

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,
Volumen 9, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DESCONTROLADA EN LA UMF NO. 57 DE IRAPUATO, GUANAJUATO

**PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT IN OLDER ADULTS
WITH UNCONTROLLED SYSTEMIC ARTERIAL
HYPERTENSION IN THE UMF NO. 57 OF IRAPUATO,
GUANAJUATO**

Horacio Pineda Méndez

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato - México

Mayra Guzmán Morales

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato - México

Jaime Ramirez Aguilar

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato - México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16654

Percepción del apoyo social en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica descontrolada en la UMF No. 57 de Irapuato, Guanajuato

Horacio Pineda Méndez¹

metatron.9817@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5855-6604>

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato
México

Mayra Guzmán Morales

mayaguz.md@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4317-1934>

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato
México

Jaime Ramirez Aguilar

james10bon@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-6582-1463>

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato
México

RESUMEN

Este estudio observacional y descriptivo, llevado a cabo en la Unidad Médica Familiar No. 57 de Irapuato, Guanajuato, explora la percepción del apoyo social en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica descontrolada. Durante el periodo de mayo a octubre de 2023, se analizaron características clínicas y sociodemográficas de 248 pacientes, predominando las mujeres (54.4%) con una edad media de 68.3 ± 3.7 años. La mayoría estaban casados (71.4%), residían en zonas urbanas (65.7%), y tenían educación primaria (59.7%). Utilizando la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet, los resultados revelaron que el 50% de los pacientes percibía un apoyo social regular, 49.2% mínimo y solo un 0.8% consideró recibir un apoyo adecuado. Estos hallazgos sugieren que la falta de un apoyo social efectivo podría influir negativamente en el apego al tratamiento farmacológico, lo cual es crucial para el control de la hipertensión. Este estudio subraya la necesidad de fortalecer las redes de apoyo en la atención primaria para asegurar un manejo integral de la hipertensión en la población anciana.

Palabras clave: apoyo social, hipertensión arterial sistémica, anciano

¹ Autor principal

Correspondencia: metatron.9817@gmail.com

Perception of social support in older adults with uncontrolled systemic arterial hypertension in the UMF No. 57 of Irapuato, Guanajuato

ABSTRACT

This observational and descriptive study, conducted at Family Medical Unit No. 57 in Irapuato, Guanajuato, explores the perception of social support in older adults with uncontrolled systemic arterial hypertension. From May to October 2023, clinical and sociodemographic characteristics of 248 patients were analyzed, predominantly women (54.4%) with an average age of 68.3 ± 3.7 years. Most were married (71.4%), lived in urban areas (65.7%), and had primary education (59.7%). Using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support by Zimet, the results showed that 50% of patients perceived regular social support, 49.2% minimal support, and only 0.8% considered receiving adequate support. These findings suggest that the lack of effective social support could negatively influence adherence to pharmacological treatment, which is crucial for controlling hypertension. This study highlights the need to strengthen support networks in primary care to ensure comprehensive management of hypertension in the elderly population.

Keywords: social support, systemic arterial hypertension, aged

Artículo recibido 10 diciembre 2024

Aceptado para publicación: 17 enero 2025



INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) constituye uno de los problemas de salud pública más significativos a nivel global debido a su alta prevalencia y su rol como factor de riesgo primordial para enfermedades cardiovasculares. Esta condición crónica no solo afecta la calidad de vida de los individuos, sino que también incrementa la carga económica sobre los sistemas de salud. La comprensión adecuada de la hipertensión, su diagnóstico preciso y la gestión eficaz son esenciales para mitigar sus efectos adversos tanto a corto como a largo plazo.

En el contexto médico, la HAS se caracteriza por una presión arterial persistentemente alta en las arterias sistémicas; es decir, que la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales cuando el corazón se contrae o se relaja es más alta de lo que es considerado saludable. Este aumento persistente de la presión arterial puede conducir a daños en órganos vitales y a un aumento en el riesgo de eventos como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, entre otros.

Desde el punto de vista diagnóstico, la HAS se clasifica en dos tipos principales: primaria o esencial y secundaria. La hipertensión primaria representa hasta el 90% de todos los casos y se caracteriza por no tener una causa identificable específica. Por otro lado, la hipertensión secundaria, aunque menos frecuente, es causada por condiciones subyacentes que pueden ser tratadas o corregidas.

Las directrices para la clasificación y diagnóstico de la HAS han sido meticulosamente desarrolladas por entidades como la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Cardiología (ACC). En 2017, ambas organizaciones actualizaron sus guías para refinar la clasificación de la presión arterial, estableciendo las siguientes categorías:

- Presión arterial normal: Menor de 120/80 mm Hg.
- Presión arterial elevada: Entre 120 y 129 y menor de 80 mm Hg.
- Hipertensión arterial estadio 1: Entre 130 a 139 y entre 80 a 89 mm Hg.
- Hipertensión arterial estadio 2: 140/90 mm Hg o más.

Para realizar un diagnóstico adecuado, la guía también ha emitido algunas recomendaciones, ya que el momento del día y la actividad del paciente puede influenciar los valores de presión arterial como también lo mencionan Oparil *et al.* 1



Entre estas recomendaciones, se encuentran ³:

- Realizar 2 o más mediciones de la presión arterial para dar un diagnóstico.
- Se deben realizar mediciones fuera del consultorio para confirmar el diagnóstico y dosificar los fármacos.
- En adultos con presión arterial «de oficina» no tratada de entre 130/80 a 160/100 mm Hg, determinar la existencia de síndrome de la bata blanca mediante el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) o el monitoreo en casa de la presión arterial.
- En adultos con síndrome de la bata blanca, monitorear continuamente mediante MAPA o medición en casa para detectar una progresión a hipertensión sostenida.
- En pacientes con tratamiento para la HAS que en el consultorio no muestran los niveles de presión arterial deseados y con mediciones en casa que hacen sospechar de síndrome de la bata blanca, realizar un MAPA para comprobar la elevación en el consultorio.
- En adultos con hipertensión «de oficina» que constantemente se encuentran entre 120-129/75-79 mm Hg, evaluar HAS enmascarada mediante MAPA o medición en casa.
- En pacientes con múltiples antihipertensivos y con hipertensión «de oficina» igual o menor de 10 mm Hg de la meta, evaluar la existencia de síndrome de la bata blanca con MAPA.

