

## Influencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento farmacológico en un centro de salud de Valencia

<sup>1</sup> Gabriel Jiménez Molina  
<sup>2</sup> Ivanna Vidal Sánchez  
<sup>3</sup> Olaya Felipe Román  
<sup>4</sup> Elena Chover Sierra

<sup>1</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

<sup>2</sup> Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

<sup>3</sup> Máster en Enfermería Oncológica por la Universidad de Valencia. Centro de Atención Primaria Barrio de la Luz de Valencia.

<sup>4</sup> Doctora en Enfermería por la Universidad de Valencia. Profesora asociada en la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia. Enfermera en Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Dirección de contacto: [ivannav4@gmail.com](mailto:ivannav4@gmail.com)

### Cómo citar este artículo:

Jiménez Molina G, Vidal Sánchez I, Felipe Román O, Chover Sierra E. Influencia del apoyo en la adherencia al tratamiento farmacológico en un centro de salud de Valencia. *RIdEC* 2020; 13(1):26-35.

Fecha de recepción: 3 de enero de 2020. Aceptada su publicación: 3 de abril de 2020.

### Resumen

**Objetivo:** valorar cómo es el apoyo social percibido por los pacientes que acuden a la consulta programada de Enfermería de Atención Primaria, describiendo su influencia en la adherencia al tratamiento farmacológico, dos aspectos fundamentales asociados al curso y al desenlace de las enfermedades crónicas.

**Método:** se trata de un estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal. La población diana fueron usuarios que acuden a la consulta programada de Enfermería de Atención Primaria. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y caso consecutivo. El apoyo social percibido se midió mediante el test de MOS, y la adherencia al tratamiento fue valorada mediante el test de Morisky-Green.

**Resultados:** la muestra final fue de 79 personas. En cuanto a la autopercepción de salud, 38 de los 79 encuestados expresaron que su estado de salud era bueno o muy bueno. Con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico, 57 resultaron ser cumplidores frente a 22 no cumplidores. En cuanto al apoyo social percibido, 61 obtuvieron un buen apoyo social frente a 17 que obtuvieron un mal apoyo social. Al relacionar el test de MOS y el de Morisky-Green se observa que a mejor apoyo social percibido mejor adherencia al tratamiento.

**Conclusiones:** la consulta de Enfermería de Atención Primaria es el lugar adecuado para valorar tanto la adherencia al tratamiento farmacológico y el apoyo social percibido, dos variables que correlacionan positivamente; además del lugar idóneo para reconocer problemas reales y potenciales de salud y poner en marcha estrategias para asegurar la adherencia al tratamiento.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; apoyo social; cumplimiento y adherencia al tratamiento farmacológico; Enfermería en salud comunitaria.

### Abstract

#### Influence of social support on adherence to drug therapy in a health center in Valencia

**Purpose:** to assess how social support is perceived by patients attending scheduled visits of Primary Care Nurses, and to describe its influence on the adherence to drug therapy, which are two core items associated with the course and outcome in chronic diseases.

**Methods:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional, observational study. The target population comprised users who attend scheduled visits of Primary Care Nurses. A non-probabilistic sampling method was used, with a convenience case-consecutive sample. Perceived social support was measured by the MOS test, and adherence to treatment was assessed by the Morisky-Green test.

**Results:** the final sample included 79 participants. Regarding self-perception of health, 38 of the 79 respondents reported that their health status was good or very good. With regard to adherence to drug therapy, 57 proved to be compliant versus 22 non-compliant. As for perceived social support, 61 received good social support versus 17 who had poor social support. When relating the MOS test and the Morisky-Green test, it could be observed that the better the perceived social support, the better the adherence to treatment.

**Conclusions:** a Primary Care Nursing office is the appropriate place to assess both adherence to drug therapy and perceived social support; both variables are positively correlated; it is also the right place to identify actual and potential health problems and to implement strategies to ensure treatment adherence.

