





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICO FAMILIAR:

**TITULO**

**"ASOCIACIÓN DE APOYO SOCIAL Y ACTITUD RELIGIOSA CON  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES  
HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47  
DE SAN LUIS POTOSÍ"**

PRESENTA:

**CARMEN VICTORIA MARTINEZ NAVARRO**

ASESOR METODOLÓGICO  
CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD

CO – ASESORES:

ASESOR CLÍNICO  
LORENZO DE JESÚS CEDILLO ORLACHIA  
MEDICO FAMILIAR

ASESOR ESTADÍSTICO  
GUILLERMO PORTILLO SANTOS  
MEDICO EPIDEMIOLOGO

**FEBRERO 2021**



## AUTORIZACIONES

---

DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL.

Jefa de Investigación y Postgrado clínico de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

---

DRA. LORRAINE TERRAZAS RODRÍGUEZ

Coordinador Auxiliar de Educación en Salud, I.M.S.S.

---

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

---

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

---

DR. FLORIBERTO GOMEZ GARDUÑO

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

**FEBRERO 2021**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**TITULO DE TESIS:**

TITULO

"ASOCIACIÓN DE APOYO SOCIAL Y ACTITUD RELIGIOSA CON ADHERENCIA AL  
 TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
 FAMILIAR NO. 47 DE SAN LUIS POTOSI"

No. De Registro: R-2020-24-02-047

**PRESENTA:**

DRA. CARMEN VICTORIA MARTINEZ NAVARRO

<b>ASESORES</b>	<b>FIRMAS</b>
<b>DIRECTOR</b> Dr. Carlos Vicente Rodríguez Pérez Coordinador clínico de educación e investigación en salud	
<b>CO-DIRECTORES</b> Dr. Lorenzo de Jesús Cedillo Orlachia Médico Familiar	
Dr. Guillermo Portillo Santos Medico Epidemiólogo	

<b>SINODALES</b>	<b>FIRMAS</b>
<b>NOMBRE</b> Dr. Armando Isaí Hernández Cervantes	
<b>NOMBRE</b> Dr. José Luis Huerta González	
<b>NOMBRE</b> Dra. Dora María Becerra López	

<b>DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL.</b> Jefa de Investigación y Postgrado clínico de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.	<b>DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ</b> Coordinadora de la Especialidad en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**AUTORES:**

## **DEDICATORIA:**

A mi esposo

Tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo siempre fuiste muy motivador, me decías que lo lograría perfectamente.

A mi hija

Tu afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti. Aun a tu corta edad, me has enseñado y me sigues enseñado muchas cosas de esta vida.

Te agradezco por ayudarme a encontrar en lado dulce y no amargo de la vida. Fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto de tesis

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo, siempre estarás en mi corazón.

## **AGRADECIMIENTOS.**

En todo trabajo de investigación participan numerosos agentes, personas e Instituciones, que gracias a su participación llega a feliz término. Esta, tesis de posgrado, no es una excepción. De ahí, que deseo expresar mis más sincero agradecimiento a quienes directa e indirectamente han participado en su ejecución.

En primer lugar agradezco a mi asesor metodológico de tesis, el Dr. Carlos Vicente Rodríguez Pérez por su gran apoyo y entusiasmo en el desarrollo de este proyecto.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Dr. Lorenzo de Jesús Cedillo Orlachia, por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable.

Al Dr. Guillermo Portillo Santos por sus siempre oportunas e inteligentes observaciones han contribuido de forma significativa a mejorar esta tesis.

Al Instituto mexicano del seguro social por haberme permitido adquirir tantos conocimientos en sus espacios.

A la Dra. Dora María Becerra López, coordinadora de la especialidad de medicina familiar, por sus métodos y planes de estudio, para nuestra formación, nos brindó los conocimientos necesarios para poder desempeñarnos adecuadamente como especialistas en medicina familiar.

A la Universidad Autónoma de San Luis potosí por haberme brindado la oportunidad de formarme en ella.

Por ultimo pero no menos importante quiero agradecer a toda mi familia, por el apoyo incondicional que siempre me han brindado en todos los proyectos y demás metas que me he trazado en la vida. Ellos me han brindado las fuerzas y los medios suficientes para poder desarrollarme intelectual y moralmente, sus consejos siempre oportunos y en el momento indicado.

## RESUMEN

### "ASOCIACIÓN DE APOYO SOCIAL Y ACTITUD RELIGIOSA CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 DE SAN LUIS POTOSÍ"

Martínez Navarro CV<sup>1</sup>, Rodríguez Pérez CV<sup>2</sup>, Cedillo Orlachia L de J<sup>3</sup> Portillo Santos G<sup>4</sup>. Residente de Medicina Familiar<sup>1</sup>, *Coordinador de Educación e Investigación en Salud*<sup>2</sup>, Médico Familiar<sup>3</sup>, Médico Epidemiólogo<sup>4</sup>.

**Antecedentes.** La hipertensión es la enfermedad crónica cardiovascular más común en México, que requiere de una adherencia terapéutica suficiente para mantenerse en control y no progresar a complicaciones. Sin embargo, factores como el apoyo social parecen afectar la adherencia y otros como la actitud religiosa que en México se han evaluado poco, pero ameritan estudio por el perfil de creencias de nuestra población.

**Objetivo general.** Evaluar la asociación de apoyo social y actitud religiosa con adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 47 de San Luis Potosí.

**Metodología.** Se realizó un estudio transversal, analítico, en el que se incluyeron pacientes adultos de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica tratados en UMF No. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí. Se les invitó a participar y tras firmar consentimiento informado, se les solicitó responder el Cuestionario de Actitud Religiosa diseñado por Orozco-Parra y cols. Mediante interrogatorio directo al paciente se obtuvo información sobre la adherencia al tratamiento farmacológico con la prueba de Morisky-Green. Tras la captura de los datos se realizó un análisis inferencial mediante una regresión lineal múltiple y por pasos sucesivos se determinó si de forma individual o en un modelo multivariado la actitud religiosa y el apoyo social explican la adherencia terapéutica, adicionalmente, la correlación de los puntajes se comprobó por medio del método de coeficiente de Pearson. Periodo de estudio: 4 meses tras su aprobación.

**Recursos e infraestructura:** Solo se requirió material de papelería, entrevistar a los pacientes y analizar la información para llevar a cabo el presente estudio.

**Experiencia de grupo:** Los investigadores tienen suficiente experiencia en la valoración, manejo y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial.

**Resultados:** Los valores obtenidos mediante el análisis de correlación del coeficiente de Pearson entre el test de adherencia con el de apoyo social y el de actitud religiosa fueron de 0.409 y 0.410, respectivamente, además se encontró una  $p < 0.05$  para ambos casos. Esto indica que la correlación es positiva media y estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** Se encontró asociación significativa entre el apoyo social, la actitud religiosa y la adherencia al tratamiento antihipertensivo

**Palabras clave.** Hipertensión, adherencia terapéutica, apoyo social, actitud religiosa

## INDICE

	páginas
<b>1. Marco Teórico:</b>	
1.1.    Introducción	2
1.2.    Marco conceptual	6
1.3.    Antecedentes	13
<b>2. Justificación</b>	<b>16</b>
<b>3. Planteamiento del problema</b>	<b>17</b>
<b>4. Objetivo:</b>	<b>18</b>
4.1 Objetivo general.	
4.2 Objetivos específicos.	
<b>5. Hipótesis de trabajo</b>	<b>19</b>
<b>6. Material y métodos</b>	<b>19</b>
6.1    Tipo de estudio	19
6.2    Población, lugar y tiempo de estudio	19
6.3    Tipo de muestra y tamaño de muestra	20
6.3    Criterios de selección:	21
- Inclusión,	21
- Exclusión	21
- Eliminación	21
6.4    Variables a recolectar	22
6.6 Método o procedimiento para captar la información	24
<b>7. Aspectos éticos</b>	<b>26</b>
<b>8. Recursos, financiamiento y factibilidad</b>	<b>27</b>
<b>9. En caso pertinente aspectos de bioseguridad</b>	<b>Na</b>
<b>10. Resultados</b>	<b>28</b>
<b>10.1 Análisis de resultados</b>	
<b>11. Análisis estadístico (Descripción de los resultados)</b>	<b>31</b>
11.1    Tablas (cuadros) y gráficas.	
11.2    Análisis estadístico	
<b>12. Discusión</b>	<b>41</b>
<b>13. Conclusiones</b>	<b>42</b>
<b>14. Sugerencias</b>	<b>42</b>
<b>15. Referencias bibliográficas</b>	<b>43</b>
<b>16. Anexos.</b>	
16.1    Cronograma	50
16.2    Consentimiento informado	51
16.3    Instrumentos de recolección de datos, etc.	52-59

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 INTRODUCCIÓN**

La adherencia terapéutica es un problema mundial de alarmante magnitud, la falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes; sin embargo, en la práctica clínica diaria, seguimos sin reconocer este hecho como la primera causa de fracaso terapéutico, recurriendo con frecuencia a la intensificación de tratamientos o pruebas innecesarias que pueden poner en riesgo al paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado que en los países que se encuentran desarrollados, tienen alrededor del 50% de adherencia a los tratamientos a largo plazo, mientras que, en países subdesarrollados, como es el caso de México tiende a la baja. “En países como China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial (HAS) se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva, en Estados Unidos, solo 51% de los tratados por hipertensión arterial sistémica (HAS) se adhieren al tratamiento prescrito” (OMS,2014) <sup>1</sup>.

Las enfermedades crónicas presentan mayores índices de mal apego al tratamiento entre las principales, se encuentran las de mayor prevalencia como es el caso de la HAS y la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). (Valladares et al ,2019) <sup>2</sup>. la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es una de las principales causas de no obtener los beneficios que los fármacos pueden brindar a los pacientes, con lo que se puede concluir que la adherencia terapéutica en uno de los aspectos más importantes para el manejo y control de las enfermedades crónicas, así como para el retraso de la progresión de las complicaciones asociadas con estas.(Cerdeira et al, 2018)<sup>3</sup>

En los pacientes con HAS que tienen una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, se reporta en la literatura que puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) entre 30 y 43%, y de infarto Agudo al

miocardio (IAM) en un 15%; también se pueden prevenir los altos costos generados al sistema de salud o al menos disminuirlos significativamente (Bryson et al, 2009).<sup>4</sup>

La prevalencia de HAS va en aumento y esto se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con la HAS, como una mala alimentación, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.<sup>5</sup>

Globalmente, todas las enfermedades de tipo cardiovascular representan aproximadamente 17 millones de muertes por año, donde la mayoría se dan en países en vías de desarrollo; entre estas, las complicaciones de la Hipertensión Arterial causan 9.4 millones de muertes por año, donde el 45% son por cardiopatías isquémicas y el 51% por accidente cerebrovascular. Las personas que sufren de HAS han aumentado desde 600 millones en 1980 hasta 1000 millones para el 2008; el 40% de los adultos de 25 años o más tienen diagnóstico confirmado de HAS. La prevalencia más alta se encontró en África con un 46% y después en América con un 35%; mientras que la menor se da en los países desarrollados que en los demás.<sup>6,7</sup>

Alrededor de 30 millones de adultos en México padecen HAS, y de éstos, solo 6 millones son atendidos por el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Se estima que 1 de cada 3 mexicanos, es decir, el 80% de la población o 121 millones de habitantes padece HAS, según datos del IMSS, lo que indica 7 millones de casos nuevos por año y provoca más de 50 mil muertes por año por complicaciones.<sup>8-10</sup>

Según la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2016), “la prevalencia de la HAS es del 25.5%, de los cuales el 40% desconocía que padecía esta enfermedad y el 58.7% la tenía bien controlada; esto indica que en México existe una prevalencia de HAS de las más altas en el mundo. En hombres la prevalencia es del 24.9% y en mujeres del 26.1% y es más elevada en el grupo de 70 años”.<sup>11</sup>

