Terapéutica. *Revista enfermería Neurológica*. 2012; 11 (2): 102-104.

ANEXOS
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación debaja autoestima y falta de adherencia terapéutica en una población de adultos mayores con enfermedades crónicas en HGZ 27.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Hospital General de Zona No. 27, 2018						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	La autoestima puede influir en el apego a tratamiento, y evitar un buen control de sus enfermedades. Conocer la asociación que presenta la población adulta mayor del Hospital General de zona No.27 entre su nivel de autoestima y su adherencia terapéutica.						
Procedimientos:	Se le realizara una serie de cuestionarios.						
Posibles riesgos y molestias:	Cansancio al contestar cuestionario, si esto ocurre regresaremos otro día para completar los cuestionarios						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer nivel de autoestima y adherencia terapéutica y si estasse relacionanentre si						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A través del servicio de enseñanza de la unidad						
Participación o retiro:	Su participación es voluntaria, si usted no quiere participar no influirá en su tratamiento.						
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados de los cuestionarios son confidenciales, no se darán a conocer a otras personas.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Conocer relación adherencia terapéutica / autoestima						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Verónica Durán Gómez Medico adscrito al HGZ 27 y Dra. Escutia Cruz Angélica Wendolin Residente tercer año de Geriatria						
Colaboradores:	Dra. Flor Magdalena Lozano Villalba coordinadora de enseñanza en HGZ 27.						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 27
“DR. ALFREDO BADALLO GARCIA”**

**Asociación de autoestima y adherencia terapéutica en adultos mayores con
enfermedades crónicas en HGZ 27.**

Anexo 2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿A qué género pertenece? Masculino / Femenino
2. ¿Qué edad tiene? _____ Años.
3. ¿Cuál es su estado civil? Soltero / Casado / Viudo / Divorciado / Unión libre
4. ¿A qué se dedica actualmente _____
5. ¿Hasta qué grado escolar estudió? _____
6. ¿Con quién vive actualmente? Esposa (o) Hijo(s) Padres Hermana(o)
Otro, especifique: _____
7. ¿Qué enfermedades crónicas le han diagnosticado y desde hace cuánto tiempo?
 - 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____
 - 4) _____
 - 5) _____
8. En la actualidad el tratamiento que usted sigue es con (puede anotar más de una):
Medicamento / Dieta / Ejercicio / Té o hierbas / Ninguno /
Otro, especifique: _____
9. ¿Qué medicamentos toma y con qué periodicidad?
 - 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____
 - 4) _____
 - 5) _____
 - 6) _____
 - 7) _____
 - 8) _____
10. ¿Con qué periodicidad acude a control con su médico familiar?: _____
11. ¿Qué porcentaje de su tratamiento se otorgó de manera completa en consulta de su unidad de medicina familiar en los últimos 3 meses?: _____
12. Grado de adherencia terapéutica: 1. Mala adherencia: 0-20% / 2. Regular adherencia: 40-60% / 3. Buena adherencia: 80-100%.
13. Grado de autoestima: 1. 30 a 40 puntos: autoestima normal / 2. 26 a 29 puntos: autoestima media / 3. Menos de 25 puntos: autoestima baja.
14. Funcionalidad: 1. Actividades completas (8/8) 2. Actividades activos (5-7) 3. Actividades limitadas (1-4) 4. Inactivo (0)
15. Depresión: si _____ no _____

Anexo 3. Examen Mini mental de Folstein

Evaluación	Puntos
Orientación tiempo y espacio	
¿Qué día de la semana es hoy? ¿Cuál es el año? ¿Cuál es el mes? ¿Cuál es el día? ¿Cuál es la estación de año? (Máximo 5 puntos)	
*Dígame el nombre de este hospital ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué estado vivimos? ¿En qué país estamos? (Máximo 5 puntos)	
Fijación	
Repita estas palabras: cabello, peso, manzana (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta) (Máximo 3 puntos)	
Concentración y calculo	
*Si tiene 100 pesos y me los da de siete en siete, ¿Cuántos le quedan? (anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior sea incorrecta) (Máximo 5 puntos)	
Memoria	
¿Recuerda usted las tres palabras que dijo antes? (Máximo 3 puntos)	
Lenguaje y construcción	
¿Qué es esto? (muestre un reloj) ¿Y esto? (muestre un bolígrafo) (Máximo 2 puntos)	
*Repita la siguiente frase: ni si, ni no, ni pero. (Máximo 1 punto)	
*Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (anote 1 punto por cada orden ejecutada) (Máximo 3 puntos)	
*Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS" (Máximo 1 punto)	
*Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta (Máximo 1 punto)	
*Copie este dibujo (Máximo 1 punto)	
 <p>(Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la inserción forma un diamante)</p>	
Total	

Anexo 4. Escala de Lawton y Brody

1. Capacidad para usar el teléfono		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utilizar el teléfono	0	0
2. Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independiente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado a pequeñas compras	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
3. Preparar la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
4. Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las actividades de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa		
5. Lavado de ropa		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe realizarlo otro	0	0
6. Uso de medios de transporte		
Viaja solo en medio de transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
7. Responsabilidad con su medicación		
Es capaz de tomar su medicamento a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicamento si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrar se su medicación	0	0
8. Maneja sus asuntos económicos		
Se encarga de todos sus asuntos económicos por si solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0
Total		

Anexo 5. Escala de Yesavage

		Si	No
1	¿Está satisfecho (a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado (a)?	1	0
9	¿Prefiere quedarse que salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso salir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Total			

Anexo 6. Escala de Adherencia Terapéutica, basada en comportamientos explícitos

Instrucciones: Elija una opción dentro de los cuadros y marque con una “X” o escriba con letra clara lo que se le pide en relación a los tres últimos meses. Le suplicamos contestar todas las preguntas. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Si tiene alguna duda, pregunte al encuestador.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Instrucciones: En una escala del 0 al 100, qué calificación se pondría de acuerdo a qué tanto se asemeja lo que usted atiende su tratamiento y lo que dice el enunciado.

1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. Asisto a mis consultas de manera puntual.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6. Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10. Después de haber iniciado un tratamiento para controlar mi presión arterial, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

13. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14. Cuando los síntomas desaparecen, abandono el tratamiento.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
15. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
17. Para que yo siga el tratamiento, es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
18. Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
19. Me inspira confianza que el personal de salud de muestren conocer mi enfermedad.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
20. Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Total										

Anexo 7. Escala de autoestima de Rosemberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada:

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Totalmente en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				
Total				