**Key words:** Primary Care Nursing; social support; drug treatment compliance and adherence; community health nursing.

## Introducción

Las enfermedades crónicas son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellas de larga duración y por lo general de evolución lenta (1,2). Dentro de este grupo son las enfermedades cardiovasculares aquellas con mayor morbimortalidad, con 17,5 millones de defunciones al año y un número muy superior de invalideces en el ámbito mundial. Seguidamente se encuentra el cáncer con 8,2 millones de muertes anuales, las patologías respiratorias con 4 millones y la diabetes con 1,5 millones. Estos cuatro grupos de enfermedades suponen el 82% de la mortalidad por enfermedades crónicas (2).

Es sabido que estas enfermedades se ven favorecidas por el envejecimiento de la población, la urbanización y una creciente globalización que implica la práctica de estilos de vida poco saludables, sobre todo en las personas socialmente más vulnerables y que cuentan con menos recursos (1).

Debido a esto, y a que la Atención Primaria es la que más se acerca a la persona en su contexto social, es importante trabajar desde este ámbito mediante la prevención secundaria y terciaria, reforzando la detección precoz y trabajando con los pacientes para la consecución del mayor grado de cumplimiento terapéutico posible (1).

En este estudio se abordará la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento, en cuanto al primero existen varias definiciones de apoyo social; según Thoits (3), es el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Bowling (4), por su parte, lo define como el proceso interactivo en el que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra. Al mismo tiempo, el apoyo social funciona como amortiguador del estrés, aumenta la calidad de vida y la adherencia terapéutica (5).

También es esencial comprender el carácter multidimensional del apoyo social, pudiéndolo dividir en apoyo cuantitativo o estructural, que se refiere a la red social con que cuenta el individuo; y el de tipo funcional o cualitativo, el cual es subjetivo, ya que es lo que el propio individuo percibe y tiene diversos aspectos que son el apoyo emocional, el afectivo, el informativo y el instrumental (5).

Los aspectos citados anteriormente, así como su interrelación, influirían en la otra variable a estudio, la adherencia al tratamiento. Según la OMS en su reunión de 2001 sobre Adherencia Terapéutica, concluyó definir esta como "el grado en el que el paciente sigue instrucciones médicas" y era insuficiente, ya que para tratar las enfermedades crónicas se requiere el empleo de una gran variedad de intervenciones con el sujeto. Además, en contraposición con la idea actual, la palabra "instrucciones" implica considerar al paciente como un ser pasivo (6).

Una de las definiciones más aceptadas de adherencia terapéutica es la de Haynes (7): "El grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria".

Según el informe de la OMS "Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción" del año 2004, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en enfermos crónicos solo llega al 50% y en los países en vías de desarrollo es más deficiente aún. En cuanto a enfermedades como la diabetes y la hipertensión, en Europa únicamente el 28% de los pacientes tratados logra un buen control glucémico (8,9), mientras que un 25% alcanza unas cifras óptimas de tensión arterial (10). Esta situación se traduce en problemas de salud evitables para los pacientes y en unos costes excesivos para los sistemas de salud.

La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias clínicas y económicas como un tema prioritario de salud pública en el ámbito mundial. En cuanto a las dimensiones que influyen en la adherencia terapéutica, este organismo cita cinco: factores socioeconómicos: pobreza, analfabetismo, desempleo, falta de redes sociales, distancia al centro sanitario, coste de del transporte y la medicación y creencias populares en cuanto a la enfermedad y su tratamiento (6); factores relacionados a la asistencia sanitaria, ya que una buena relación terapéutica aumentaría la adherencia al tratamiento (11); factores relacionados con el tratamiento, como su complejidad, duración, efectos secundarios y el fracaso de tratamientos anteriores; factores relacionados con la enfermedad, como la gravedad, la discapacidad, su progresión y la disponibilidad de tratamiento existente; por último, factores relacionados con el propio paciente, recursos propios como conocimientos, actitudes, creencias, expectativas, etc. Es decir, la motivación para adherirse al tratamiento estará entonces influida por el valor que el paciente le dé al hecho de seguir el régimen terapéutico y por el grado de confianza en poder seguirlo (12). Por lo tanto, es importante acrecentar la motivación intrínseca del paciente, así como sus aptitudes de autocuidado, serán metas importantes a conseguir (6).