La OMS recomienda que se haga una evaluación precisa del comportamiento de la adherencia a los tratamientos implementados por el médico, para poder llevar a cabo una planificación más efectiva y eficientes en cuanto al manejo de los pacientes, que traerán consigo cambios en los resultados de salud y puedan atribuirse a un mejor régimen. “Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. Indiscutiblemente, no existe “patrón de oro” alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica, y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias” (OMS,2014).<sup>1</sup>

La adherencia terapéutica está determinada por factores que se agrupan en cinco grupos: factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, relacionados con el paciente y con la enfermedad, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.<sup>12</sup>

El apoyo social ha sido abordado como factor relevante en la adherencia al tratamiento, en el impacto en la calidad de vida de los enfermos crónicos, en la vulnerabilidad al estrés, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud enfermedad <sup>13</sup>. puede favorecer la salud través de una serie de mecanismos, como aumentar la adherencia del paciente a las terapias prescritas y sus percepciones de la calidad de vida, disminuir los estados depresivos, facilitar un mejor acceso y utilización de la atención médica, efectos fisiológicos directos sobre el sistema inmune y un papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo.<sup>14</sup>

Es de suma importancia tener el conocimiento de que se cuenta con personas que pueden ofrecer apoyo en momentos clave, ya que se convierten en un elemento facilitador de la salud humana, este apoyo puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, pues anima al paciente a mantener el régimen médico y ejecutar acciones para volver a la vida normal, y ayuda a proporcionarle un contraste entre la buena salud de los otros

y la suya, que contribuya a motivarlo para poner en práctica la recomendación.(Matos et al, 2020) <sup>15</sup>

Por otra parte, se ha identificado que las creencias religiosas es una variable que impacta en la salud y el tratamiento de los pacientes. Sistemáticamente, la espiritualidad y la religiosidad, se han introducido en el campo médico implicando un creciente interés en los posibles beneficios de salud percibidos relacionados con tener un estilo de vida religioso. <sup>16</sup>

Específicamente la religiosidad se relaciona con las normas culturales y sociales y se refiere a un sistema externo de creencias prescrito y pautas de conducta. Generalmente se explica en un contexto de comportamiento donde los rituales y otras relacionadas actividades simbólicas (p. ej., meditaciones, oraciones, ayuno, leer guiones religiosos, asistencia a servicios, etc.) son practicadas por individuos de acuerdo con sus creencias específicas y modos de organización social. Se ha observado que estas actividades fortalecen la fe de las personas y puede ayudarlos con la toma de decisiones relacionadas con la salud. <sup>17</sup>

La creencia religiosa del paciente puede lograr que ante un suceso negativo se tome con más calma dicha situación, así como impacto a nivel psicoemocional que con ello genera un cambio de idea. Aunque no altera la evolución de la enfermedad, puede brindar tranquilidad, seguridad, sentido de propósito, benignidad y gratitud. Puede tener efectos positivos en la salud debido a las normas de conducta establecidas en las asociaciones religiosas, como lo son la privación del tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas, los cuales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas. <sup>18</sup>

La actitud hacia la religión tiene un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad ya que algunas personas viven su vida de manera muy arraigada a una doctrina que le ofrece un valor único, la fe ayuda afrontar con seguridad las circunstancias adversas, ejercidas por el entorno. <sup>19</sup>

El interés de la investigación de las actitudes religiosas estriba nos brinda un conocimiento más amplio de la identidad de la persona, ya que mediante la

identificación de las convicciones religiosas del individuo nos puede ser más fácil tener una noción sobre los pensamientos, sentimientos y conductas que expondrá ante diferentes situaciones.<sup>20, 21</sup>

## 1.2 MARCO CONCEPTUAL:

### 1.2.1 Definición de hipertensión.

Cuando el corazón late, la sangre es bombeada a los vasos sanguíneos para transportarla a todo el cuerpo; la presión arterial es la fuerza que la sangre ejerce contra las paredes arteriales; si la tensión es muy alta, el corazón tiene que realizar más esfuerzo por bombear la sangre. La OMS define la hipertensión arterial sistémica (HAS), como un trastorno cardiovascular progresivo en el que los vasos sanguíneos presentan una tensión constantemente alta, lo que puede dañarlos.<sup>5,22</sup>

Si esta alteración en la presión no es controlada puede tener serias consecuencias como un infarto, hipertrofia cardíaca e insuficiencia cardíaca, lo que está altamente relacionada con anomalías tanto funcionales como estructurales, de tipo cardiovascular que pueden provocar un daño al corazón, los riñones, el cerebro y otros órganos.<sup>23,24</sup>

Actualmente, la HAS se diagnostica cuando se cruza un umbral de presión establecido.

La tabla 1 muestra la clasificación de la HAS según los niveles de presión.<sup>23,25</sup>

<b>Clasificación</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>
<i>Normal</i>	<130 mm Hg	<85mm Hg
<i>PA normal-Alta</i>	130-139 mm Hg	85-89
<i>HTA Grado 1</i>	140-159 mm Hg	90-99 mm Hg
<i>HTA Grado 2</i>	≥160 mm Hg	≥160 mm Hg

### 1.2.2. Definición e importancia de la adherencia al tratamiento en hipertensión

La OMS define la adherencia al tratamiento como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Esto quiere decir que la adherencia no solo es el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sino también las recomendaciones como la asistencia a citas, modificación en la dieta o estilos de vida poco saludable, etc. <sup>27,28</sup>

La adherencia tiene que reconocerse como un comportamiento complejo el cual es el resultado de una conjugación de elementos conductuales, relativos y de voluntad que conducen a la colaboración y al entendimiento del tratamiento por parte del paciente, juntamente con el médico. Los planes de manejo de la HAS tienen el objetivo primordial de conseguir esta adherencia y, para esto se debe enfocar en conocer las vivencias de los pacientes y a distinguir las dificultades que deben afrontar, y comprender los motivos que están relacionados con su comportamiento de adherencia. <sup>29,30</sup>

La conducta hacia la adherencia terapéutica es un indicador fundamental a valorar en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular, tener poco apego al tratamiento implica presentar elevados índices de morbilidad y mortalidad, con consecuencias en el ámbito social, económico, personal y núcleo familiar.<sup>31</sup>

Algunos factores que influyen en la no adherencia son: <sup>32</sup>

- *Socioeconómicos*: bajo nivel educativo y de ingresos del paciente, costo de los medicamentos.
- *Sistemas de Salud y proveedores*: acceso limitado, horarios inapropiados, esperas prolongadas, relación médico paciente insatisfactoria.

- *Dependientes de los pacientes, de sus enfermedades y/o tratamientos:* factores emocionales y cognitivos, polifarmacia, falta de síntomas, efectos secundarios de los medicamentos, enfermedades crónicas, alcoholismo.

### 11.2.3. Test de Morisky/Green para evaluar adherencia al tratamiento

Existen varias herramientas para medir la adherencia terapéutica en cualquier enfermedad. Sin embargo, una de las más utilizadas es el Test de Morisky (o bien, Morisky/Green/Levine).<sup>33, 34,35</sup> Este método está validado para diversas patologías crónicas, y se utiliza para valorar la adherencia al tratamiento, especialmente en pacientes con HAS.<sup>33</sup>

El test consta de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, las cuales manifiestan el actuar del paciente hacia la adhesión al régimen terapéutico, con el propósito de evaluar si el paciente sigue correctamente el tratamiento para su enfermedad y si alguna de las actitudes es errónea se admite que el paciente es incumplidor. Tiene la ventaja de que es muy fácil de realizar por ser corto y sencillo de aplicar. Presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo.<sup>34,35</sup>

Las preguntas del test se realizan entremezcladas en el dialogo y de forma cordial. En la tabla 2 se presentan las preguntas a realizar en el test.

<b>Tabla 2.</b> Test de Morisky-Green-Levine. <sup>34</sup>	
<b>No.</b>	<b>Pregunta</b>
1	¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas de la forma siguiente: no/sí/no/no	

Hay otra versión, en donde se cambia el ítem número 2 para que la respuesta correcta sea “no” en todos los ítems (¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?), y de esta manera se logra que para considerarse adherente al tratamiento se conteste a las 4 cuestiones de la misma manera: no/no/no/no.

35

Existe también una escala de Morisky<sup>33, 34,35</sup> de 8 ítems en la cual se aumenta el número de preguntas.<sup>36</sup>

Se ha demostrado que con el test de Morisky existe un elevado potencial predictivo positivo del autoinforme en el apego con capacidad para predecir el control de la presión arterial. Se ha informado que la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo son de: 86%, 56%, 60% y 84%, respectivamente, para la adherencia al tratamiento de HAS.<sup>29,37</sup>

#### **1.2.4. Definición de apoyo social e instrumentos de medición**

El apoyo social ha sido definido de distintas maneras se considera un concepto complejo el cual abarca los aspectos estructurales como funcionales, reales y cognitivos, y distintos niveles de análisis. En general “apoyo social” se refiere al percepción de ser estimado y considerado por otras personas y de formar parte de una red social. Se ha expuesto que el apoyo social influye en diferentes niveles de los procesos de salud y enfermedad; por mencionar algunos, la manera de hacer frente a las situaciones estresantes, en la evolución de la enfermedad, la recuperación de eventos quirúrgicos y el inicio y perseverancia de los cambios favorables de conducta precisos para prevenir enfermedades o complicaciones. Por lo anterior se ha llegado a conocer que el tener un nivel de apoyo social influye como un factor de riesgo en la morbimortalidad, también en conductas de riesgo como el tabaquismo, la escasa actividad física, en enfermedades como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad.

38,39

Las redes sociales de una persona corresponden a los contactos interpersonales, responsables de mantener su identidad social. También dan forma a las relaciones sociales y se clasifican en redes primarias (familia, parentesco, amistad, vecindad y vínculos laborales), y en redes secundarias (formales, formados por vínculos con instituciones y organizaciones, e informales, creados por el vínculo entre las personas para responder a una necesidad inmediata).<sup>40</sup>

El apoyo social cumple muchas funciones diferentes:<sup>41</sup>

- *Función emocional:* relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad.
- *Función informativa:* involucra recibir consejo y orientación.
- *Función instrumental:* la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos.

Existen muchos instrumentos para evaluar el apoyo social como:<sup>42</sup>

- The Social Support Questionnaire (SSQ)
- Versión corta - The Social Support Questionnaire (SSQ)
- Versión corta - The Social Support Questionnaire incluyendo el número de personas (SSQ-N) y la satisfacción con el apoyo (SSQ-S)
- Duke Social Support Index
- Perceived Social Support from Friends and Family Scale
- Medical Outcome Study (MOS)
- MOS Social Support Survey (MOS-SSS)
- Positive and Negative Social Exchanges Scale
- Personal Resource Questionnaire (PRQ)
- Modified Perceived Social Support from Family Scale
- Social Support List-Interactions

Se creyó conveniente el uso del instrumento de apoyo social realizado por Sherbourne y Stewart (1991), denominado “Cuestionario MOS de Apoyo Social (The MOS Social Support Survey)” el cual tiene una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, ya que es un

instrumento que se ha empleado vario tiempo atrás, para la valoración del apoyo social en enfermos crónicos y ha mostrado buenas propiedades psicométricas. Además que ha sido sujeto a diferentes adaptaciones internacionales.

Revilla, Luna y Bailón (2005) realizaron una validación de la versión original, a población española, se aplicó en individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial y concluyen que el “cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso permite descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.” Revilla, Luna y Bailón (2005)

El instrumento se distingue por ser corto, sencillo de comprender y auto aplicado: ayuda a investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: ayuda material o instrumental, apoyo emocional, apoyo afectivo, relaciones de ocio y distracción.

