



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2019-2020**

**PRESENTADO POR
GARY EMANUEL SAAVEDRA VILCHEZ
CLAUDIA CAROLINA REQUE ORIHUELA**

**ASESOR
FÉLIX LLANOS TEJADA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

LIMA- PERÚ

2022



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2019-2020**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR
SAAVEDRA VILCHEZ GARY EMANUEL
REQUE ORIHUELA CLAUDIA CAROLINA**

**ASESOR
ME. LLANOS TEJADA FÉLIX**

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Arturo Pareja Cruz, Médico Microbiólogo-Imunólogo

Miembro: María Cristina Medina Pflucker, doctora en Medicina

Miembro: José Wagner López Revilla, Médico Especialista en Infectología

A nuestra familia, que nos apoyó en toda la carrea, siendo el soporte económico y emocional que necesitamos

AGRADECIMIENTOS

A Félix Llanos Tejada, doctor de Medicina, por su asesoría, por lo cual pudimos desarrollar la parte estadística y técnica de la tesis.

A Mijahil Pavel Cornejo Ortega, doctor de Medicina, Jefe del Departamento de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, quien nos brindó su apoyo y mentoría en temas de reumatología para desarrollar nuestra tesis y el acceso a los pacientes para realizar las encuestas.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	1
I. MATERIALES Y MÉTODOS	4
II. RESULTADOS	9
III. DISCUSIÓN	12
CONCLUSIONES	15
RECOMENDACIONES	16
FUENTES DE INFORMACIÓN	17
ANEXO	

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación y los factores psicosociales más intensamente asociados a la no adherencia terapéutica en los pacientes con Enfermedades Reumatológicas Autoinmunes Sistémicas (ERAS) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 2019 y 2020.

Materiales y métodos: Estudio transversal; realizado en el Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La muestra fue de 291 pacientes con diagnóstico de ERAS. Los datos se extrajeron de cuatro cuestionarios: Morisky-Green, PDRQ-9, GHQ-12 y MOS-SSS 20, para medir adherencia terapéutica, relación médico-paciente, salud mental y percepción de apoyo social, respectivamente.

Resultados: De 173 pacientes incluidos, la mayoría de los pacientes presentaron una no adherencia (71.1%). Además, se encontró una asociación significativa entre la percepción del apoyo social $p < 0.001$ OR: 6.1 (IC 95%: 2.9-12.8), relación médico-paciente $p < 0,05$ PR: 2.18 (IC 95%: 1.1-4.2) y riesgo de psicopatología $p < 0.001$ OR: 0.11 (IC 95%: 0.04-0.26), respecto a la no adherencia terapéutica. Asimismo, se determinó que los factores psicosociales que aumentan el riesgo de una no adherencia terapéutica son la mala relación médico paciente y la mala percepción de apoyo social.

Conclusión: La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes es baja, siendo solo un 28.9% la población adherente. El principal factor asociado es la percepción de apoyo social seguido de la relación médico paciente y de salud mental.

Palabras clave: Factores psicosociales, adherencia terapéutica, enfermedades autoinmunes.

ABSTRACT

Objective: To determine the association and the psychosocial factors most intensely associated with therapeutic non-adherence in patients with Systemic Autoimmune Rheumatological Diseases (SARD) from Arzobispo Loayza National Hospital between the years 2019 and 2020.

Materials and methods: Quantitative observational descriptive, correlational association, cross-sectional, prospective, and clinical study; carried out in the Rheumatology service of the Arzobispo Loayza National Hospital. The sample consisted of 173 patients with a diagnosis of SARD. Data were extracted from four questionnaires: Morisky-Green, PDRQ-9, GHQ-12, and MOS-SSS 20, to measure therapeutic adherence, doctor-patient relationship, mental health, and perception of social support, respectively.

Results: From 173 patients included, most of the patients presented Non-Adherence (71.1%). In addition, a significant association was found between the doctor-patient relationship, risk of psychopathology and perception of social support, with respect to therapeutic non-adherence. Likewise, it was determined that the psychosocial factors that increase the risk of therapeutic non-adherence are the poor doctor-patient relationship and the poor perception of social support with an OR of 2.18 and 6.1, respectively.

Conclusion: Therapeutic adherence in patients with autoimmune rheumatic diseases is low (28.9%). The main associated factor is the perception of social support followed by the doctor-patient relationship and mental health.