Epidemiología

La HAS es una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo: de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una de las principales causas de muerte prematura; en el mundo, aproximadamente, 1280 millones de personas entre 30 y 79 años la padecen, ubicando una considerable prevalencia en países de ingresos bajos y medios y en países occidentales, a pesar de estas cifras, cerca de la mitad de las personas que la padecen no lo saben y de quienes cuentan con el diagnóstico solo el 21 % se encuentra en control, lo que representa a solo 2 de cada 10 pacientes ⁴.

En Estados Unidos, aproximadamente 116 millones de adultos cuentan con HAS, mientras que, en México, los datos de la encuesta nacional de salud y nutrición de 2020 (ENSANUT), mostraron que existe una prevalencia del 49.4 %, con un



desconocimiento del diagnóstico por parte del 70 %, conociendo su condición cuando se realizó la encuesta; el control de la enfermedad se observó en el 54.9 % de quienes si conocían su diagnóstico. La enfermedad se encontró principalmente en hombres que en mujeres (55.3 % versus 44.0 %), estos datos fueron obtenidos de una muestra de 9989 adultos mayores de 20 años⁵.

Factores de riesgo

De acuerdo con el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés, *Centers for Disease Control and Prevention*), los factores de riesgo para el desarrollo de HAS son ⁶:

- Presencia de diabetes mellitus (6 de cada 10 pacientes con diabetes también presentan HAS).
- Sexo (las mujeres tienen el mismo riesgo que los hombres).
- Dieta poco saludable (una dieta elevada en sodio y baja en potasio).
- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Uso de alcohol (en mujeres no se debe exceder una copa al día y en hombres dos copas).
- Uso de cigarro.
- Historia familiar de HAS.
- Origen étnico (los afroamericanos tienen un mayor riesgo que los caucásicos, hispanos o asiáticos).

En población mexicana, los factores de riesgos identificados no difieren de manera sustancial a los identificados en otras poblaciones, salvo una diferencia que cada vez se ve menos marcada entre hombres y mujeres; entre ellos se encuentran ⁵:

- Sexo (los hombres presentan un riesgo 1.5 veces mayor que las mujeres).
- Edad (a mayor edad, mayor probabilidad).
- Concentraciones sanguíneas elevadas de triglicéridos, colesterol LDL, ácido úrico, glucosa y hemoglobina glucosilada.
- Diagnóstico previo de diabetes mellitus.



- IMC (con presencia de obesidad el riesgo aumenta 1.9 veces).

Control de la HAS

La OMS define un control de la presión arterial en pacientes con HAS como el manejo de valores por debajo a 140/90 mm Hg todos los días del año; no obstante, de acuerdo con los datos de dicha organización, en América Latina el 20 %, de las personas con HAS no tiene un control adecuado ⁷.

Factores que influyen el control de la HAS.

EL control de la HAS tiene influencia de distintos factores, algunos pacientes presentan resistencia al tratamiento y requieren del uso de dos o más fármacos, estos pacientes se consideran como refractarios o hipertensos resistentes cuando se necesitan hasta 4 o más fármacos para mantener las cifras de presión arterial bajo control, afortunadamente esta condición se presenta en solo el 3 % de los pacientes con HAS, sin embargo, la ocurrencia de complicaciones es más frecuentes ⁸.

Otras condiciones pueden provocar la presencia de un descontrol en la HAS, entre ellos es importante determinar si el paciente de verdad tiene descontrol o es un pseudodescontrol, algunas razones de este último son tan simples como la mala medición de la presión arterial o el uso de aparatos no calibrados tanto en el consultorio como en casa. Los factores que si influyen en un descontrol real pueden ser el tratamiento subóptimo por dosis inadecuadas o los fármacos inadecuados, la presencia de hipertensión de la bata blanca o síndrome de la bata blanca, que se observa hasta en el 30 % de los pacientes y que debe determinarse con MAPA o con mediciones realizadas en casa ⁸.

El mal seguimiento de la dieta indicada, el uso de algunos fármacos como antigripales y finalmente el mal apego al tratamiento son otros factores importantes. Existen diversos factores que pueden aumentar o disminuir el apego del tratamiento, entre ellos se cuentan ⁹:

- La edad del paciente.
- El nivel educativo.
- Presencia de problemas económicos, sociales y laborales.



- Apoyo del entorno.
- Las creencias del paciente.
- Presencia de síntomas de la enfermedad misma.
- Efectos adversos del medicamento, número de dosis por día o la administración (en especial en el caso de medicamentos inyectados).
- Estado cognitivo del paciente (si existe pérdida de memoria u otros problemas).
- Presencia de otros tratamientos o varios fármacos.
- Duración del tratamiento.
- Relación médico paciente.

En los pacientes adultos mayores, el apego al tratamiento puede representar un reto mayor que en otras poblaciones, comúnmente este grupo toma más de un medicamento, lo que provoca que por olvidos o de manera intencional los pacientes no tomen todos los fármacos indicados de la manera adecuada. Un estudio de Bello *et al.*, que evaluó el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores, encontró que solo el 51.7 % tenían un buen apego, esto a pesar de que el 90.5 % vivía con una familia funcional ya fuera pareja o más familia y el 62.0 % contaba con un apoyo familiar importante ¹⁰.

Otro estudio, realizado por García *et al.*, con pacientes españoles de un núcleo rural, encontró que de 243 pacientes, los hombres abandonaban más el tratamiento en especial entre los 76 y 86 años, mientras que las mujeres muestran una elevación dentro de su mismo sexo entre los 81 y 85 años; también se halló que mientras más se aumenta el número de fármacos es más probable el abandono, siendo más común en aquellos que se deben tomar cada 8 horas con diferencias significativas con aquellos en los que solo se hace una toma al día, los fármacos que vienen en capsulas también fueron más abandonados por las dificultades de deglución del paciente y finalmente el apego fue menor entre quienes vivían solos ¹¹.