El cuestionario contiene 20 preguntas, el primer factor abarca el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el individuo, mide el tamaño de la red social; los siguientes están estructurados con una escala de Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre); conforman cuatro factores los cuales son:

- Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6, 10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.<sup>43-47</sup>

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

Existe una versión con solo dos dominios o factores, llamados Apoyo emocional/informativo y Tangible, que fue validado en México en pacientes con VIH, por Martínez-Basurto y cols.<sup>48</sup>

#### **1.2.5. Definición de actitud religiosa y su medición con el cuestionario de Orozco-Parra y cols.**

Según la American Psychological Association, (2010) la religión es definida como el “sistema de creencias, practicas espirituales, o ambas, organizadas en torno a la adoración de una deidad o deidades todopoderosas y que incluye comportamientos como plegarias, meditación y participación en rituales públicos.”

Por lo tanto, la actitud religiosa se refiere al grado en que una persona participa y realiza las actividades, creencias y prácticas de una religión en particular; y existen varios instrumentos para medir el grado en que un individuo adopta una vida religiosa.<sup>49</sup>

La Escala de Actitud Religiosa realizada por Orozco-Parra y cols. Está compuesta de 19 preguntas, realizada para que fuera comprendida por la mayoría de los participantes que se identificaran con alguna religión teísta. Las preguntas se evalúan en una escala Likert que iban desde totalmente de acuerdo (5) a totalmente en desacuerdo (1) y 8 reactivos están invertidos.<sup>50</sup>

Se utilizó una muestra no probabilística compuesta por 1982 personas, de las cuales la mayoría fueron mujeres (56.7%), y una media de edad de 29 años. La escala final quedó compuesta por 17 reactivos tipo Likert, con un  $\alpha$  de Cronbach de .94 y la varianza explicada con una dimensión fue del 55.9%.

Los resultados presentados nos muestran que la “Escala de Actitud Religiosa” tiene características psicométricas adecuadas.<sup>50</sup>

### 1.3 ANTECEDENTES

Algunos estudios han evaluado la asociación de apoyo social con adherencia al tratamiento, pero hay pocos estudios que hayan evaluado el factor religioso con adherencia terapéutica. A continuación, se presentan los estudios previos que se han realizado sobre de apoyo social y la actitud religiosa con adherencia al tratamiento, los cuales servirán para hacer eventualmente el planteamiento del problema a abordar en el presente estudio.

Ernieda Hatah y cols realizaron un estudio sobre la influencia de las orientaciones culturales y religiosas en el apoyo social y su impacto potencial en la adherencia a la medicación, (Malasia 2015). Incluyeron 300 pacientes y reportan que la orientación cultural grupal, la actividad religiosa organizacional, la actividad religiosa no organizacional y la religiosidad intrínseca demostraron asociaciones significativas con el apoyo social percibido de los pacientes ( $r = 0.181$ ,  $P = 0.003$ ;  $r = 0.230$ ,  $P, 0.001$ ;  $r = 0.135$ ,  $P = 0.019$ ;  $yr = 0.156$ ,  $P = 0.007$ , respectivamente). En el modelo de adherencia a la medicación, solo se encontró que la edad, la duración del tratamiento, la actividad religiosa organizacional y el tipo de enfermedad influyen significativamente en la adherencia. (odds ratio ajustado [OR] 1.05,  $P = 0.002$ ; OR 0.99,  $P = 0.025$ ; OR 1.19,  $P = 0.038$ ; y OR 9.08,  $P, 0.05$ , respectivamente).<sup>51</sup>

Mohsen Saffari, y cols. Sevilla España, (2019) estudiaron el “apoyo social” y las “estrategias de afrontamiento espiritual” en la adherencia a los medicamentos y la calidad de vida entre los ancianos con diabetes tipo 2 se incluyeron 793 adultos > 65 años, de los cuales el 45% fueron mujeres. El afrontamiento religioso y el apoyo social fueron reconocidos como los mediadores significativos entre la religiosidad y la adherencia a la medicación (CFI = 0.983, TLI = 0.985 y RMSEA = 0.021). Las relaciones entre religiosidad y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) estuvieron mediadas considerablemente por el apoyo social, el afrontamiento religioso y la adherencia a la medicación y estas variables explicaron el 12% y el 33% de las variaciones de la CVRS genérica y específica, respectivamente. No hubo un

efecto directo significativo de la religiosidad en la CVRS. La HbA1c y el nivel de glucosa en sangre en ayunas se cargaron con éxito en la construcción latente de adherencia a la medicación (AF= 0,51 y 0,44, respectivamente).<sup>52</sup>

Joanico-Morales y cols, (Guerrero, México 2014) estudiaron la "influencia de las redes sociales y los factores asociados al control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. " Realizaron un estudio transversal analítico en una muestra de 291 personas con diabetes mellitus tipo 2, por método no probabilístico. Se utilizó, el "cuestionario MOS de apoyo social", y se revisaron expedientes clínicos. Resultados: "El 53% de los diabéticos tienen un control glucémico adecuado; solo el 7% cumple con criterios para control metabólico adecuado. En el multianálisis se encontró asociación entre control de la glucosa, padecer dislipidemia, ser menor de 70 años y tener un diagnóstico de más de 15 años como factores de riesgo. La red social de apoyo principal fue la familia. Existe alta prevalencia de inadecuado control metabólico y glucémico; los factores asociados son edad, dislipidemia y tiempo de diagnóstico." Joanico-Morales (Guerrero, México 2014)<sup>53</sup>

Luna Breceda y cols (Jalisco, México 2016) estudiaron el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión, con una muestra de 348 pacientes bajo tratamiento farmacológico dentro de la metodología, se utilizó el cuestionario MGL (MoriskyGreen-Levine) para la determinación de adherencia terapéutica, demostró que el 52.01% tenía una adherencia terapéutica y que el 47.99% de los pacientes no tenía adherencia terapéutica.<sup>30</sup>

Marín-Reyes y cols (Durango, México 2001) estudiaron la "Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial", en un estudio de casos con una muestra de 80 pacientes con diagnóstico establecido de hipertensión arterial. Se consideró como casos a los pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego al tratamiento. Las diferencias se establecieron con las pruebas chi cuadrada y t de student. Se calculó la razón de momios para estimar la fuerza de asociación. Resultados. Tenían control de la presión arterial 31 (77.5%) pacientes con apego y 11 (27.5%) sin apego,  $p= 0.003$ . El apoyo

familiar se asoció de manera independiente con apego al tratamiento, RM 6.9, IC 95% 2.3-21.1. Llegan a la conclusión que el apego al régimen terapéutico se asocia de forma significativa con el apoyo que los familiares brindan al paciente.

54

## **2. JUSTIFICACIÓN:**

En México, en el 2018, la prevalencia de HAS fue aproximadamente del 30% en la población de adultos de 20 años de edad o más, lo que se traduce en más de 15.2 millones de pobladores, de estos 7.48 millones de pacientes son atendidos en el IMSS. La HAS contribuye significativamente a la mortalidad de origen cardiovascular que causan el 9.4 millones de muertes anuales y van en aumento.

Conocer los factores que contribuyen a la adherencia terapéutica y por lo tanto podrían afectar la evolución de la enfermedad es importante. Se estima que hasta la mitad de los pacientes hipertensos no tiene una adherencia terapéutica, lo cual representa un serio problema.

En el presente estudio se pretende evaluar si asocian el apoyo social que tienen los pacientes con hipertensión y su actitud religiosa, tienen alguna influencia en la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico. En caso de encontrarse asociados estos aspectos, valdría la pena evaluar tanto el apoyo social como la actitud religiosa de forma rutinaria en los pacientes hipertensos que acuden a consulta de medicina familiar; así mismo, se podrá promover el apoyo social y la actitud religiosa como una herramienta para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico.

Será factible llevar a cabo el presente proyecto porque, no se requieren de recursos adicionales a los ya destinados a la atención de los pacientes, sólo se requerirá material de papelería y que los pacientes respondan 2 cuestionarios fáciles y sencillos. Además, se tiene la capacidad técnica para realizarlo y volumen suficiente de pacientes para llevarlo a cabo.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La hipertensión arterial sistémica es la enfermedad del aparato cardiovascular más común en adultos mexicanos, afectando a un importante número de mexicanos<sup>9</sup>. De acuerdo a experiencias en Unidades de Medicina Familiar del país, han encontrado que alrededor del 50% de los pacientes no tienen una adherencia terapéutica apropiada<sup>30</sup>. Así mismo, dado que la adherencia afecta el control hipertensivo y el control hipertensivo es fundamental para prevenir las complicaciones de la enfermedad, es de suma importancia conocer todos los factores asociados a la adherencia terapéutica, para eventualmente modificarlos y facilitar una mayor adherencia de los pacientes<sup>55</sup>.

Algunos estudios previos han encontrado que, el apoyo social y la actitud religiosa se asocian a la adherencia terapéutica y que las redes sociales repercuten en la funcionalidad física mental y social.<sup>51-54</sup>

Cada vez las creencias religiosas son un pilar de la vida de los pacientes en México y en San Luis Potosí, de hecho, en el estado de San Luis Potosí, existen 269 asociaciones religiosas, a la cual asiste el 97.8 % de la población. Por lo tanto, es de interés del presente estudio evaluar la asociación de apoyo social y actitud religiosa con adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la UMF No. 47 de San Luis Potosí, y se plantea la siguiente:

#### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la asociación de apoyo social y actitud religiosa con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la UMF No. 47 de San Luis Potosí?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Evaluar la asociación de apoyo social y actitud religiosa con adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la UMF No. 47 de San Luis Potosí.

### **4.2 Objetivos específicos**

1. Determinar la frecuencia de adherencia terapéutica en los participantes.
2. Identificar el apoyo social por medio del Cuestionario MOS.
3. Identificar la actitud religiosa por medio del Cuestionario de Actitud Religiosa.
4. Comparar el puntaje de apoyo social y actitud religiosa entre pacientes con y sin adherencia terapéutica.

## **5. HIPÓTESIS DE TRABAJO:**

De trabajo (H1)

Se asocia significativamente el apoyo social y la actitud religiosa con la adherencia terapéutica al tratamiento en pacientes hipertensos de la UMF No. 47 de San Luis Potosí.

Nula (H0)

No se asocian significativamente el apoyo social y la actitud religiosa con la adherencia terapéutica al tratamiento en pacientes hipertensos de la UMF No. 47 de San Luis Potosí.

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **6.1 Diseño de la investigación**

Estudio Transversal, Analítico.

### **6.2 Universo de estudio**

Pacientes adultos de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

### **Sede del estudio**

Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 47 de San Luis Potosí.

### **Periodo del estudio**

Mayo–septiembre 2020.

### **6.3 Muestreo**

Muestreo intencional, no probabilístico.

### **6.4 Tamaño de la muestra**

El tamaño de muestra ( $n$ ) se calculó mediante la ecuación 1x:

$$n = \frac{(N)(x)}{((N-1)E^2 + x)} \quad E \diamond$$

donde  $N$  es el tamaño de la población y  $E$  es el margen de error asociado con la probabilidad de rechazar una hipótesis nula verdadera. Por otro lado,  $x$  una variable obtenida mediante la ecuación 2x:<sup>56</sup>

$$x = (Z) \left[ \frac{c}{100} \right]^2 (q)(100 - q) \quad E \diamond$$

donde  $r$  es la variabilidad positiva de interés relacionada con la probabilidad de aceptar o rechazar la hipótesis de investigación; mientras que  $z$  es el valor crítico asociado a una distribución normal y con un nivel de confianza ( $c$ ) dado.<sup>57</sup>

Cuadro 1x. Valores de las variables utilizadas para estimar el tamaño de muestra.