Como profesionales de Atención Primaria se ha de ofrecer una atención lo más integral posible. Debido a las características del paciente crónico es oportuno analizar cómo sus circunstancias sociales, económicas y su percepción acerca del apoyo social recibido influyen en su salud, y en algo tan determinante como la adherencia al tratamiento. Si bien es verdad que el concepto adherencia terapéutica es más amplio, la adherencia al tratamiento farmacológico es uno de los aspectos fundamentales que la componen y, por tanto, lo que se va a evaluar mediante el instrumento seleccionado. Por otra parte, si bien hay bastante bibliografía acerca del tema, no hay muchos estudios realizados por parte de Enfermería, aunque este es el profesional encargado de la educación, promoción y prevención de la salud en todos sus niveles, constituyendo para estos pacientes un instrumento clave de apoyo.

Distintos estudios recogen cómo el apoyo social ha mostrado un efecto amortiguador en cuanto a los impactos adversos de la enfermedad crónica. No hay que olvidar el importante papel de las familias, ya que estas no solo son las unidades básicas de cuidados, sino que también condicionarán las actitudes, creencias y comportamientos del individuo frente a la salud y a la enfermedad (5).

Por lo tanto, el objetivo general de este trabajo es valorar cómo es el apoyo social percibido por los pacientes que acuden a la consulta programada de Enfermería en Atención Primaria, así como describir la influencia de esta variable en la adherencia al tratamiento farmacológico.

## Material y método

**Diseño:** estudio descriptivo transversal.

**Población y ámbito de estudio:** la población diana fueron usuarios que acuden habitualmente a la consulta programada de Enfermería de Atención Primaria de un centro de salud del Departamento 9 de la Comunidad Valenciana y que cumplen los criterios diagnósticos de la OMS para patologías crónicas.

**Criterios de selección:** se incluyó a quienes aceptaran hacerlo de forma voluntaria, mediante la cumplimentación y firma de un documento de consentimiento informado. Se excluyeron pacientes en situación avanzada de enfermedad, personas con evidencia de deterioro cognitivo, problemas neurológicos o alteraciones conductuales graves que imposibilitaran la monitorización del apoyo social que recibían, así como su grado de adherencia al tratamiento farmacológico.

**Muestra:** mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia y caso consecutivo, se seleccionaron 79 participantes. Aunque algunos cuestionarios no se rellenaron completamente, fueron incluidos en el análisis final, considerándose la información no recogida en el cuestionario como casos perdidos de la variable a estudio (por ese motivo la suma de las frecuencias no siempre coincide con el número de participantes).

**Variables:** las variables descriptoras de la población fueron clasificadas en tres categorías: variables personales, variables sobre su situación de salud y variables socioeconómicas.

**Instrumentos:** la valoración del apoyo social se realizó mediante el cuestionario MOS de apoyo social, instrumento concebido para evaluar a pacientes con patologías crónicas y validado en España por Revilla et al. (13) para su empleo en contextos clínicos. Se trata de un cuestionario multidimensional que permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño) y cualitativos (dimensiones) de la red social, que explora cinco dimensiones del apoyo social: el informativo, el emocional, el tangible, la interacción social positiva y el afecto/cariño. Consta de 19 preguntas sobre la presencia de determinados tipos de apoyo, que se contestan con una escala tipo Likert de 5 puntos. La puntuación oscila entre 19 y 95 puntos. La escala posee buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna elevada ( $\alpha$  de Cronbach= 0,97) (13). Para este estudio se ha catalogado como "buen apoyo social" a aquellos que obtienen una puntuación igual o superior a 57. La valoración de la adherencia terapéutica se llevó a cabo a través del test de Morisky-Green, que consta de cuatro preguntas. Se considera que una persona tiene buena adherencia terapéutica si responde negativamente a las cuatro, y se le clasifica como cumplidor. En cambio, si alguna de las respuestas es "sí", el paciente se clasifica como no cumplidor (14). Este método fue desarrollado por Morisky, Green y Levine (14) y validado en España por Val Jiménez et al. (16), posee una fiabilidad del 61% (15), en un principio su finalidad era valorar el cumplimiento de la pauta de medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA), y posteriormente se adaptó a otras enfermedades como la diabetes o la toma de anticoagulantes orales.

Los cuestionarios se entregaron en formato papel para que el paciente los cumplimentara en la consulta. Los autores estuvieron presentes en ese momento para poderles resolver las posibles dificultades de comprensión que aparecieran durante la realización del cuestionario.