Apego al tratamiento y control de la HAS

Dada la cronicidad de la HAS, el apego al tratamiento tiene una posibilidad mayor de fallo que



en otras enfermedades, además en particular en el paciente hipertenso, el inicio del tratamiento farmacológico puede llevar a la experimentación de efectos secundarios que el paciente experimenta y refiere con un malestar nuevo que no presentaba cuando tenía la presión arterial alta como son: la sensación de debilidad, mareos, cansancio, o una mayor micción si se utilizan diuréticos ¹².

Un estudio de Uchmanowicz *et al.*, en el cual se evaluó la adherencia al tratamiento de pacientes adultos mayores con HAS y en el que participaron 150 sujetos principalmente mujeres, con una edad media de 72.1 años. Se encontró un puntaje medio de 20.1 ± 4.0 en la escala Hill-Bone CHBPTS, además los factores que influyeron fueron: la edad, el sexo (los hombres tuvieron 1.34 puntos más que las mujeres), educación, con 1.75 puntos menos entre quienes tenían secundaria o mayor escolaridad y vivir con su familia, en el cual el apoyo familiar disminuyó

1.9 puntos en la escala de apego, comparado con quienes vivían solos o en alguna institución ¹³.

Otro estudio, de Chia *et al.*, en el que también se evaluó el apego al tratamiento en pacientes con HAS, en el que participaron 927 sujetos con una media de edad de 59.0 ± 13.2 años, encontró un puntaje medio de 20.4 ± 4.4 , con un buen apego en 52.1 pacientes y con HAS controlada en el 58.3 % de quienes tenían buen apego comparado con el 50.2 % de quienes no tenían un buen apego y con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.014$), en su análisis los factores que influyeron para un buen apego fueron: ser mujer, mayor edad, nivel educativo de primaria o menos ¹⁴.

Apoyo social y control de la HAS

Entre los factores que tienen influencia sobre el apego al tratamiento y el control de la HAS, se encuentra el grado de apoyo social ¹⁵.

En un estudio de Turan *et al.*, se evaluaron el apego al tratamiento y el control de la HAS con pacientes de entre 30 y 90 años en Turquía y participaron 250 sujetos.

Se halló que el 61.0 % se apegaba a las recomendaciones de la dieta y el 72.2 % al tratamiento para la enfermedad; la media de la escala de autoeficacia en la adherencia al tratamiento fue de 64.2 ± 16.8 , y la media de la escala multidimensional de apoyo social percibido fue de $53.7 \pm$



23.3, con asociación positiva y significativa entre ambas escalas ($p < 0.001$) y entre las 3 subescalas de apoyo social ($r = 0.221 - 0.338$, $p < 0.001$ en las tres subescalas) ¹⁵.

Cabe mencionar que el 48.3 % de pacientes tuvieron entre 61 y 75 años y el 17.4 % entre 76 y 90 años. A pesar de que no se determinaron los valores de la presión arterial en los pacientes del estudio, los autores comprobaron que el apoyo social influyó sobre el apego al tratamiento en los pacientes, considerado como el principal factor para el control de la HAS ¹⁵.

Otro estudio, de Hacıhasanoglu *et al.*, realizado con población turca, de 37 o más años y con HAS, en el que participaron 397 pacientes; se evaluó el apoyo social, la sensación de soledad y el apego al tratamiento. Se encontró una media de 38.3 ± 9.8 en la escala de soledad de la UCLA, en la escala multidimensional de percepción de apoyo social de 64.1 ± 18.3 y en la escala de autoeficacia de adherencia al tratamiento la media de 40.2 ± 11.9 ¹⁶.

Se encontró a su vez que, entre la escala de autoeficacia de la adherencia al tratamiento y la de soledad hubo una correlación negativa, así como con la escala de apoyo social, por lo que tanto el apoyo social y la ausencia de soledad ayudan a un mayor apego al tratamiento. El 66.5 % de los pacientes no tuvieron la HAS controlada con diferencias estadísticamente significativas en las tres escalas entre quienes no tuvieron control de la HAS y quienes si lo tuvieron ¹⁶.

Un estudio de Zhu *et al.*, realizado con población de China, evaluó la relación del apoyo social con la presencia de depresión y el control de la HAS en 2351 pacientes con 60 años o más. Se encontró que aquellos con mayor edad, con mayores puntajes de depresión en la escala de Hamilton y con menor apoyo social, tenían una mayor frecuencia de HAS no controlada, además encontraron una relación negativa entre el apoyo social y la depresión con el control de la HAS ($r = -0.04$, $p = 0.01$) ¹⁷.

Un estudio de Thuy *et al.*, evaluó el rol del apoyo social y sus características en el control de la hipertensión y los comportamientos, en Vietnam, en el cual se incluyeron pacientes ambulatorios mayores de 18 años con un diagnóstico confirmado de HAS basado en las guías del ministerio de salud de Vietnam, se evaluaron los comportamientos de adherencia al tratamiento mediante

un cuestionario de 8 reactivos diseñado para el estudio, el apoyo social y las características del entorno se evaluaron mediante un método generador de nombres, en el cual se realizaron 5 preguntas al paciente ¹⁸.

Las preguntas incluían las siguientes: 1. En los últimos 6 meses, ¿Quién fue el que le aconsejó cuando tenía problemas?, 2. En los últimos 6 meses ¿Quién le ofreció ayuda cuando estuvo enfermo?, 3. En los últimos 6 meses, ¿Quién le ofreció su apoyo emocional cuando se sintió mal?, 4. En los últimos 6 meses, ¿Quién le ayudó a realizar el trabajo de casa?, 5. En los últimos 6 meses, ¿Quién estuvo dispuesto a discutir temas importantes con usted?, los 220 pacientes participantes debían nombrar a tantas personas como fuera posible ¹⁸.