Variable	Unidad	Valor
Tamaño de la población ( $N$ )	Pacientes hipertensos*	20,004
Margen de error ( $E$ )	%	5
Nivel de confianza ( $c$ )	%	95
Variabilidad positiva ( $q$ )	%	50

\* Todos los pacientes hipertensos considerados en esta investigación pertenecían a la Unidad de Medicina Familiar N° 47 del I.M.S.S.-S.L.P.

El Cuadro 1x presenta los datos utilizados para el cálculo del tamaño de muestra de la presente investigación. El tamaño de muestra  $n$  se estimó en 377 unidades para un nivel de confianza del 95%.

## 6.5 Criterios de selección

### *Criterios de inclusión*

- Pacientes mayores de 18 años.
- De ambos sexos.
- Con diagnóstico de hipertensión.
- Que acudan atención médica por hipertensión a la Unidad de Medicina Familiar No. 47 de San Luis Potosí.
- Que acepten su participación mediante firma de carta de consentimiento informado.

### *Criterios de no inclusión*

- Pacientes con EVC reciente, o en estado delicado, enfermedad renal terminal o deterioro cognitivo.

### *Criterios de eliminación*

- Participantes que, sin importar los motivos que expresen, retiren su participación del estudio.
- Pacientes con cuestionarios incompletos o ilegibles.

## 6.4 Variables a recolectar

Clasificación de variables:

### Variable independiente

- Apoyo social (mediante los puntajes obtenidos en los dominios apoyo tangible, apoyo emocional informativo y el puntaje total del instrumento MOS)
- Actitud religiosa (mediante el puntaje total obtenido en el instrumento de actitud religiosa)

Variable dependiente:

- Adherencia terapéutica (mediante el puntaje obtenido en el Test de Morisky-Green-Levine.)

### **Definición y operacionalización de las variables de estudio**

A continuación, se definen y operacionalizan las variables de estudio.

<b>Variables a recolectar</b>	
Tipo	Independiente
Nombre de la variable	Puntaje de apoyo emocional informativo
Definición conceptual	Caracterizado tanto por el apoyo emocional como por la orientación o consejo
<i>Definición operacional</i>	Puntuación obtenida al contestar el Cuestionario de Apoyo Social MOS en el dominio apoyo emocional informativo. Que evalúa que tanto apoyo emocional e informativo percibe el paciente de quienes le rodean.
<i>Categorización</i>	Cuantitativa discreta
<i>Escala</i>	Ordinal.

<b>Variables a recolectar</b>	
Tipo	Independiente
Nombre de la variable	Puntaje de apoyo tangible
Definición conceptual	Caracterizado por ayuda o asistencia material.
<i>Definición operacional</i>	Puntuación obtenida al contestar el Cuestionario de Apoyo Social MOS en el dominio apoyo tangible (Anexo 4). Que evalúa cuán tangible el paciente percibe el apoyo que recibe de los que le rodean.
<i>Categorización</i>	Cuantitativa discreta
<i>Escala</i>	Ordinal.

<b>Variables a recolectar</b>	
Tipo	Independiente
Nombre de la variable	Puntaje total de apoyo social
Definición conceptual	El apoyo social es la percepción que tiene el paciente del apoyo social recibido por las personas con las que convive.

<i>Definición operacional</i>	Puntaje total obtenido al contestar el Cuestionario de Apoyo Social MOS (Anexo 4).
<i>Categorización</i>	Cuantitativa discreta
<i>Escala</i>	Ordinal.

<b>Variables a recolectar</b>	
Tipo	Independiente
Nombre de la variable	Puntaje de actitudes religiosas
Definición conceptual	La actitud religiosa es la "tendencia a actuar de manera consistente en relación con un objeto o situación religiosa, asumiendo una determinada disposición mental frente a la religión."(Anexo 3).
<i>Definición operacional</i>	Puntuación obtenida al contestar el paciente Cuestionario de Actitudes Religiosas.
<i>Categorización</i>	Cuantitativa discreta
<i>Escala</i>	Ordinal

<b>Variables a recolectar</b>	
Tipo	Dependiente
Nombre de la variable	Adherencia terapéutica
Definición conceptual	Grado de cumplimiento de la ingesta del medicamento prescrito al paciente de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia en la ingesta a lo largo del tiempo.
<i>Definición operacional</i>	El paciente se considerará cumplidor si responde de forma correcta las 4 preguntas del cuestionario (no/si/no/no) de Morisky Green.
<i>Categorización</i>	Cualitativa nominal
<i>Escala</i>	Nominal.

## 6.6 PROCEDIMIENTO

1. Se invitó a participar a pacientes adultos mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica tratados en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 47 de San Luis Potosí, que cumplan con los criterios de selección.
2. Los que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado se incluyeron en el estudio.
3. Una vez que aceptaron participar en el estudio, se les solicitó a que contestaran el "Cuestionario de Actitud Religiosa diseñado por Orozco-Parra". A mayor puntaje hay una actitud más favorable hacia la religión. Este cuestionario tiene un  $\alpha$  de Cronbach de 0.94.
4. También se les solicitó a los participantes contestar el "cuestionario de apoyo social MOS"
5. Para la evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico, se realizó un interrogatorio muy breve preguntando en distinto orden el test de Morisky-Green-Levine.
6. Finalmente, se utilizó el paquete estadístico SPSS para el procesamiento de los datos, en el cual se realizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial.
7. Para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar.
8. El análisis inferencial se realizó mediante una regresión lineal múltiple y por pasos sucesivos se determinó si de forma individual o en un modelo multivariado la actitud religiosa y el apoyo social explican la adherencia

terapéutica. Adicionalmente, la correlación de los puntajes se comprobó por medio del método de coeficiente de Pearson.

9. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Se utilizarán tablas y gráficos para presentar la información.

## 7. ASPECTOS ÉTICOS:

Este trabajo de investigación se llevará a cabo de acuerdo con el marco jurídico de la Ley General en Salud que clasifica la investigación como **con riesgo mínimo**, dado que se trata de un estudio observacional, sin intervención.

También, el estudio se apegó a los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki (1964) y ratificados en Río de Janeiro (2014).

El protocolo fue sometido a evaluación y aprobación al Comité Local de Bioética e Investigación para su aprobación.

Se hizo uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de los mismos. Se requerirá de firma de carta de consentimiento informado por parte del paciente, para poder participar en el estudio.

## 8. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

### *Recursos materiales*

Recurso	Costos
Computadora	Propia del investigador
Impresora	Propia del investigador
Hojas	\$100.00
Copias	\$30.00
Transporte	\$300.00
Lápices y plumas	\$50.00
Borradores	\$40.00
carpetas.	\$30.00
Total	\$550.00

### Recursos humanos

Dra. Carmen Victoria Martínez Navarro. Investigador Asociado, Residente de Medicina Familiar y Tesista.

Dr. Carlos Vicente Rodriguez. Investigador principal y asesor de Tesis.

Dr. Lorenzo de Jesús Cedillo Orlachia. Investigador asociado y asesor de tesis.

Dr. Guillermo Portillo Santos. Investigador asociado y asesor de tesis.

### Recursos financieros

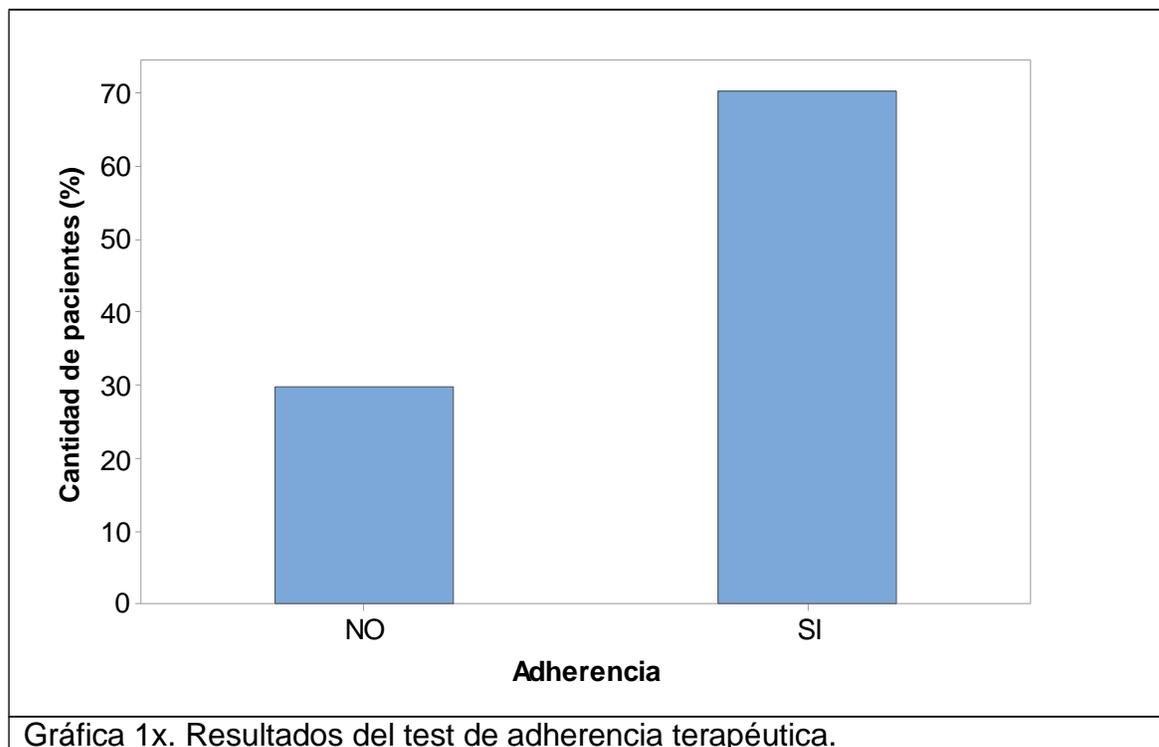
Los materiales necesarios seran proporcionados, por los investigadores y no se requiere inversión financiera adicional por parte de la institución.

### Factibilidad

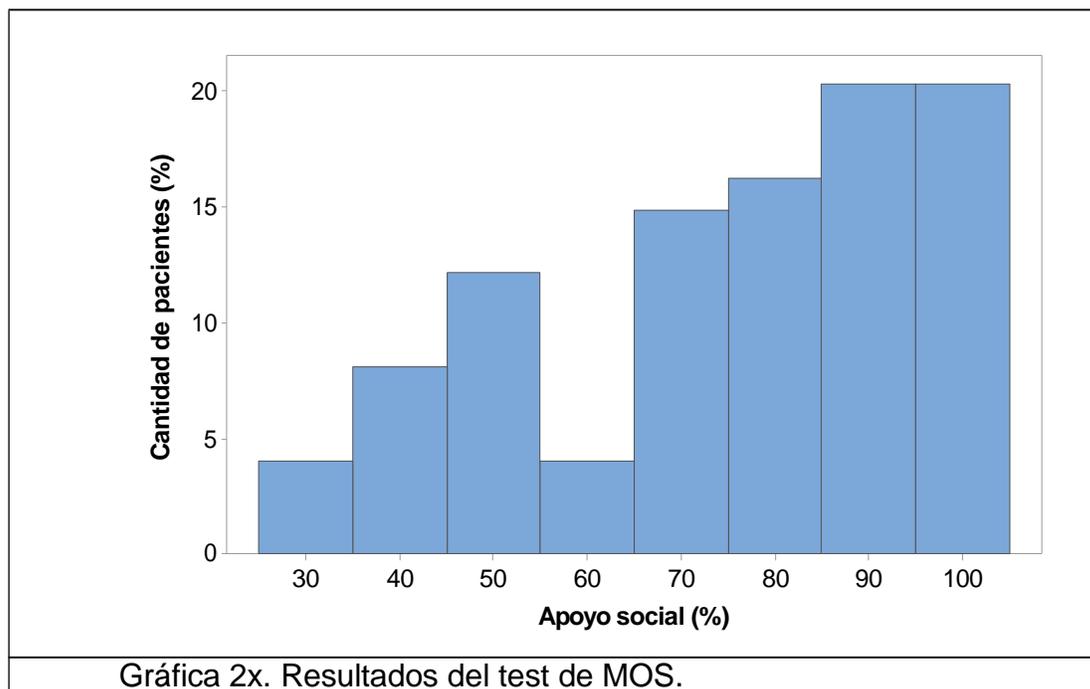
Este estudio se puede llevar a cabo porque se tiene el acceso a pacientes en volumen suficiente, se requiere de inversión mínima, y se tiene la capacidad técnica para llevarlo a cabo.