**Análisis de datos:** en primer lugar se procedió al análisis descriptivo univariante de cada variable, en caso de variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión, y en caso de variables cualitativas mediante distribución de frecuencias. Tras ello se llevó a cabo el análisis bivariante, utilizando la prueba de Chi cuadrado para estudiar las relaciones entre variables. En todos los análisis se estableció un nivel de confianza del 95% ( $p < 0,05$ ). Para el análisis de datos y representaciones gráficas se utilizó el *software* SPSS24.

**Consideraciones éticas:** previamente el proyecto fue remitido y aprobado por el comité ético de investigación clínica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

## Resultados

Se entrevistaron 38 hombres y 39 mujeres, de edades comprendidas entre 51 y 86 años, siendo la media de edad de 70,96 años, con una desviación típica de 9,29 años. El resto de variables sociodemográficas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas					
	Frecuencia	Porcentaje	Rango	Media	DT*
Edad			51-86	70,96	9,30
<b>Género</b>					
Hombre	38	49,4			
Mujer	39	50,6			
<b>Nivel de estudios</b>					
No sabe leer ni escribir	3	3,8			
Primaria incompleta	29	37,2			
Primaria completa	20	25,6			
Estudios secundarios	19	24,4			
Estudios universitarios	7	9			
<b>Situación laboral</b>					
En activo	4	5,2			
Desempleado	6	7,8			
Jubilado	67	87,0			
<b>Personas con las que convive</b>					
0	9	12,0			
1	20	26,7			
2	28	37,3			
3	12	16,0			
4	5	6,7			
5	1	1,3			
<b>Personas a su cuidado</b>					
0	56	73,7			
1	13	17,1			
2	6	7,9			
3	1	1,3			
*DT: desviación típica					

Una tercera parte de los sujetos describieron su estado de salud como regular, y un porcentaje ligeramente superior como bueno, tal y como se muestra en la Tabla 2, donde se presentan los resultados relativos al estado de salud de los participantes.

Los resultados obtenidos tanto en la valoración del apoyo social como en la adherencia terapéutica se muestran en la Tabla 3.

En cuanto a la relación entre el test de MOS y el de Morisky-Green se observa que dentro del grupo catalogado como "cumplidor", un 78,7% obtuvo un buen apoyo social; mientras que en el grupo de "no cumplidores", el buen apoyo social desciende al 61,9%. El test de Chi cuadrado mostró la existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p=0,034$ ).

En la Tabla 4 se muestran los resultados en cuanto al apoyo social percibido en función de las características descriptoras de la población; diferencias que analizadas mediante la prueba de Chi cuadrado no mostraron ser estadísticamente significativas. Es de destacar que perciben un buen apoyo social con mayor frecuencia las mujeres, el grupo de edad entre 75 y 79 años, aquellas con estudios primarios y las que convivían con varias personas o tenían no más de dos personas a su cargo.

En la Tabla 5 se muestran las relaciones entre el test de Morisky-Green y determinadas variables descriptivas de la población, que tampoco resultaron ser significativas. Se encontró un mayor porcentaje de cumplidores en el grupo de las mujeres, en el grupo de edad entre 75 y 79 años y las personas con estudios primarios o sin estudios. Los resultados de Morisky-Green se relacionaron también con las variables sobre estado de salud. Así se observa que un 65,4% de las personas con diabetes mellitus (DM) y un 73,3% de las personas con hipertensión arterial (HTA) son cumplidores, pero solo lo son un 33% de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Con respecto a la relación entre Morisky-Green y la autopercepción de salud, en ambos grupos el cumplimiento fue similar, aunque entre las personas con mejor percepción de salud hay un mayor porcentaje de cumplidores que entre los que tienen peor percepción de su estado de salud.