En los resultados, encontraron que de las personas a su alrededor que pudieran dar información, consejo, apoyo emocional relacionado con las decisiones y práctico tenían menores probabilidades de tener HAS descontroladas; asimismo, encontraron que por cada punto porcentual de miembros de su entorno que tuvieran HAS, disminuyó un 2 % las probabilidades de HAS descontrolada y se relacionó con hasta 0.19 % de mayor adherencia al tratamiento aquellos con amigos que apoyarán de manera práctica en la enfermedad y el trabajo ¹⁸.

Otro estudio de Osamor, evaluó la relación entre el apoyo social para el cumplimiento del tratamiento en 440 pacientes mayores de 25 años con HAS residentes de una comunidad urbana pobre en Nigeria ¹⁹.

El apoyo social se midió mediante un cuestionario estructurado de 5 preguntas (1. ¿Normalmente busca apoyo financiero de familia para su HAS?, 2. ¿Qué tan preocupados están los miembros de su familia por su hipertensión?, 3. ¿Qué tan interesados están sus amigos en hablar de su hipertensión?, 4. ¿Qué tan útil le resulta que su familia le recuerde tomar sus medicamentos para la hipertensión?, 5. ¿Qué tan útil le resulta que sus amigos le recuerden tomar sus medicamentos para la hipertensión?) ¹⁹.

El 93 % de los participantes tenían apoyo social de la familia y el 55 % de sus amigos. El apoyo social de los amigos, pero no de la familia, se asoció con un mejor apego al tratamiento, entre los



factores que se asociaron fueron: recibir un apoyo social significativo, tanto de familia como de amigos, el estado civil, la religión y la religión; por otro lado, la edad y el nivel educativo se asociaron con el apoyo únicamente de la familia ¹⁹.

En una investigación desarrollada por Shen *et al.*, en el que se tuvo el objetivo de identificar la percepción del apoyo social benéfico para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con HAS en China, en el cual participaron 903 pacientes de 12 hospitales diferentes de ciudades clasificadas con ingresos medios y en el que se midió la adherencia al tratamiento usando la escala Morisky, Green y Levine y el apoyo social mediante el método de generación de nombres ²⁰. Los investigadores encontraron que el 56.0 % tuvieron una buena adherencia al tratamiento. Los factores que contribuyeron con una menor adherencia fueron: ser mujer, mayor edad, pacientes de lugares urbanos y con menor duración de la HAS. La adherencia óptima al tratamiento se asoció con un mayor apoyo por parte de los cuidadores, mayor apoyo en la información por parte de la pareja, mayor apoyo emocional por la pareja, apoyo financiero y apoyo del cuidador; no obstante, el apoyo de los amigos se asoció de una manera negativa con la adherencia óptima al tratamiento ²⁰.

Estos estudios muestran que el apoyo social, en especial de la familia, es importante para tener un mejor apego al tratamiento y contribuyen con un mejor control de la presión arterial; algunos de ellos señalan el apoyo de la familia sobre el apoyo de los amigos, y entre los factores más nombrados se encuentra el apoyo financiero y el apoyo emocional ^{18–20}.

Instrumentos para la evaluación del apoyo social

Existen varios instrumentos que son capaces de medir lo más objetivamente posible la percepción del apoyo social, entre estos se encuentran:

- La Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo social o MSPSS, esta fue diseñada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, consta de 12 reactivos que se dividen en 3 subescalas: familia, otros significativos y amigos, cada reactivo puede ser contestado en una escala Likert de 4 opciones, en las que el 1 es casi nunca, el 2 es a veces, el 3 es con frecuencia y el 4 es siempre, para su calificación se deben sumar los puntos obtenidos en cada escala, un

puntaje mayor representa un mayor apoyo social. Los reactivos se dividen en: familia (3, 4, 8 y 11), amigos (6, 7, 9 y 12) y otros significativos (1, 2, 5 y 10). Este es uno de los instrumentos más empleados, en especial en adultos ya que abarca un aspecto más que otras escalas (otros significativos) y debido a sus opciones de respuesta Likert es fácil de calificar y de analizar. Entre sus propiedades psicométricas ha obtenido un α de Cronbach de 0.86 para toda la encuesta ²¹.

- El inventario de comportamientos de apoyo social: una escala que consta de 40 reactivos que se agrupan en 4 aspectos: apoyo informativo o cognitivo, apoyo emocional o valorativo, apoyo tangible y apoyo general, a diferencia de otras escalas no se centra en las personas que brindan el apoyo, sino en los tipos de apoyos recibidos, cuenta con un α de Cronbach de entre 0.76 y 0.95. ²².
- La Escala de Apoyo Social (EAS): se encuentra compuesta por 21 reactivos que evalúan 3 factores: apoyo social, apoyo familiar y apoyo de amigos, esta escala fue diseñada por Palomar *et al.*, en 2012 específicamente para población mexicana, los tres factores obtuvieron un α de Cronbach de entre 0.71 y 0.94. ²²
- De estos tres instrumentos, se ha elegido utilizar la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo social, entre las razones para esta decisión se encuentran el nivel de α de Cronbach que ha obtenido, la evaluación de un componente más además de la familia y los amigos y la rapidez de su llenado, ya que cuenta con 12 reactivos, por lo que el participante no necesita mucho tiempo para su llenado, lo que disminuye la probabilidad de respuestas incompletas y ayuda a la participación dentro de la investigación.

Justificación

En los pacientes mayores, se pueden presentar problemas que determinan el buen control de la HAS, uno de ellos es la existencia o falta de apoyo social, desde la pareja, la familia nuclear o extensa y los amigos pueden contribuir en que el paciente mejore su apego al tratamiento o evite el desarrollo de algunas condiciones que le hagan tener un mejor control de la presión arterial. La importancia de realizar el estudio radicó en que, como médicos familiares, es posible llevar

a cabo un abordaje integral que busque un mayor apoyo del círculo social del paciente, mediante la integración de la familia al tratamiento y la educación sobre la HAS, lo que a su vez provoque un mayor y mejor apego al tratamiento de los pacientes con HAS adultos mayores de nuestra unidad UMF 57 en Irapuato, Guanajuato; asimismo, al conocer la influencia del apoyo social en el control de la HAS, se podrán establecer nuevas metas en el manejo de los pacientes junto con los familiares, amigos, conocidos o grupos sociales y con esto podrán disminuirse las hospitalizaciones innecesarias, así como el desarrollo de complicaciones asociadas. Además, que se beneficiará al paciente adulto mayor hipertenso para mejorar su calidad de vida en la vejez. Los resultados aportaron conocimiento sobre la percepción del apoyo social.