## 9. RESULTADOS

La Gráfica 1x muestra los resultados del “Test de Morisky-Green-Levine”, para evaluar adherencia al tratamiento. La gráfica muestra que el 70.3% de los pacientes presentaron adherencia al tratamiento.



La Gráfica 2x presenta el histograma de los resultados para el test de MOS (apoyo social). La media  $\pm$  DE para los resultados fue de  $73.5 \pm 19.9\%$ . Lo que quiere decir que se encuentra un apoyo social percibido medio.



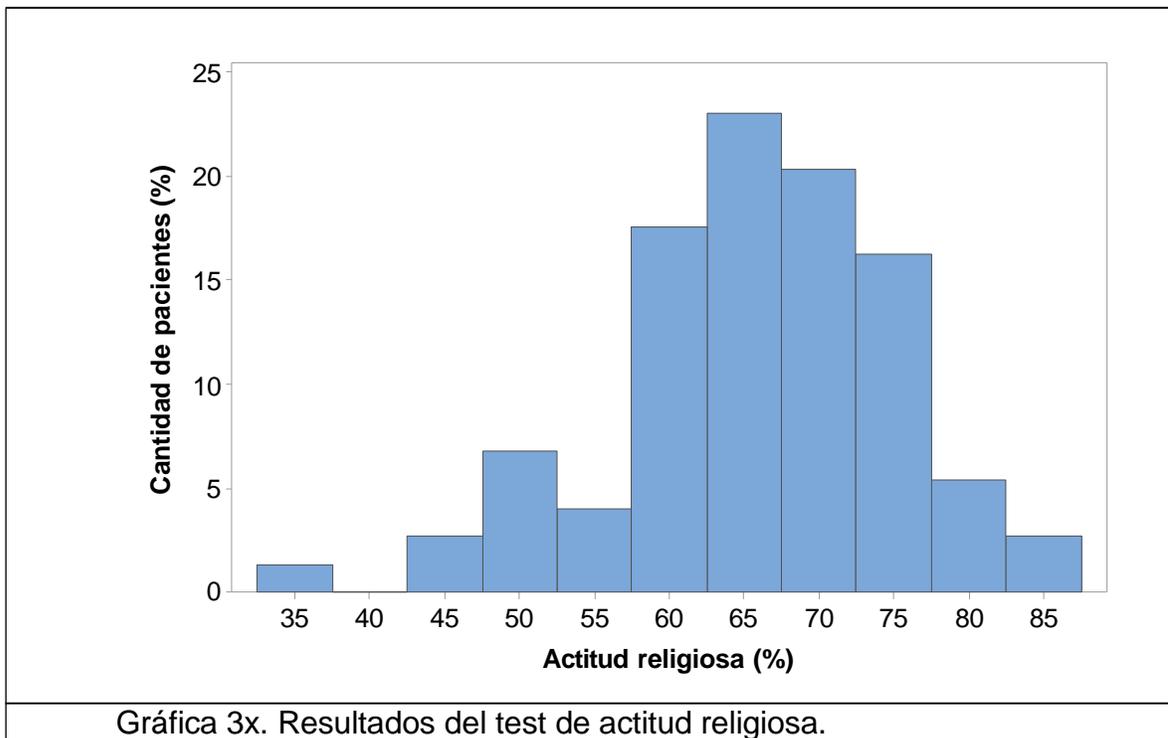
El Cuadro 1x muestra los resultados para el test de MOS seccionado en las cuatro variables que evalúa. La media  $\pm$  DE para los resultados del test de MOS al seccionarlo en las variables de ayuda material, apoyo emocional, apoyo afectivo y relaciones de ocio fueron de  $16.9 \pm 3.4\%$ ,  $29.9 \pm 9.3\%$ ,  $11.7 \pm 3.2\%$  y  $14.9 \pm 4.9\%$ , respectivamente. Puede observarse que el tipo de apoyo que más puntuó fue el apoyo emocional.

Variable	Media (%)	Desviación estándar (%)
Ayuda material o instrumental	16.9	3.4
Apoyo emocional	29.9	9.3
Apoyo afectivo referido	11.7	3.2

expresiones de amor y cariño		
Relaciones de ocio y distracción	14.9	4.9

Cuadro 1x. Resultados del test de MOS seccionado por variables.

La Gráfica 3x presenta el histograma de los resultados para el test de actitud religiosa. La media  $\pm$  DE para los resultados fue de  $65.8 \pm 9.5\%$ . Entre más puntaje es una actitud más favorable.



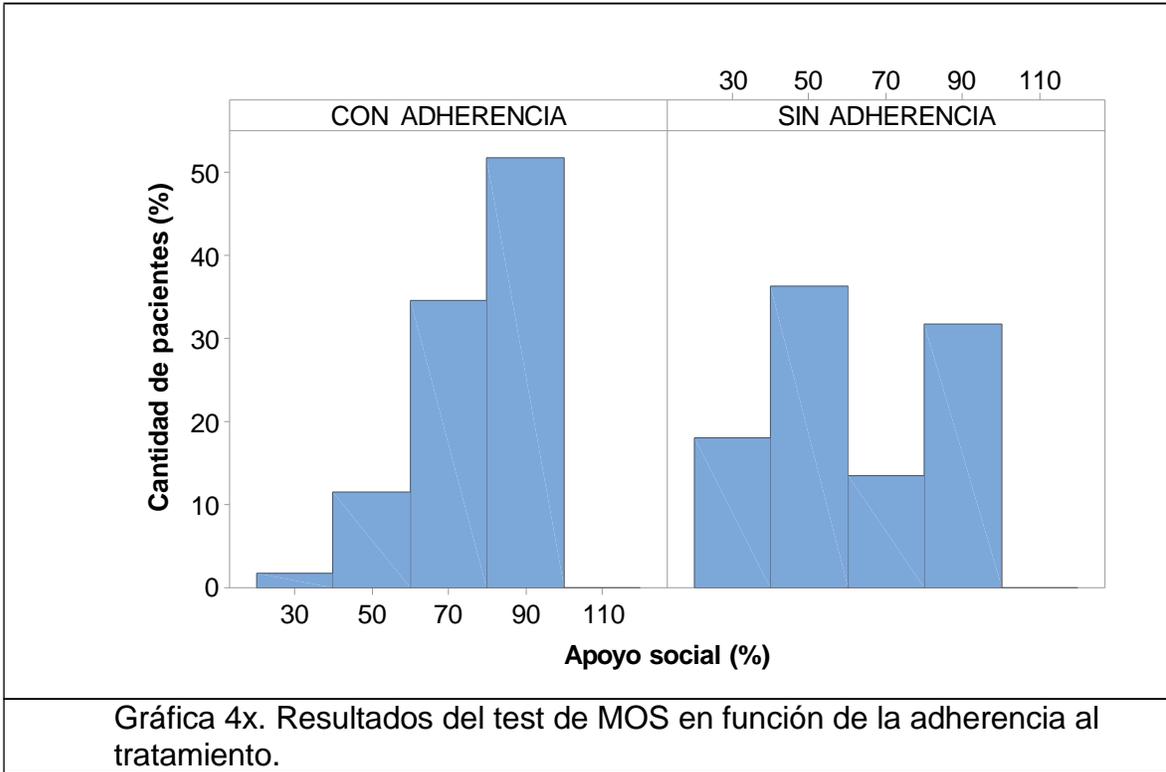
## 10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El Cuadro 2x presenta los valores obtenidos mediante el análisis de correlación del coeficiente de Pearson para las combinaciones entre el test de adherencia terapéutica, el test de MOS y el de actitud religiosa. Los resultados de los coeficientes de Pearson (r) entre el test de adherencia con el de apoyo social y el de actitud religiosa fueron de 0.409 y 0.410, respectivamente, además se encontró una  $p < 0.05$  para ambos casos. Esto indica que la correlación es positiva media y estadísticamente significativa. Adicionalmente, se obtuvo un  $r = 0.544$  ( $p < 0.05$ ) para la correlación entre el test de MOS y el de actitud religiosa. Nuevamente, esto representa que tal correlación es positiva media y estadísticamente significativa.<sup>58</sup>

		Adherencia	Apoyo social
Apoyo social	r	0.409	-
	p	<0.001	-
Actitud religiosa	r	0.410	0.544
	p	<0.001	<0.001

Cuadro 2x. Resultados para el análisis de correlación mediante el coeficiente de Pearson.

La Gráfica 4x presenta los histogramas del test de MOS en función de la adherencia al tratamiento. La grafica muestra la diferencia en el comportamiento de los datos para ambos histogramas. Mientras que el apoyo social presenta una media  $\pm$  DE de  $78.7 \pm 16.1\%$  cuando existe adherencia al tratamiento, este efecto disminuye hasta un  $61.0 \pm 22.8\%$  al no existir adherencia.



La ecuación de regresión lineal para calcular la adherencia en función de los resultados para el test de MOS es:

$$\text{ADHERENCIA} = 0.87 + 0.9447(M) \quad \text{Ec. (1x)}$$

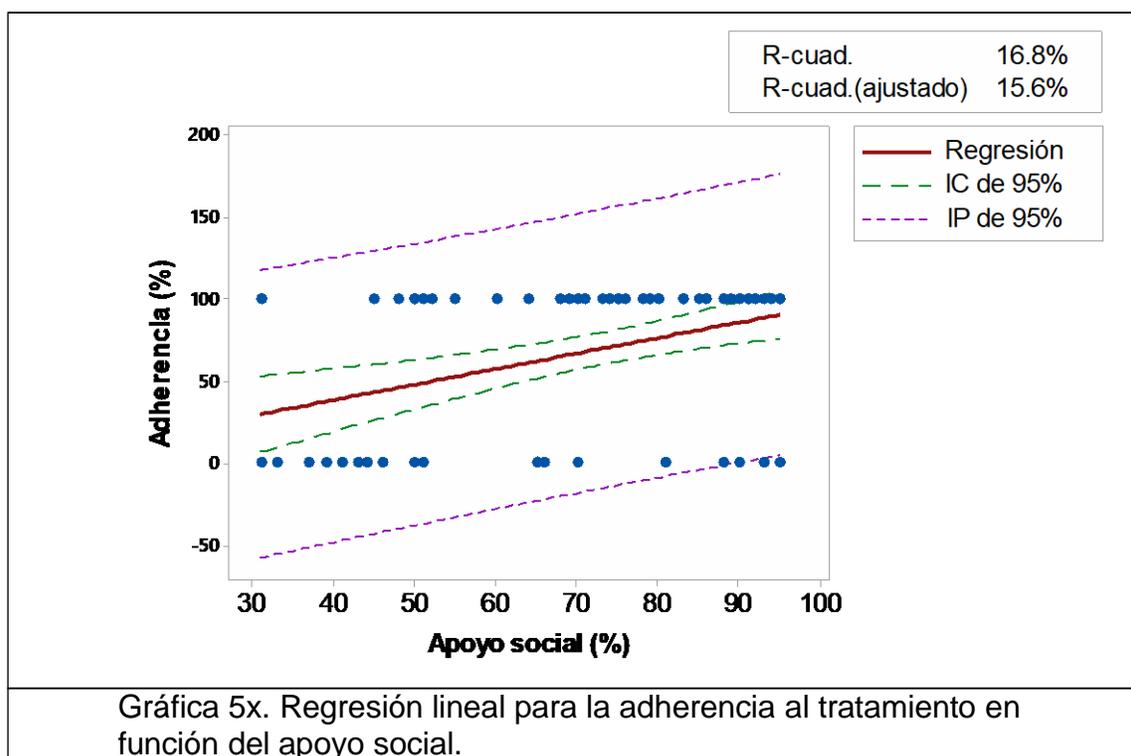
donde M es el puntaje obtenido por el test de MOS en porcentaje (%). Este modelo tiene un coeficiente de determinación (R-cuad. o  $R^2$ ) con un valor de 16.75%.