**Tabla 2.** Situación sobre el estado de salud

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Autopercepción de salud</b>		
Muy malo	1	1,3
Malo	9	11,4
Regular	31	39,2
Bueno	35	44,3
Muy bueno	3	3,8
<b>Enfermedades crónicas</b>		
HTA*	60	76,9
DM**	26	33,3
EPOC***	3	3,8
<b>Número de enfermedades</b>		
1	42	55,3
2	27	35,5
3	5	6,6
4	1	1,3
*HTA: hipertensión arterial. **DM: diabetes mellitus. ***EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica		

**Tabla 3.** Resultado de los cuestionarios Morisky-Green y MOS

	Frecuencia	Porcentaje	Rango	Media	DT*
<b>Morisky Green</b>					
No cumplidor	22	27,8			
Cumplidor	57	72,2			
<b>MOS**</b>					
Buen apoyo social	61	78,2			
Mal apoyo social	17	21,8			
MOS** Índice global de apoyo social			21-95	76	20,3
*DT: desviación típica. **MOS: cuestionario de apoyo social percibido (Medical Outcomes Study)					

**Tabla 4.** Resultados del apoyo social percibido según características descriptivas de la población

		n	Buen apoyo social n (%)	Mal apoyo social n (%)	p-valor
Género	Hombre	38	29 (76,3%)	9 (23,7%)	0,783
	Mujer	38	30 (78,9%)	8 (21,1%)	
Grupo de edad	< 60	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0,428
	60-64	7	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
	65-69	14	10 (71,4%)	4 (28,6%)	
	70-74	14	12 (85,7%)	2 (14,3%)	
	75-79	16	15 (93,8%)	1 (6,2%)	
	80-85	14	9 (64,3%)	5 (35,7%)	
Nivel de estudios	Primarios	52	40 (76,9%)	12 (23,1%)	0,698
	Secundarios o superiores	26	21 (80,8%)	5 (19,2%)	
Situación laboral	En activo	4	3 (75%)	1 (25%)	0,936
	Desempleado	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
	Jubilado	66	51 (77,3%)	15 (22,7%)	
Personas con que conviven	0	9	4 (44,4%)	5 (55,6%)	0,084
	1	20	14 (70%)	6 (30%)	
	2	28	23 (82,1%)	5 (17,9%)	
	3	12	11 (91,7%)	1 (8,3%)	
	4	5	5 (100%)	0 (0%)	
	5	1	1 (100%)	0 (0%)	
Personas a su cargo	0	56	44 (78,6%)	12 (21,4%)	0,865
	1	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)	
	2	6	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
	3	1	1 (100%)	0 (0%)	

**Tabla 5.** Resultados del test de Morisky-Green con respecto a las variables descriptivas de la población

		n	Cumplidor n (%)	No cumplidor n (%)	p-valor
Género	Hombre	38	26 (68,4%)	12 (31,5%)	0,402
	Mujer	39	30 (76,9%)	9 (23%)	
Grupo de edad	< 60	13	8 (61,5%)	5 (38,4%)	0,582
	60-64	7	5 (71,4%)	2 (28,5%)	
	65-69	14	12 (85,7%)	2 (14,2%)	
	70-74	14	10 (71,4%)	4 (28,5%)	
	75-79	16	13 (81,2%)	3 (18,7%)	
	80-85	15	9 (60%)	6 (40%)	
Nivel de estudios	Primarios	52	38 (73%)	14 (26,9%)	0,799
	Secundarios o superiores	27	19 (70,3%)	8 (29,6%)	

**Tabla 5.** Resultados del test de Morisky-Green con respecto a las variables descriptivas de la población (*continuación*)

		n	Cumplidor n (%)	No cumplidor n (%)	p-valor
Personas con que conviven	0	9	3 (33,3%)	6 (66,7%)	0,060
	1	20	18 (90%)	2 (10%)	
	2	28	20 (71,4%)	8 (28,6%)	
	3	12	8 (66,7%)	4 (33,3%)	
	4	5	4 (80%)	1 (20%)	
	5	1	1 (100%)	0 (0%)	
Patología	HTA*	60	44 (73,3%)	16 (26,6%)	0,581
	DM*	26	17 (65,3%)	9 (34,6%)	0,373
	EPOC*	3	1 (33,3%)	2 (66,6%)	0,131
Percepción estado de salud	Mala o regular	38	29 (76,3%)	9 (23,6%)	0,427
	Buena o muy buena	41	28 (68,2%)	13 (31,7%)	

\*HTA: hipertensión arterial. \*DM: diabetes mellitus. \*EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

En último lugar se relacionó la autopercepción de salud con el género, en este caso se observó que de las mujeres solo el 39,5% percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que en los hombres el porcentaje de quienes perciben su estado de salud como bueno o muy bueno asciende al 60,5%. En este caso el análisis mediante Chi cuadrado obtuvo un valor de  $p=0,05$ .