Planteamiento del Problema

El control de la presión arterial en los pacientes con HAS depende de diferentes factores; entre estos, el apoyo social que recibe y percibe el paciente y que adquiere mayor impacto entre más edad tienen las personas. En México y en Guanajuato existe una falta de estudios sistematizados que hayan estudiado la relación entre el apoyo social percibido por el paciente y el control de la HAS.

Por estos antecedentes, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción del apoyo social en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica descontrolada en la UMF N.º 57 de Irapuato, Guanajuato?

Objetivos

- Determinar la percepción del apoyo social en adultos mayores con hipertensión arterial sistémica descontrolada en la UMF No. 57 de Irapuato, Guanajuato.

Objetivos Específicos

- Identificar las principales características sociodemográficas de los pacientes.
- Identificar los principales antecedentes personales patológicos de los pacientes, incluidas sus comorbilidades y los antecedentes de la HAS.
- Aplicar Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo social.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

De acuerdo con el diseño descriptivo del estudio, no se requirió el establecimiento de una hipótesis.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo transversal, descriptivo, prospectivo y unicéntrico, con personas adultas mayores con HAS descontrolada, que fueron atendidos en el servicio de consulta externa de medicina familiar de la UMF No. 57 del IMSS.

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple y se calculó un tamaño de muestra con la fórmula para estimar una proporción, se aceptó una confianza del 95 %, y una probabilidad máxima de error del 5 %, calculando una n de 198 pacientes sin ajustar. Posteriormente, se realizó un ajuste asociado a pérdidas máximas (R) del 20 %, obteniendo un total de 248 pacientes.

Posterior a la aprobación del protocolo por parte del comité de investigación y de ética local, se procedió a invitar a los pacientes con HAS que acudieron a la UMF No. 57 durante mayo a octubre de 2023. A cada paciente se le explicó el propósito del estudio y los cuestionarios a llenar, así como los riesgos y beneficios de su participación, aquellos que aceptaron ingresar firmaron su formato de consentimiento informado.

Se incluyeron pacientes adultos mayores de 65 años, derechohabientes de la UMF No. 57 del IMSS Guanajuato, hombres o mujeres, con diagnóstico de HAS descontrolada que aceptaron participar en el estudio manifestado por la firma del consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con complicaciones relacionadas a la HAS (ECV, enfermedades cerebrovasculares, neuropatías, etc.), sujetos con historial de consumo o abuso de sustancias psicoestimulantes e individuos con impedimentos físicos, mentales o lingüísticos para responder a las preguntas de los investigadores.

Se eliminaron pacientes que decidieron su salida voluntaria del estudio y pacientes cuya información clínica o de identificación fue imprecisa, inconsistente o incompleta.

Se recabó la edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad, localidad de vivienda, convivencia en el hogar, pertenencia a grupos sociales, actividad laboral y la percepción del apoyo social



mediante la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social, la cual fue llenada por el paciente únicamente y para aquellos que necesitaron ayuda se le solicitó al personal de enfermería que la proporcionara, esto con el fin de que ni el investigador ni la familia interfirieran con su presencia en el llenado o el sentir del paciente. El tiempo aproximado para la toma de datos, la medición de presión arterial y el llenado de la encuesta fue de 35 minutos. La presión arterial descontrolada se definió como cifras mayores a 140/90 mm Hg en la medición del paciente.

La información se obtuvo a través de método directo mediante encuesta, tanto para el cuestionario como la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social.

Todos los datos se anotaron en la hoja de recolección de datos, posteriormente se utilizó el programa Microsoft Excel, para crear la base de datos. El análisis se realizó por medio del programa IBM SPSS versión 24.

Instrumentos

Se empleó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP), que tiene 12 reactivos que califican el apoyo social de amigos, familia y otras personas significativas, cada reactivo se puede calificar con escala Likert con valores desde 1 que indica muy en desacuerdo hasta 7 que indica muy de acuerdo. La corrección del instrumento se realizó mediante la suma de los puntajes respondidos en cada uno de los ítems, existiendo una puntuación mínima de 12 y una máxima de 60 puntos; siendo las puntuaciones más altas indicadores de mayor percepción de apoyo social ²³.

- La escala Multidimensional de Percepción de Apoyo social o MSPSS, esta fue diseñada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, consta de 12 reactivos que se dividen en 3 subescalas: familia, otros significativos y amigos, cada reactivo puede ser contestado en una escala Likert de 4 opciones, en las que el 1 es casi nunca, el 2 es a veces, el 3 es con frecuencia y el 4 es siempre, para su calificación se deben sumar los puntos obtenidos en cada escala, un puntaje mayor representa un mayor apoyo social. Los reactivos se dividen en: familia (3, 4, 8 y 11), amigos (6, 7, 9 y 12) y otros significativos (1, 2, 5 y 10). Este es uno de los

instrumentos más empleados, en especial en adultos ya que abarca un aspecto más que otras escalas (otros significativos) y debido a sus opciones de respuesta Likert es fácil de calificar y de analizar. Entre sus propiedades psicométricas ha obtenido un α de Cronbach de 0.86 para toda la encuesta ²¹.