El Cuadro 3x presenta el análisis de varianza para la regresión lineal entre el test de adherencia y el de MOS. Los resultados muestran una  $p < 0.05$ , lo cual confirma que el modelo de regresión es estadísticamente significativo para un  $r = 0.409$ .

Fuente de variación	GL	SC	MC	Valor F	p
Regresión	1	25896	25895.9	14.49	<0.001
Error	72	128699	1787.5		
Total	73	154595			

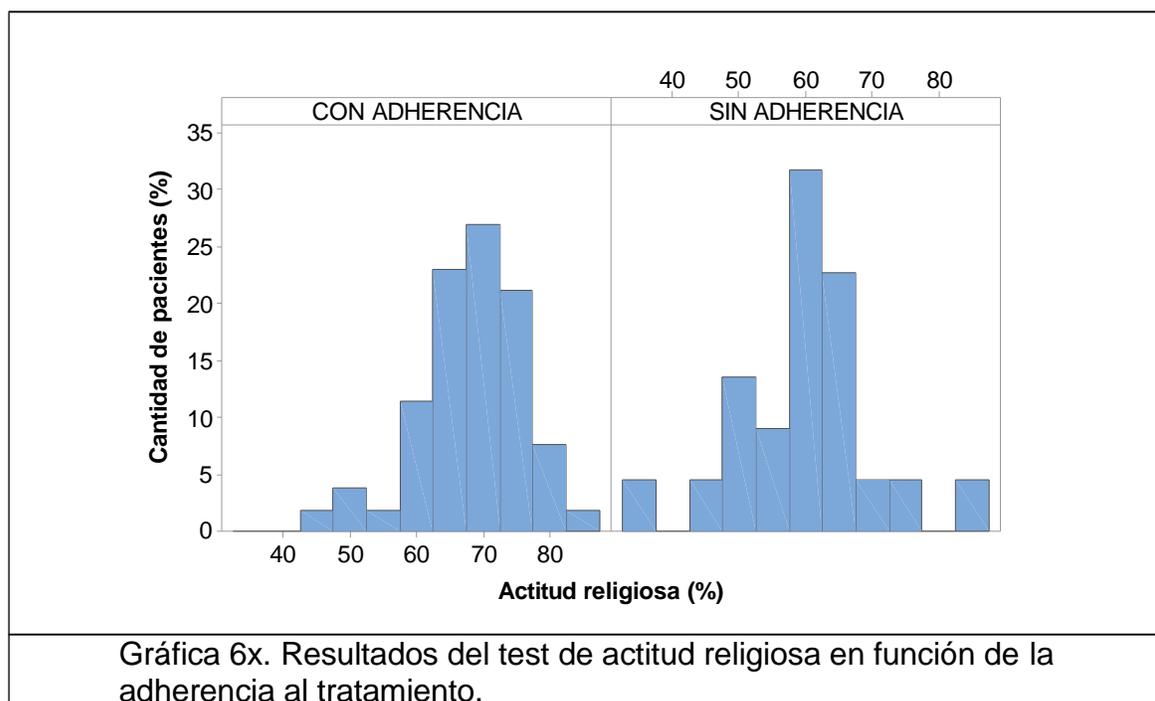
Cuadro 3x. Análisis de varianza para la regresión lineal entre el test de adherencia y el test de MOS.

GL= Grados de libertad; SC= Suma de cuadrados; MC= Medias cuadráticas.



La Gráfica 5 x muestra la regresión lineal de adherencia vs. MOS

La Gráfica 6x presenta los histogramas del test de actitud religiosa en función de la adherencia al tratamiento. La grafica muestra una diferencia menor en el comportamiento de los datos para ambos histogramas con respecto al test de MOS. Mientras que actitud religiosa presenta una media  $\pm$  DE de  $68.4 \pm 8.1\%$  cuando existe adherencia al tratamiento, este resultado solo disminuye hasta un  $59.9 \pm 10.3\%$  al no existir adherencia.



La ecuación de regresión lineal para calcular la adherencia en función de los resultados para el test de actitud religiosa es:

$$\text{ADHERENCIA} = - 59.93 + 1.978(R) \quad \text{Ec. (2)}$$

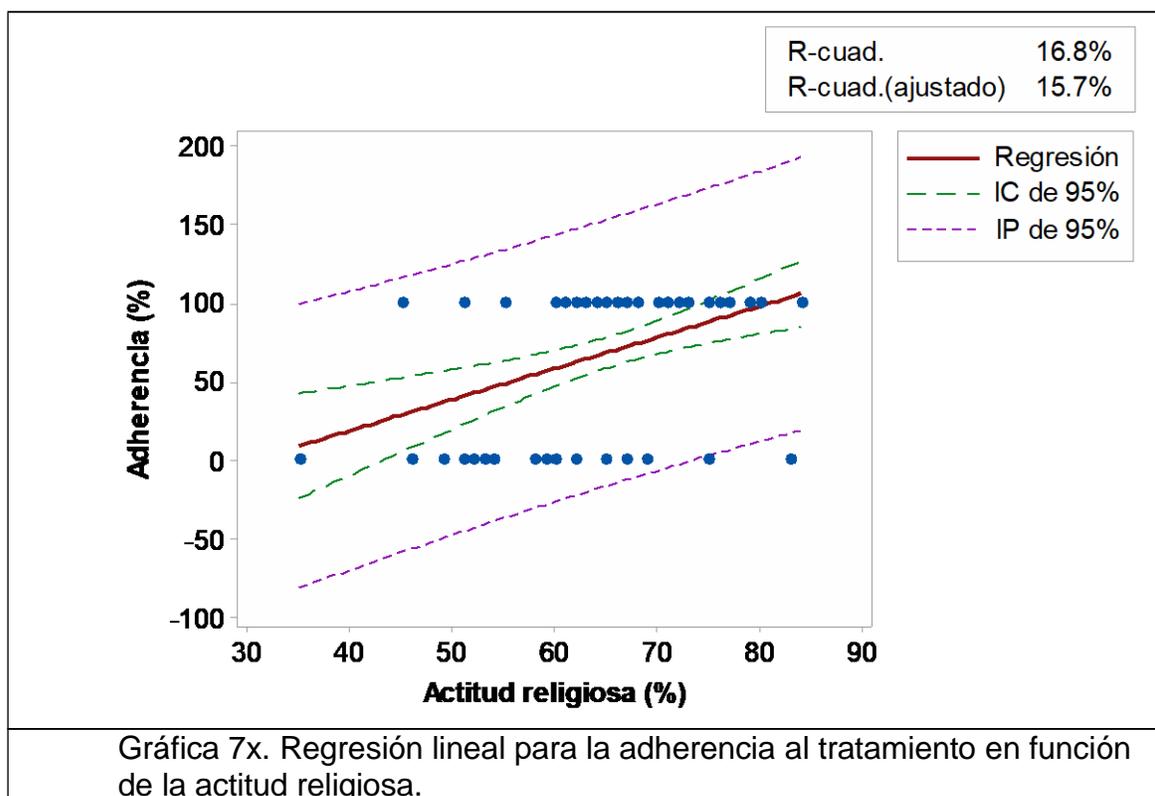
donde R es el puntaje para el test de actitud religiosa en porcentaje (%). Este modelo tiene un coeficiente de determinación ( $R^2$ ) con un valor de 16.81%.

El Cuadro 4x presenta el análisis de varianza para la regresión lineal entre el test de adherencia y el de actitud religiosa. Los resultados muestran una  $p < 0.05$ , lo cual confirma que el modelo de regresión es estadísticamente significativo para un  $r = 0.410$ .

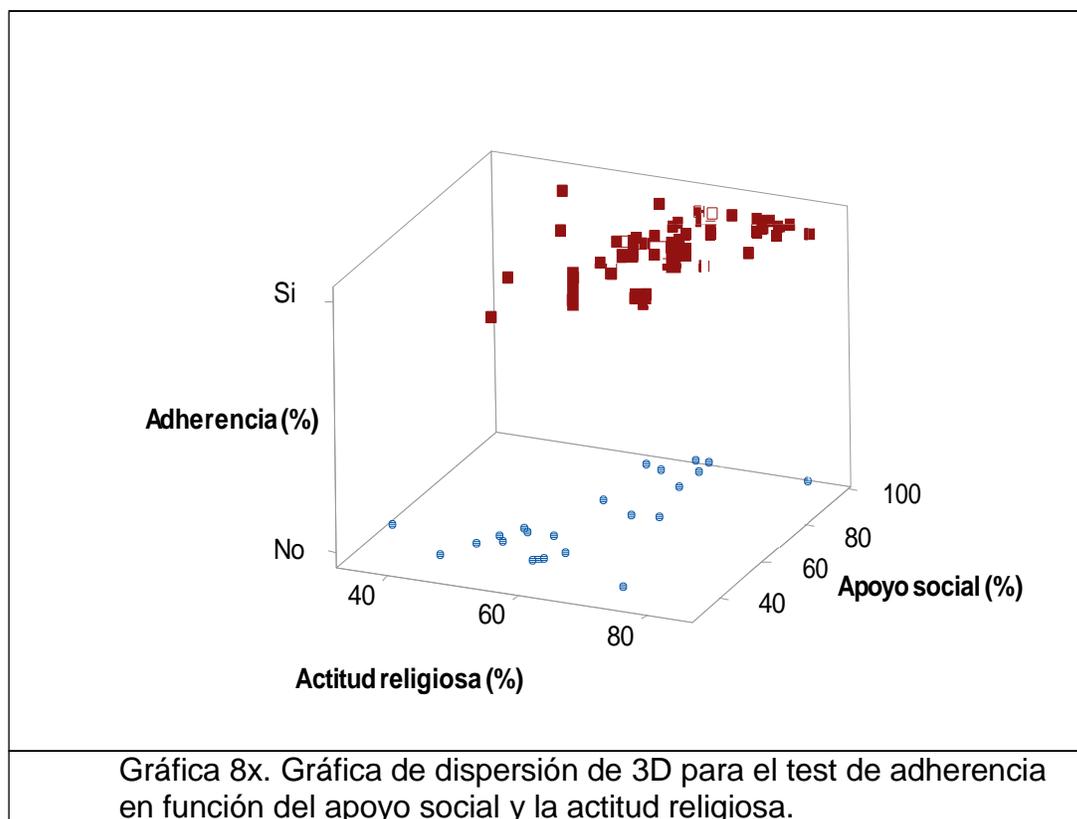
Fuente de variación	GL	SC	MC	Valor F	p
Regresión	1	25992	25992.1	14.55	<0.001
Error	72	128603	1786.1		
Total	73	154595			

Cuadro 4x. Análisis de varianza para la regresión lineal entre el test de adherencia y el test de actitud religiosa.

GL= Grados de libertad; SC= Suma de cuadrados; MC= Medias cuadráticas.



La Gráfica 8x representa la dispersión en 3D del test de adherencia en función de los resultados del test de MOS (apoyo social) y de actitud religiosa. Se puede observar que los dos agrupamientos de datos (con adherencia y sin adherencia terapéutica), tienden a presentar comportamientos opuestos.