## Discusión y conclusiones

El objetivo principal del presente trabajo fue relacionar el apoyo social mediante el test de MOS con la adherencia al tratamiento utilizando el test de Morisky-Green, además de relacionar estos test con las demás variables descriptivas de la población.

La adherencia al tratamiento observada en el presente estudio fue del 72,2%, mucho mayor a los datos ofrecidos por la OMS los cuales hablan de un 50% (7), y mayores a otros estudios similares, como el de Núñez Montenegro et al. (17) donde el cumplimiento terapéutico en mayores de 65 años polimedificados se sitúa en el 51,7%. Cabe destacar que la enfermedad crónica más prevalente en esta muestra fue la HTA, presente en el 76,9% de los encuestados, prevalencia ligeramente superior a la de otros estudios consultados (18,20), que oscilaba entre el 73,7% y el 75,9%.

En cuanto a la relación entre el test de MOS y el test de Morisky-Green, en este trabajo se ha encontrado una relación estadísticamente significativa, que muestra que las personas con buen apoyo social presentan mayores porcentajes de adherencia al tratamiento farmacológico. Esto se observa también en estudios como el de Vinaccia et al. (21) que muestra cómo aquellos individuos con una alta percepción de apoyo (sobre todo en esferas como apoyo emocional e interacción social) obtuvieron también una buena adherencia farmacológica, mientras que en el estudio de Núñez Montenegro et al. (17) se concluye que el perfil de incumplidor responde a aquellos individuos que viven solos, algo que no se ha podido confirmar en este trabajo, pues no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del número de personas que convivían en el domicilio.

Es importante reflexionar entonces cómo las enfermeras comunitarias pueden modificar ese apoyo social percibido. Según una revisión sistemática de Mármol-López et al. (22) donde aborda las intervenciones enfermeras con mayor impacto en la cronicidad, aquellas que obtuvieron un mejor resultado teniendo en cuenta la satisfacción percibida de los pacientes fueron; la gestión de casos, la práctica avanzada, los programas de atención domiciliaria y la telemonitorización (22). En esta línea, otra tendencia sería "la formación entre pares de iguales", es decir, intervenciones realizadas por *coaching* entre pares y el programa de "paciente experto", estos también proporcionarían apoyo social y emocional, promoviendo el cumplimiento del tratamiento (23). Aunque hace falta ahondar más en esta relación se puede intuir que es importante desarrollar aquellas

intervenciones que amplían la red de apoyo del paciente, teniendo en cuenta siempre la familia y la comunidad donde se encuentra.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados del test de MOS en función del género, edad u otras variables descriptoras, como el nivel de estudios, la situación laboral o la autopercepción del estado de salud. En estudios como en el de Costa Requena et al. (24) los varones percibieron mayor apoyo que las mujeres, resultado semejante al presentado en el artículo de la adaptación española del cuestionario (13). Respecto a la edad, en dicho estudio tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas, difiriendo esto con la adaptación española del cuestionario, donde a mayor edad peor percepción de apoyo social (24).

En el presente estudio tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del test de Morisky-Green en función del género, ni con el resto de las variables descriptoras. Tiesca-Molina et al. (25), en un estudio donde analizan los determinantes del cumplimiento terapéutico, concluyen que tampoco hay diferencias de género, aunque sí delimitan un perfil de mujer cumplidora en aquellas con nivel escolar bajo y mejor calidad de vida en el componente físico, mientras que los hombres cumplidores presentan también escolaridad baja, buena función física y difieren según la zona en que viven (interior o costa), en ambos géneros los no cumplidores son aquellos que reportaban dos enfermedades crónicas además de la HTA. En cuanto al estudio anteriormente citado de Núñez Montenegro et al. (17), el cumplimiento tampoco estaría relacionado con el género, pero sí se relacionaría positivamente con vivir en zona de interior y vivir acompañado. Moreno Juste et al. (26) en su estudio observacional transversal retrospectivo, sobre una cohorte de 16.208 pacientes mayores de 65 años, sobre adherencia terapéutica, concluyeron que la adherencia aumentaba con el número de enfermedades crónicas, mientras que el sexo, la edad y el número de fármacos no presentaron un efecto consistente.