- El inventario de comportamientos de apoyo social: una escala que consta de 40 reactivos que se agrupan en 4 aspectos: apoyo informativo o cognitivo, apoyo emocional o valorativo, apoyo tangible y apoyo general, a diferencia de otras escalas no se centra en las personas que brindan el apoyo, sino en los tipos de apoyos recibidos, cuenta con un α de Cronbach de entre 0.76 y 0.95. ²²
- La Escala de Apoyo Social (EAS): se encuentra compuesta por 21 reactivos que evalúan 3 factores: apoyo social, apoyo familiar y apoyo de amigos, esta escala
- fue diseñada por Palomar *et al.*, en 2012 específicamente para población mexicana, los tres factores obtuvieron un α de Cronbach de entre 0.71 y 0.94. ²²

De estos tres instrumentos, se eligió utilizar la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo social, debido al nivel del α de Cronbach obtenido, la evaluación de un componente más además de la familia y los amigos, así como, la rapidez de su llenado, ya que cuenta con 12 reactivos, por lo que el participante no necesita mucho tiempo para su llenado, disminuyendo la probabilidad de respuestas incompletas y apoyando en la participación dentro de la investigación. En el estudio de validación por Motrángolo *et al.*, se obtuvo un α de Cronbach de 0.934 y omega de McDonald de 0.918 con adecuadas propiedades psicométricas ²³.

Análisis estadístico

Todos los datos fueron analizados utilizando SPSS® (IBM®, Estados Unidos), versión 24, para Windows® y Microsoft Excel.

Se utilizó estadística descriptiva para los datos generales de la población en estudio y las características clínicas y sociodemográficas recabadas. Las variables cuantitativas con distribución normal se reportaron en media y desviación estándar (\pm), mientras que las variables cuantitativas con distribución libre fueron reportadas en mediana y rango intercuartílico (RIC).



Para determinar la normalidad en la distribución de las variables se empleó la prueba de Kolmogórov- Smirnov.

Las variables categóricas se describieron en porcentajes.

Los resultados del cuestionario se reportaron como puntajes o porcentajes.

RESULTADOS

La base de datos pasó por una limpieza de datos. En total participaron 248 pacientes. El total de datos fue sometido a una prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar normalidad, identificando una distribución normal ($p > 0.190$). Del total de pacientes, el 54.4 % fueron mujeres y 45.6 % hombres, con una media de edad de 68.3 ± 3.7 años, viviendo el 65.7 % en localidad urbana (Tabla 1).

Con relación al estado civil, la mayoría estaban casados (71.4 %) y reportaron un nivel de escolaridad básico, siendo primaria (59.7 %) y secundaria (31.0 %) los más frecuentes. Entre el tipo de religión más reportado se encontró la religión cristiana (26.2 %), testigo de Jehová (18.1 %), seguido de la católica (17.3 %). El 57.7 % reportó no realizar ninguna actividad laboral (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Característica	N (%)
Sexo	
Hombre	113 (45.6)
Mujer	135 (54.4)
Estado civil	
Casado(a)	177 (71.4)
Viudo(a)	51 (20.6)
Divorciado(a)	9 (3.6)
Soltero(a)	7 (2.8)
Unión libre	4 (1.6)
Escolaridad	
Analfabeta	18 (7.3)
Primaria	148 (59.7)
Secundaria	77 (31.0)

Bachillerato	5 (2.0)
Religión	
Cristiana	65 (26.2)
Católica	43 (17.3)
Testigo de Jehová	45 (18.1)
Bautista	35 (14.1)
Pentecostés	29 (11.7)
Ninguna	31 (12.5)
Actividad laboral	
Si	105 (42.3)
No	143 (57.7)
Localidad	
Rural	85 (34.3)
Urbana	163 (65.7)
Edad (Media [DE])	68.3±3.7

Fuente: Elaboración propia, con base en el análisis de datos recolectados.

Por otro lado, con base en las características y datos clínicos de los pacientes, se identificó que la mayoría tenía enfermedad renal crónica (ERC) (27.8 %), seguido por diabetes mellitus (23.0 %) y artritis reumatoide (19.0%). Con relación a los niveles de la tensión arterial, se identificaron niveles elevado en todos los pacientes, siendo más frecuente niveles de 140/90 mm Hg (27.0%), 150/90 mm Hg (15.7 %) y 160/90 mm Hg (19.8 %). Sobre la periodicidad con la que acuden a consulta, el 56.5 % de los pacientes reportó asistir de manera mensual (Tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de los participantes.

Característica	N (%)
Comorbilidades	
Diabetes mellitus	57 (23.0)
Enfermedad renal crónica	69 (27.8)
Artritis reumatoide	47 (19.0)
Deficiencia visual	45 (18.1)

Osteoartritis	Deficiencia motora	22 (8.9)
Otras		4 (1.6)
		4 (1.6)

Nivel de tensión arterial (mm Hg)			
140/90 mm Hg	150/90 mm Hg	160/90 mm Hg	67 (27.0)
170/90 mm Hg	140/100 mm Hg		39 (15.7)
150/100 mm Hg			49 (19.8)
160/100 mm Hg			7 (2.8)
170/100 mm Hg			27 (10.9)
			26 (10.5)
			18 (7.3)
			15 (6.0)

Periodicidad en la consulta médica	
Mensual	140 (56.5)
Trimestral	108 (43.5)

Fuente: Elaboración propia, con base en el análisis de datos recolectados.

Sobre la convivencia en el hogar, la mayoría vivía con su familia (98.0 %). Así mismo, el 51.2 % de los pacientes pertenecían a un grupo social (51.2 %). En los grupos sociales el predominante correspondía a la iglesia (37.9 %), seguido de grupos de autoayuda (5.6) y grupos deportivos (5.6 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Convivencia y apoyo social de los participantes.

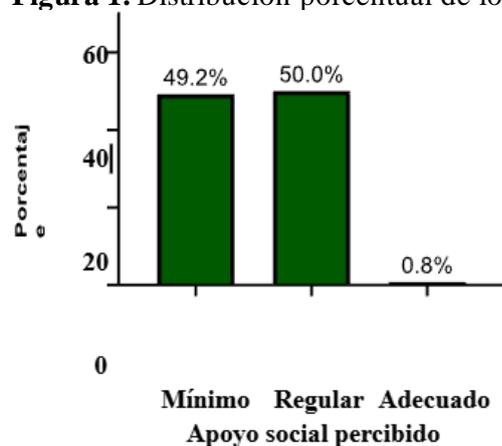
Característica	N (%)	
Convivencia en el hogar		
Vive solo	No contestó	3 (1.2)
Vive con familia		2 (0.8)
		243 (98.0)
Pertenencia a grupo social		
Si	127 (51.2)	
No	121 (48.8)	
Tipo de grupo social		
Iglesia	94 (38.1)	
Club social	5 (2.0)	

Político	1 (0.4)
Deportivo	14 (5.6)
Grupo de autoayuda	14 (5.6)
No respondió	1 (0.4)
Otro	119 (48.0)

Fuente: Elaboración propia, con base en el análisis de datos recolectados.