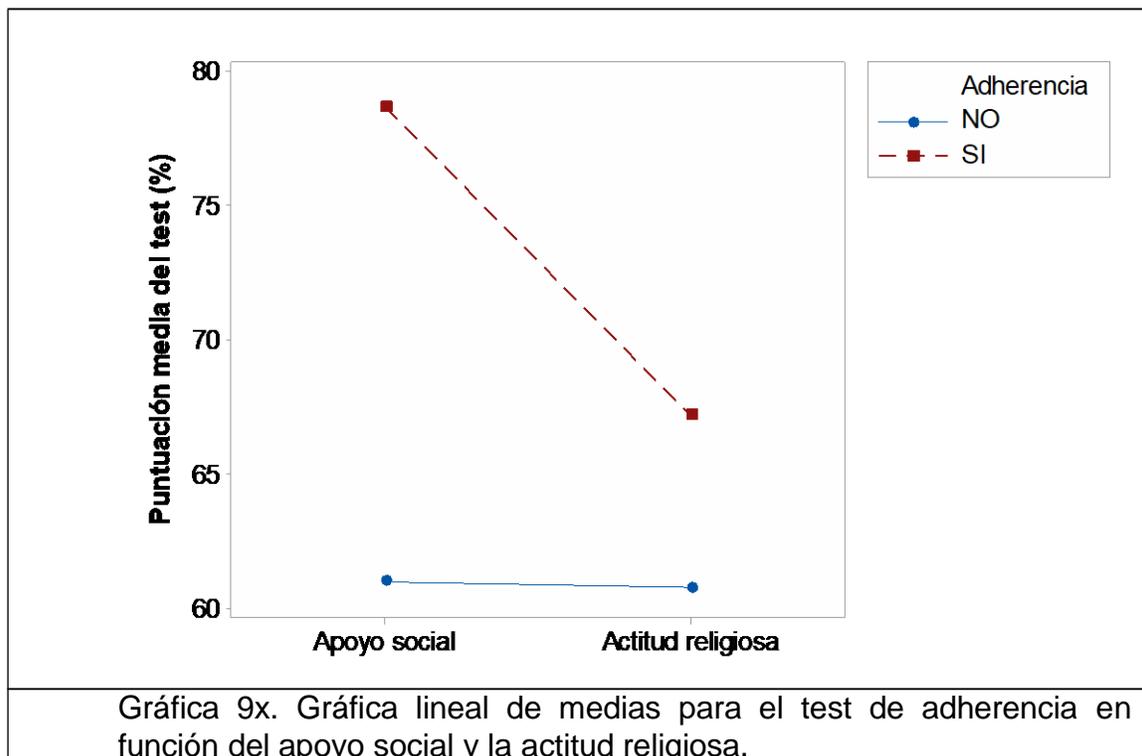


La Gráfica 9x representa las interacciones de las respuestas generales del test de MOS y de actitud religiosa en función de la adherencia al tratamiento (gráfica lineal de medias). La comparación se realiza a través de las medias de los resultados para dichos test.<sup>57</sup> La gráfica muestra que los valores para MOS y la actitud religiosa son muy similares y relativamente bajos (~61%) cuando no existe adherencia al tratamiento. Por otro lado, estos valores tienden a ser mayores (>67%) cuando existe adherencia.

La ecuación de regresión lineal múltiple para obtener la adherencia en función de los resultados del test de MOS y de actitud religiosa es:

$$\text{ADHERENCIA} = -59.1 + 0.610(M) + 1.283(R) \quad \text{Ec.(3)}$$

donde M y R son los resultados del test de MOS y de actitud religiosa en porcentaje (%), respectivamente. El modelo presenta un coeficiente de determinación ( $R^2$ ) con un valor de 21.73% ( $R^2$  ajustado= 19.53%).

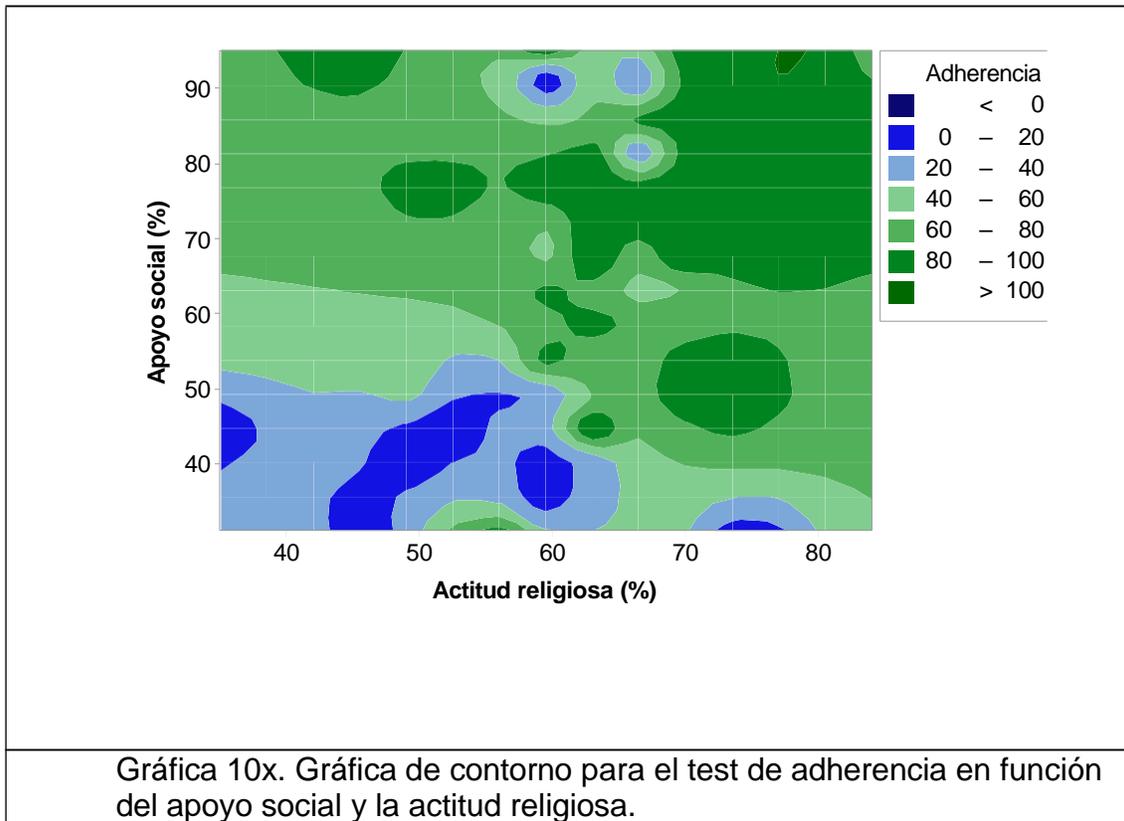


El Cuadro 5x presenta el análisis de varianza para la regresión lineal múltiple de la adherencia en función de los test de MOS y de actitud religiosa. Los resultados muestran una  $p < 0.05$  para la regresión múltiple, las variables del apoyo social y de actitud religiosa. Esto confirma que el modelo de regresión es estadísticamente significativo para un  $r = 0.466$ .

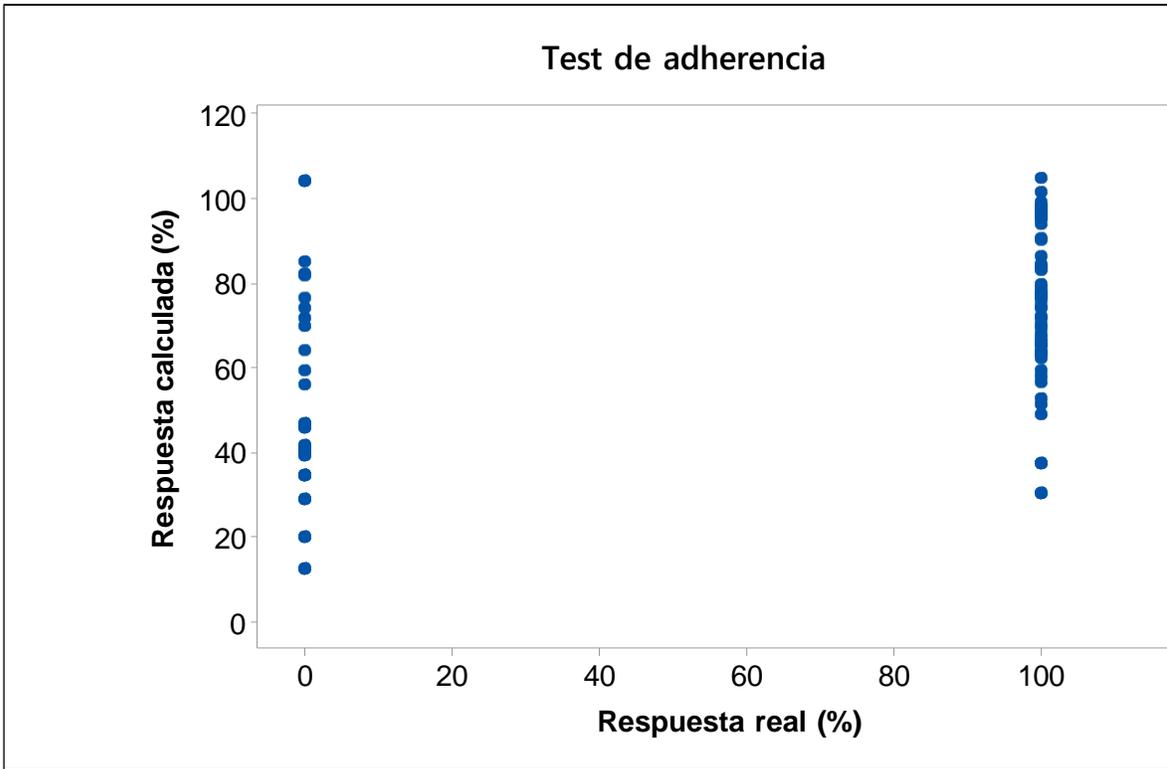
Fuente de variación	GL	SC	MC	Valor F	p
Regresión	2	33596	16798.2	9.86	<0.001
Apoyo social	1	7604	7604.2	4.46	0.038
Actitud religiosa	1	7700	7700.5	4.52	0.037
Error	71	120998	1704.2		
Total	73	154595			

Cuadro 5x. Análisis de varianza para la regresión lineal entre el test de adherencia, el test de MOS y el de actitud religiosa. GL= Grados de libertad; SC= Suma de cuadrados; MC= Medias cuadráticas.

La Gráfica 10x muestra la gráfica de contorno obtenida a partir de la regresión lineal múltiple de adherencia vs. el apoyo social y la actitud religiosa. En general, la figura confirma que, a mayor actitud religiosa y apoyo social del entorno en el paciente, mayor es la adherencia al tratamiento. No obstante, el modelo también muestra la complejidad de la correlación, dado que existen casos de no-adherencia para pacientes con altos puntajes en el test de MOS (~90%) y valores medios de actitud religiosa (~60%), así como en pacientes con puntajes bajos de MOS (~40%) y altos en actitud religiosa (~75%). Esto confirma el comportamiento observado en los resultados de los test, las regresiones y en los valores de correlación de Pearson obtenidos previamente



La Gráfica 11x muestra la comparación entre la respuesta real y la respuesta calculada por el modelo de regresión múltiple del test de adherencia en función de los test de MOS y de actitud religiosa. La figura muestra la variación de los resultados para ambas respuestas, la cual está relacionado al coeficiente de determinación del modelo. El  $R^2$  indica que ~21.73% de las ocasiones, el modelo estima una respuesta de adherencia muy cercana al valor real ( $p < 0.05$ ) con base en los resultados de los test de MOS y de actitud religiosa para un paciente dado.



Gráfica 11x. Comparación entre la respuesta real y la respuesta calculada por el modelo de regresión múltiple del test de adherencia en función de los test de MOS y de actitud religiosa.