Es de destacar que los instrumentos utilizados en este trabajo para la evaluación de las dos variables a estudio han sido utilizados en otros trabajos de forma conjunta, como en el estudio de Sandoval et al. (27) donde se analizan los factores psicosociales y la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Lo que muestra el interés por ver esta relación entre apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico.

Con respecto a la autopercepción del estado de salud sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del género. En este caso se podría afirmar que los hombres poseen una mejor autopercepción del estado de salud que las mujeres, lo que coincide con la Encuesta Nacional de Salud (ENS). En esta última los hombres valoran su salud favorablemente (78%) con mayor frecuencia que las mujeres (70%) (28). Esta es una tendencia que se consolida en el tiempo si se observan los datos de la ENS desde 1987, en este apartado los hombres siempre han puntuando mejor que las mujeres. Según un estudio realizado por Azpiazu Garrido et al. (29) donde se estudian los factores asociados a mal estado de salud percibido y donde se encuestan 911 personas mayores de 65 años no institucionalizadas, las variables asociadas son: bajos ingresos económicos, sentimientos de soledad, problemas visuales, estilo de vida sedentario, incapacidad funcional, bajo nivel de estudios, falta de apoyo emocional, falta de apoyo social y sexo femenino. Benavente-Cuesta y Quevedo-Aguado (30) no encontraron diferencias al analizar la autopercepción del estado de salud con el género; sin embargo, al compararlo con el bienestar psicológico los hombres obtuvieron mejores resultados.

El perfil del paciente que acude a la consulta programada de Enfermería de el centro de salud es mujer, con una edad media de 70 años, con estudios primarios, jubilada, que convive con una o dos personas, presenta como patología crónica HTA, es cumplidora y presenta buen apoyo social, aunque una percepción de salud no buena; un perfil similar al descrito en trabajos realizados en otros centros españoles (17,25,26).

Destaca como limitación el pequeño tamaño muestral alcanzado por el poco tiempo del que dispusieron los autores; no haber conseguido llegar al tamaño muestral estimado hace que estos resultados sean difícilmente extrapolables a otra población, y el pequeño tamaño muestral puede hacer que las diferencias obtenidas no sean estadísticamente significativas. Otra limitación del estudio es el posible sesgo de selección, es decir, las medidas fueron tomadas en aquellos pacientes que acudieron a la consulta, por lo cual puede que los más incumplidores se encuentren en el grupo de aquellos que no acuden a consulta.

En cuanto a trabajos futuros sería interesante añadir el estudio no solo del cumplimiento farmacológico sino también de las recomendaciones en cuanto a estilos de vida saludables, que se incluirían en el concepto más amplio de adherencia terapéutica. La consulta de enfermería de Atención Primaria es el lugar adecuado para realizar estas valoraciones, teniendo en cuenta la perspectiva de género y el apoyo social, para reconocer así problemas reales y potenciales.

El apoyo social es uno de los factores que determina la adherencia al tratamiento farmacológico, por lo que es importante seguir investigando qué intervenciones de enfermería comunitaria pueden ampliar la red de apoyo y por tanto aumentar el

apoyo social percibido. Analizar otros factores que influyen en la adherencia y su impacto, además de delimitar el perfil de paciente cumplidor y no cumplidor, permitirá desarrollar mejores estrategias que incidan en el adecuado cumplimiento terapéutico y en el bienestar del paciente.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Financiación

Ninguna.

## Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [internet]. Ginebra: OMS; 2015. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- [2] Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2224–60. Doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- [3] Thoits P. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behav*. 1982; 2:145–59. Doi: <http://doi.org/10.2307/2136511>
- [4] Bowling A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Fam Practice*. 1991; 8(1):68–83. Doi: <http://doi.org/10.1093/fampra/8.1.68>
- [5] Fachado AA, Menéndez Rodríguez M, González Castro L. Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad. Aten. Primaria*. [internet] 2013 [citado 8 may 2020]; 19:118–23. Disponible en: [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol\\_2/Pa-raSaberDe\\_vol19\\_n2\\_3.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/Pa-raSaberDe_vol19_n2_3.pdf)
- [6] Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [internet]. Ginebra: OMS; 2004. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
- [7] Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press. [internet] 1980 [citado 8 may 2020]; 2(6):757–64. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.607.840&rep=rep1&type=pdf>
- [8] Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wagner T, Görtz A. [Costs of type 2 diabetes in Germany. Results of the CODE-2 study.]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2001; 126:585–9. Doi: <http://doi.org/10.1055/s-2001-14102>
- [9] Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wieseler B, Stammer H, Görtz A. Complications, co-morbidity, and blood glucose control in type 2 diabetes mellitus patients in Germany – results from the CODE-2 study. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2002; 110:10–6. Doi: <http://doi.org/10.1055/s-2002-19988>
- [10] Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1991. *Hypertension*. [internet] 1995 [citado 8 may 2020]; 25:305–13. Doi: <http://doi.org/10.1161/01.hyp.25.3.305>
- [11] Rose LE, Kim MT, Dennison CR, Hill MN. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *J Adv Nurs*. 2000; 32:587–94. Doi: <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01538.x>
- [12] Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing. Nueva York: Guilford Press; 1999. Doi: <http://doi.org/10.1002/casp.2450020410>
- [13] Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*. [internet] 2005 [citado 8 may 2020]; 6(1):10–8. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>
- [14] Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24:67–74. Doi: <http://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

- [15] Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria*. [internet] 1992 [citado 8 may 2020]; 10:767-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472599>
- [16] Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MA. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8):413-7. Doi: <http://doi.org/10.1157/13125407>
- [17] Núñez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martín Auriolas E, Torres Verdú B, Moreno CL, González Correa JA. Adherencia al tratamiento en paciente polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2014; 46(5):238-45. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.003>
- [18] Garrido Garrido EM, García Garrido I, García López Durán JC, García Jiménez F, Ortega López I, Bueno Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria. *Rev Calid Asist*. 2011; 26(2):90-6. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.10.002>
- [19] Romero Vigara JC, Llisterri Caro JL, Turégano Yedro M, Cinza Sanjurjo S, Muñoz González L, Silvero YA, et al. Características clínicas y sociosanitarias en mayores de 65 años asistidos en Atención Primaria. *Estudio PYCAF. Semergen*. 2019; 45(6):366-74. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.10.004>
- [20] Veliz Rojasa L, Mendoza Parra S, Barriaga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de Atención Primaria. *Enferm Univ*. 2015; 12(1):3-11. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.003>
- [21] Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Gaviria AM, Chavarria F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes Psicológicos*. [internet] 2016 [citado 8 may 2020]; 8:89-106. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120>
- [22] Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz Hontangas A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. *Revisión Sistemática. Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2018; 92:1-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806032.pdf>
- [23] Pisano González MM, Pisano González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin*. 2014; 24(1):59-66. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- [24] Costa Requena G, Salamero M, Francisco G. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(18):687-91. Doi: <http://doi.org/10.1157/13102357>
- [25] Tuesca Molina R, Guallar Castellón P, Banegas Banegas JR, Graciani Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit*. [internet] 2006 [citado 8 may 2020]; 20(3):220-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300008)
- [26] Moreno Juste A, Gimeno Miguela A, Poblador Plou B, González Rubio F, Aza Pascual Salcedo MM, et al. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española. *Med Clin (Barc)*. 2018; 153(1):1-5. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.023>
- [27] Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez O, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Rev Med Chile*. 2014; 142:1245-52. Doi: <http://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co>
- [28] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2017 [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- [29] Azipiazu Garrido M, Cruz Jentof A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados al mal estado de salud percibido o a la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. [internet] 2002 [citado 8 may 2020]; 76:683-99. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000600005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005)
- [30] Hinojal Benavente Cuesta M, Quevedo Aguado MP. Autopercepción de salud, calidad de vida y bienestar psicológico en una muestra de mayores. *Rev Esp Com Sal*. 2019; 10(1):21-9. Doi: <http://doi.org/10.20318/recs.2019.3993>