Con relación a la aplicación de la Escala Multidisciplinar de Apoyo Social Percibido, se identificó que solo el 0.8 % de los pacientes tuvieron un apoyo adecuado, el resto de los pacientes tuvieron un apoyo regular y mínimo (50.0 % y 49.2 %, respectivamente) (Figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con el apoyo social percibido.



Fuente: Elaboración propia, con base en el análisis de datos recolectados.

DISCUSIÓN

En el presente estudio determinamos la percepción del apoyo social en adultos mayores con HAS descontrolada derechohabientes de la UMF No. 57 de Irapuato, Guanajuato. Nuestro análisis mostró que alrededor del 99.2 % del total de pacientes recibieron un apoyo social percibido de mínimo a regular. Este resultado es consistente con lo reportado en la literatura científica, donde indican que aquellos pacientes con niveles de apoyo social percibido adecuado tienen un control de enfermedades crónicas como la HAS ^{19,24}.

En relación con lo anterior, nuestros resultados coinciden con lo reportado por un estudio realizado por Shen *et al.*, quienes exploraron el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento médico en 903 pacientes con hipertensión, en el que los autores reportaron que, el apoyo social percibido por los pacientes tenía un impacto positivo en la adherencia a la

medicación ²⁰.

No obstante, los resultados sobre el apoyo social percibido, son diferentes a lo encontrado en el estudio de Figueroa *et al.*, quienes encontraron una predominancia de apoyo social alto en sus pacientes, aunque sus pacientes no eran enfermos crónicos ²⁵.

Un trabajo con una muestra un poco más similar a la de nuestro estudio fue el realizado por Fernández *et al.*, quienes determinaron el apoyo social percibido en adultos mayores que vivían en asilos, en su muestra el 48.8 % tenía HAS, principalmente eran pacientes con la primaria concluida o sin educación formal y estaban casados o vivían en unión libre (aunque no se determinó si estaba descontrolada), en dicho trabajo la percepción del apoyo social fue excelente en el 34.4 % buena en 31.6 %, regular en 23.1 % y mala en 10.9 %, resultados que fueron un poco más similares a los encontrados en el presente trabajo ²¹.

En un estudio, llevado a cabo por Bhattarai *et al.*, exploraron cómo el apoyo social percibido por los pacientes con HAS afectaba la adherencia a los antihipertensivos y al control de la enfermedad. Los autores encontraron que el 73 % de los participantes recibía un apoyo social de moderado a alto, sin embargo, estos resultados son contradictorios ya que, los pacientes con resultados de apoyo social alto tenían la proporción más baja de control de la HAS (51 %). No obstante, la literatura científica destaca la relevancia del apoyo social percibido por las personas con enfermedades crónicas, como es el caso del estudio por Pomares-Avalos *et al.*, quienes exploraron la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con HAS y, entre sus principales resultados reportan que, un menor apoyo social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un mayor incumplimiento de las recomendaciones médicas ²⁶. Existe evidencia de que el nivel educativo de los pacientes está relacionado con la atención que estos ponen a la salud, incluyendo el seguimiento de los tratamientos y que puede influir en el control de la enfermedad, lo que coincide con lo reportado por Hernández-Quintero *et al.*, donde la mayoría de los participantes adheridos al tratamiento de HAS corresponden al grupo de escolaridad preuniversitario y universitario ²⁷.

Se destacan a su vez, la convivencia social y familiar, así como la religión como variables que



pueden influir en la adherencia al tratamiento de la HAS, no obstante, la literatura relacionada con este tema es contradictoria. Por un lado, Osamor *et al.*, reportan que el apoyo de la familia y los amigos y la religión, fueron factores relacionados con buen apego al tratamiento ¹⁹. Mientras que, en un estudio de Huertas-Vieco *et al.*, en pacientes que acuden a hemodiálisis identificaron no existieron diferencias en adherencia en relación con el tipo de convivencia de los pacientes ²⁸.

A pesar de que, el presente estudio no es una muestra representativa de todas las unidades médicas de México, brinda una perspectiva sólida sobre la situación experimentada en pacientes con HAS derechohabientes de la UMF No. 57 y de la magnitud de la falta de adherencia al tratamiento, así como, del apoyo social percibido de este grupo de población; por lo que, se espera que la información sea útil como punto de partida para planear siguientes pasos y futuras investigaciones en relación a estrategias para adherencia al tratamiento y control de la HAS y así, otorgar una atención integral a los pacientes, con implicaciones en su calidad de vida y a la reducción de gastos para el instituto.

No obstante, es importante considerar algunas limitaciones que presenta el estudio al interpretar los resultados. En primer lugar, la naturaleza transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables. Además, la muestra se limitó a una única unidad médica y aunque se aplicó un muestreo probabilístico y aleatorio, la posibilidad de sesgo de selección no puede ser completamente descartada, condiciones que afectan la generalización de los resultados. Aunado a lo anterior, la utilización de cuestionarios autoreportados, como la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, puede estar sujeta a sesgos de respuesta y percepción; además, la evaluación del apoyo social estuvo limitado porque no consideró la calidad de las interacciones sociales, aspecto que podría proporcionar un panorama más completo de las redes de apoyo en esta población. Futuras investigaciones deberían abordar estas limitaciones mediante diseños longitudinales, muestras más amplias y diversas, y métodos mixtos que incluyan evaluaciones cualitativas del apoyo social.



CONCLUSIONES

En conclusión, el estudio realizado en la UMF No. 57 proporcionó un panorama sobre la situación experimentada en pacientes derechohabientes de esta unidad médica con HAS descontrolada, así como, una perspectiva de la percepción del apoyo social en este grupo de población.