## 11. DISCUSIÓN

La presente investigación cumplió satisfactoriamente con los objetivos ya que se conoció la asociación entre el apoyo social, la actitud religiosa con la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos estudiados.

En el estudio realizado se encontró que el 70.3% de los pacientes presentaron adherencia al tratamiento lo cual no coincide con reportado por Luna Breceda y cols (2016) quien también investigo el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, utilizando el test de Morisky-Green-Levine y el reporta que solo el 52.01% de la muestra estudiada presento adherencia al tratamiento, esto puede ser debido a la contingencia actual por la que estamos cursando, ya que se ha hecho hincapié en los pacientes que al tener un buen control sobre su enfermedad crónica, se disminuye un poco su factor de riesgo para Covid-19.

De acuerdo al cuestionario MOS de apoyo social se obtuvo una media de  $73.5 \pm 19.9\%$ . Lo que quiere decir que se encuentra un apoyo social percibido medio, resultado muy similar al trabajo realizado por Joanico Morales (2014) donde se estudiaron las redes de apoyo social, utilizando el instrumento MOS, obtuvieron una media de 73%.

El nivel de actitud religiosa encontrado en los pacientes fue de  $65.8 \pm 9.5\%$ . lo cual nos indica una actitud favorable en la mayoría de los pacientes. En estudios similares como el realizado por Ernieda Hatah y cols. (Malasia 2015) señalan, que la religiosidad se asocia significativamente con el apoyo social y la adherencia al tratamiento.

Otro estudio similar al nuestro realizado por Mohsen Saffari, y cols. (2019) señalan el impacto de la religiosidad en la adherencia a la medicación y la calidad de vida relacionada con la salud se produce a través de mediadores como el afrontamiento religioso y el apoyo social.

## 12. CONCLUSIONES:

A partir de los hallazgos encontrados vemos que existe una correlación positiva media y estadísticamente significativa entre las variables de apoyo social y la actitud religiosa con la adherencia terapéutica.

En México no se ha realizado un estudio similar donde se asocien las variables de apoyo social y actitud religiosa con adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, aunque encontramos una asociación significativa, más en el apoyo social, que, en la actitud religiosa, existe la necesidad de evaluar más variables que pueden llegar a influir en la adherencia terapéutica.

Este estudio debe ser entendido dentro de sus potenciales limitaciones metodológicas. La escala de actitud religiosa, y la de apoyo social al ser escalas autoadministrado, podría generar un sesgo de deseabilidad.

Es necesaria la evaluación precisa y constante del comportamiento de la adherencia a los tratamientos implementados, para poder llevar a cabo planificaciones más efectivas y eficientes en cuanto al manejo de los pacientes, las cuales traerán consigo mejores niveles de salud. En la valoración global del paciente es necesaria la identificación de los aspectos sociales y espirituales, pasarlos por alto puede ocasionar una sensación de atención médica insuficiente lo que se puede interponer en la adherencia al tratamiento farmacológico, ocasionando un mal control de sus enfermedades, lo que tiene implicaciones en la morbilidad, mortalidad, y calidad de vida. Por lo anterior la atención médica integral requiere el reconocimiento de las dimensiones sociales y religiosas, por lo que se hace necesario que el equipo de salud las considere para el enfrentamiento terapéutico.

#### **14. SUGERENCIAS**

En estudios posteriores es necesario realizar un análisis factorial confirmatorio, de más variables intervinientes en la adherencia terapéutica. Asimismo, se requieren más investigaciones longitudinales que evalúen el impacto de la inclusión de estos temas, no solo en la adherencia al tratamiento si no en la calidad de vida.

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción; 2004
2. Dilla, T. Valladares, A., Lizan, L. and Sacristan, J., 2009. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), pp.342–348.
3. Ortega Cerda J, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda Ó, Ortega Legaspi J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles* [Internet]. 2018 [cited 15 January 2020];(6):226-232. Available from: <http://www.medigraphic.com/actamedica>
4. Ho P, L. Bryson C, S. Rumsfeld J. Medication Adherence Its Importance in Cardiovascular Outcomes. *Circulation*. 2009;(119):3028-3035.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS | Hipertensión. WHO. 2016.
6. Lim S, Vos T, Flaxman A, Danaei G. 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.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Suiza; 2011.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Hipertensión Arterial. Reporte. 2017.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La Hipertensión Arterial de la población en México, una de las más altas del Mundo | Sitio Web &quot;Acercando el IMSS al Ciudadano&quot; Archivo. 2017.
10. Rosas-Peralta M, Palomo-Piñon S, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Almeida-Gutiérrez E, Galván-Oseguera H, et al. Consenso de

Hipertensión Arterial Sistémica en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(1):S6-51.

11. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de Resultados. 2016.
12. Ramos Morales L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul. 2015;(16):175-189.
13. Vilató Frómeta L, Martín Alfonso L, Pérez Nariño I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;(41):620-630.
14. Cohen S, Sharma T, Acquaviva K, Peterson R, S. Patel S, Kimmel P. Social support and chronic kidney disease: an update. 2007;(14):335-44.
15. Rosa Matos La Yadmila, Martín Alfonso Libertad, Bayarre Vea Héctor. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 Mar [citado 2020 Abr 01] ; 23( 1 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005&lng=es)
16. Penman J, Oliver M, Harrington A. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. Australian Journal of Advanced Nursing. 2009;26(4):29-35.
17. Kretchy et al.: Spiritual and religious beliefs: do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? BioPsychoSocial Medicine 2013 7:15.
18. Prestes C. Religión como tratamiento complementario, posibles consecuencias en la terapéutica. Revisión. Humanidades: revista de la Universidad de Montevideo, No 1, junio 2017, pp 135-. 2017;(1):135-153.
19. González Valdés T. LAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. Revista Electrónica de

- Psicología Iztacala [Internet]. 2004 [cited 2 March 2020];(7):19-29. Available from: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>
20. Emmons, R. (1998). Religion and personality. En H. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health* (pp. 63-74). San Diego: Academic Press.
21. Fonseca Canteros M. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía* [Internet]. 2016 [cited 2 February 2020];(68):258-264. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.011>
22. Giles TD, Berk BC, Black HR, Cohn JN, Kostis JB, Izzo JL, et al. Expanding the definition and classification of hypertension. *J Clin Hypertens*. 2005;7(9):505–12.
23. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan N, Poulter N, Prabhakaran D et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-1357.
24. Zhang Z, Yu Y, Asayama K, Hansen T, Maestre G and Staessen J (2021) Starting Antihypertensive Drug Treatment With Combination Therapy, *Hypertension*, 77:3, (788-798), Online publication date: 3-Mar-2021.
25. Grundler F, Mesnage R, Michalsen A and Wilhelmi de Toledo F (2020) Blood Pressure Changes in 1610 Subjects With and Without Antihypertensive Medication During Long-Term Fasting, *Journal of the American Heart Association*, 9:23, Online publication date: 1-Dec-2020.
26. Giles TD. Assessment of global risk: a foundation for a new, better definition of hypertension. *J Clin Hypertens*. 2006;8(8 Suppl 2):5–14; quiz 39.
27. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra D-I, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Rev hacia la Promoción la Salud*. 2016;21(1):117–37.

28. da Mota Gomes M, Navarro T, Keepanasseril A, Jeffery R, Haynes RB. Increasing adherence to treatment in epilepsy: what do the strongest trials show? *Acta Neurol Scand.* 2017;135(3):266–72.
29. Martínez Fajardo EJ, García Valdez R, Álvarez Villaseñor AS. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Med Gen Fam.* 2019;8(2):56–61.
30. Luna-Breceda U, Haro-Vázquez SR, Uriostegui-Espíritu LC, Barajas-Gómez TJ, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Aten Fam.* 2017;24(3):116–20.
31. Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Av Enferm.* 2012;XXX(2):67–75.
32. Romero T. Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despega, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial? *Rev Chil Cardiol.* 2014;33:210–4.
33. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Faus Dáder MJ, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharm Care España.* 2009;11(4):183–91.
34. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Faus Dáder MJ, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharm Care España.* 2009;11(4):183–91.
35. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2008;40(8):413–7.

36. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens*. 2008;10(5):348–54.
37. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245–9.
38. Barra Almagia E. Apoyo social, estrés y salud. *Psicol y Salud*. 2004;14(2):237–43.
39. López de Roda AB, Sánchez Moreno E. Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*. 2001;13(1):17–23.
40. França MS, Lopes MVO, Frazão CMFQ, Guedes TG, Linhares FMP, Pontes CM. Characteristics of the ineffective social support network: integrative review. *Rev Gauch Enferm*. 2018;39:e20170303.
41. Martín J, Sánchez J, Sierra J. Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Ter Psicol*. 2003;21:29–37.
42. Barton C, Effing TW, Cafarella P. Social Support and Social Networks in COPD: A Scoping Review. *COPD*. 2015;12(6):690–702.
43. Suarez cuba miguel ángel. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev. Méd. La paz [internet]*. 2011 [citado 2021 feb 09] ; 17( 1 ): 60-67. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1726-89582011000100010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-89582011000100010&lng=es).
44. Pabón Poches, Daysy Katherine, Galvis Aparicio, Mayra Jualiana y Cerquera Córdoba, Ara Mercedes. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo alzheimer. *Psicología desde el Caribe* , 31 (1), 59-78. Obtenido el 9 de febrero de 2021 de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2014000100004&lng=en&tng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000100004&lng=en&tng=es).

45. Costa Requena G, Salamero M, Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Med Clin*. 2007;128(18):687–91.
46. Priede A, Andreu Y, Martínez P, Conchado A, Ruíz-Torres M, González-Blanch C. The factor structure of the Medical Outcomes Study–Social Support Survey: A comparison of different models in a sample of recently diagnosed cancer patients. *J Psychosom Res*. 2018;108:32–8.
47. Gjesfjeld CD, Greeno CG, Kim KH. A Confirmatory Factor Analysis of an Abbreviated Social Support Instrument: The MOS-SSS. *Res Soc Work Pr*. 2008;18(3):231–7.
48. Martínez Basurto, AE; Aguilar Villalobos, J; Sánchez Román, S; Rodríguez Pérez V. Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Rev Latinoam Med Conduct / Lat Am J Behav Med*. 2014;4(2):93–101.
49. American Psychological Association (APA). APA. Diccionario conciso de psicología. México: Manual Moderno; 2010.
50. Orozco-Parra CL, Domínguez-Espinosa A del C. Diseño y validación de la Escala de Actitud Religiosa. *Rev Psicol*. 2014;23(1):3–11.
51. Hatah E, Ping Lim K, Mohd Ali A, Mohamed Shah N, Islahudin F. The influence of cultural and religious orientations on social support and its potential impact on medication adherence. *Patient Preference and Adherence*. 2015;(9):589-596.
52. Saffari, M., Lin, C., Chen, H. et al. The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes. *Qual Life Res* 28, 2183–2193 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02183-z>

53. Joanico-Morales B, Salgado-Jiménez M, Ríos-Oliveros L. Redes sociales y factores asociados al control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*. 2017;(2):62-68.
54. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud pública de México*. 2001;(43):336-339.
55. Lima DB da S, Moreira TMM, Borges JWP, Rodrigues MTP. Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. *Texto e Context Enferm*. 2016;25(3):1–9.
56. M.L. González. Calculadora del tamaño de la muestra. Raosoft Inc. & Universidad Católica de Chile, 2005. <https://www.mey.cl/html/samplesize.html> [Revisado el 31 de diciembre del 2020].
57. D. Montgomery. *Diseño y análisis de experimentos*. Ed. Limusa y Grupo Noriega, 2004.
58. R. Sampieri, C. Fernández, P. Baptista. *Metodología de la investigación*. Ed. McGraw Hill, 2014.