Debido a la relevancia del apoyo social en el apego al tratamiento y las recomendaciones por los pacientes con enfermedades crónicas como HAS, deben identificarse acciones para el fortalecimiento de las redes de apoyo en la atención primaria, para garantizar una atención integral.

En este contexto, programas comunitarios, grupos de ayuda mutua y actividades que fomenten la participación social y el sentido de pertenencia podrían ser beneficiosos. Además, los profesionales de salud deben llevar un monitoreo adecuado para identificar las necesidades individuales de apoyo social y buscar estrategias para cada paciente, dado su impacto en el deterioro de la salud mental y física en este grupo de población vulnerable.

Perspectivas

La realización de estudio fue importante para obtener y brindar un panorama sobre la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con HAS en la UMF No. 57 y una perspectiva de la percepción del apoyo social en este grupo de adultos mayores, así como, la necesidad de profundizar en el tema e identificar los siguientes pasos para la mejora en la calidad de la atención brindada a la población atendida.

La información obtenida se plantea como un primer acercamiento de la situación de este grupo de población con enfermedades crónicas, misma que se compartirá con los tomadores de decisión de la unidad médica para dar seguimiento a estrategias, como grupos de ayuda mutua.

En futuras investigaciones se recomienda profundizar en el tema sobre la asociación de la percepción de apoyo social con la adherencia al tratamiento en esta unidad médica, así como, los factores relacionados. A su vez, posterior a esto, considerar el diseño e implementación o fortalecimiento de acciones dirigidas a promover al apoyo social y la adherencia a tratamiento de enfermedades crónicas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cífková R, Dominiczak AF, et al. Hypertension. *Nat Rev Dis Prim.* 2018 Mar; 4:18014.
2. Gorostidi M, Santamaría R, Olivieras A, Segura J. Hipertensión arterial esencial: tratamiento. *Nefrol al día.* 2020;113(1):2659–1606.
3. Carey RM, Whelton PK, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. *Ann Intern Med.* 2018;168(5):351–8.
4. World Health Organization. Hipertensión. Centro de prensa. 2021. p. NA.
5. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Ramírez-Villalobos D, Hernández-Prado B, Barquera S. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. *Ensanut 2020. Salud Publica Mex.* 2021;63(6, Nov-Dic):692–704.
6. Center for disease Control and Prevention. High Blood Pressure. Know Your Risk for High Blood Pressure. 2022. p. NA.
7. Organización Panamericana de la Salud. Control de la hipertensión. La OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión. 2020. p. NA.
8. Vergara P, Cristaldo C. Hipertensión refractaria. *Acta Médica Colomb.* 2019;44(2):84–91.
9. Vargas Negrin F. Treatment adherence: A difficult, but not impossible, challenge. *Rev Osteoporos y Metab Miner.* 2014;6(1):5–7.
10. Bello-Escamilla N, Montoya-Caceres P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos.* 2017;28(8):73–7.
11. García Valle S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. *Rev la OFIL.* 2020;30(2):115–20.
12. Radhi MM, Niazy SM, Abed SN. Individual-related factors associated with treatment



- adherence among hypertensive patients. *J Public Health Africa*. 2023;14(6):208–13.
13. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2018; 13:2425–41.
 14. Chia YC, Devaraj NK, Ching SM, Ooi PB, Chew MT, Chew BN, et al. Relationship of an adherence score with blood pressure control status among patients with hypertension and their determinants: Findings from a nationwide blood pressure screening program. *J Clin Hypertens*. 2021;23(3):638–45.
 15. Turan GB, Aksoy M, Çiftçi B. Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *J Vasc Nurs*. 2019;37(1):46–51.
 16. Hacıhasanoglu Asilar R, Yildirim A, Sağlam R, Demirturk Selcuk E, Erduran Y, Sarihan O. The effect of loneliness and perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey. *J Vasc Nurs*. 2020;38(4):183–90.
 17. Zhu T, Xue J, Jiang Y, Wang J, Weng W, Chen S. Social support and depression related to older adults' hypertension control in rural China. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019;27(11):1268–1267.
 18. Thuy LQ, Thanh NH, Trung LH, Tan PH, Nam HTP, Diep PT, et al. Blood Pressure Control and Associations with Social Support among Hypertensive Outpatients in a Developing Country. *Biomed Res Int*. 2021;2021.
 19. Osamor PE. Social support and management of hypertension in South-West Nigeria. *Cardiovasc J Afr*. 2015;26(1):29–33.
 20. Shen B, Guan T, Du X, Pei C, Zhao J, Liu Y. Medication Adherence and Perceived Social Support of Hypertensive Patients in China: A Community- Based Survey Study. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16(May):1257–68.
 21. Fernández Aragón S, Cáceres Rivera D, Manrique-Anaya Y. Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida.



- Diversitas. 2020;16(1).
22. Lever JP, García GLM, Estrada AV. Elaboración de una escala de apoyo social (EAS) para adultos. *Univ Psychol*. 2013;12(1):129–37.
 23. Matrángolo G, Simkin H, Azzollini SC. Evidence of Validity of the Multidimensional Social Support Scale (MSPSS) in adult Argentinian population. *Rev CES Psicol*. 2022;15(1):163–81.
 24. Siddiqui AF. Self-Perceived Social Support of Patients with Chronic Skin Diseases in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Survey. *J Clin Med*. 2023;12(16).
 25. Figueroa LA, Soto D, Alina N, Fernández S. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores Quality of life and perceived social support in the elderly. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. 2016;20(1):47–53.
 26. Pomares Avalos AJ, Benítez Rodríguez M, Vázquez Núñez MA, Santiesteban Alejo RE. Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]*. 2020;36(2):1–13. Available from: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1190/334>
 27. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Pharmacological therapy compliance in diabetes. *Salud Publica Mex*. 2001;43(3):233–6.
 28. Huertas-Vieco MP, Pérez-García R, Albalade M, de Sequera P, Ortega M, Puerta M, et al. Psychosocial factors and adherence to drug treatment in patients on chronic.