Keywords: Psychosocial factors, therapeutic adherence, Autoimmune Diseases.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades autoinmunes (EA) se manifiestan cuando nuestro sistema inmune (SI) pierde la capacidad de diferenciar entre los antígenos propios y externos, rompiendo así la tolerancia inmunológica y produciendo ataque y daño hacia el huésped (1). Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) abarcan un conjunto de diversas patologías caracterizadas por un componente autoinmune y la inflamación crónica de múltiples órganos y tejidos; ya sea articulaciones, tendones y otros tejidos conectivos como en artritis reumatoide; vasos sanguíneos como en una vasculitis; y múltiples órganos principales como cerebro, riñones, corazón, pulmones y vasos sanguíneos como en el caso de la ERA más prevalente, el lupus eritematoso sistémico. Así mismo, se ha observado que muchas de estas patologías se manifiestan en los diferentes integrantes de una familia, enfatizando así su origen genético (2).

Estas patologías son consideradas como problemas de salud pública debido a que podemos encontrar su prevalencia tanto en países industrializados como en países que se encuentran en vías de desarrollo, las complicaciones que presentan, así como la carga de discapacidad y la mala calidad de vida de estos pacientes, genera una insatisfacción por parte de estos respecto a su bienestar físico, emocional y social (3).

Latinoamérica (LA) tiene hasta el censo de 2016 un total de 625 millones de habitantes (4), y la prevalencia de las enfermedades autoinmunes es aproximadamente de 3.225% (5). Sin embargo, hay datos que mencionan una prevalencia del 5 al 10% (6). Tomando en cuenta esos datos, es posible afirmar que en LA debe existir un número de pacientes afectados por una EA, superior a los 20 millones de habitantes. Específicamente sobre el Perú, un país con 32 millones de habitantes debe tener alrededor de 1.5 millones de pacientes con EA. Sin embargo, hay poca información sobre el avance en investigación científica en EA. Y estas cifras siguen en aumento, que se explica con una teoría: "Nuestro medio ambiente está cambiando: tenemos 80 000 sustancias químicas cuyo uso está aprobado en el comercio, pero sobre cuyos efectos sobre el sistema inmune sabemos muy poco. Nuestros estilos de vida también son diferentes de cómo eran

hace apenas unas cuantas décadas, y comemos más alimentos procesados." Si bien sabemos que la prevalencia de las patologías cardíacas y oncológicas se encuentran decreciendo, son las enfermedades autoinmunes las que posiblemente se conviertan en una de las patologías con más presupuesto costoso en los EE.UU. (7).

En un estudio previo de EE.UU., se confirmó que los pacientes con AR y LES llegaban a tener una falta de adherencia al tratamiento con cifras de hasta 38% (8). Lo cual va acorde a que en el manejo diario de los pacientes que presentan enfermedades reumáticas autoinmunes, una óptima atención resulta ser difícil porque muchas de estas patologías no generan una afectación netamente localizada, sino que abarcan un amplio espectro sistémico, emocional, físico y social. En lo que respecta al tratamiento, este suele ser muy difícil de seguir, no solo por los numerosos fármacos que se suelen emplear, sino por las múltiples reacciones adversas que estos suelen ocasionar, y si a esto le añadimos el largo periodo por el cual el paciente se ve forzado a consumir el medicamento, notaremos una adherencia muy por debajo de lo esperado.

En este trabajo, pretendemos comprobar que existe una serie de factores psicosociales que pueden estar asociados a la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con alguna ERA, como la relación médico-paciente, la sintomatología de estrés emocional y depresión, el conocimiento que tiene respecto a su propia enfermedad o la percepción general de su estado de salud. Es muy importante determinar el o los factores más intensamente asociados con la falta de adherencia, debido a que un tratamiento exitoso es el resultado de una adherencia bien establecida, la cual ha sido definida por múltiples autores, siendo: "El grado en el que el comportamiento de un paciente coincide con el consejo médico o personal de salud" (9), el más aceptado. Por otra parte, los estudios y avances científicos con respecto al tratamiento de las patologías autoinmunes se han visto incrementados e incluso se ha reportado una posible cura de estas patologías (10) que, sería imposible de alcanzar sin una adecuada adherencia al tratamiento.

Actualmente, no hay muchos estudios que nos proporcionen información precisa sobre la asociación que hay entre factores psicosociales y la falta de adherencia

farmacológica en los pacientes diagnosticados con enfermedades reumatológicas autoinmunes, pese a que el Perú ocupó el séptimo lugar respecto a los demás países de Latinoamérica en cuanto al número de publicaciones en enfermedades autoinmunes entre 2007-2017 con 102 publicaciones a nivel nacional (11).

Por ende, nosotros buscamos establecer el grado de asociación entre los factores psicosociales y la adherencia al tratamiento en los pacientes con ERA del HNAL, lo cual no solo nos ayudará a informar y promover un adecuado manejo de los factores psicosociales, sino también a evitar, en el paciente, el avance y las complicaciones que genera su enfermedad debido a la falta de adherencia que se da entre el paciente y su fármaco. Con los resultados obtenidos también se podrá mejorar en lo que respecta a estrategias terapéuticas, atención integral y seguimiento por parte del personal médico. El estudio se realizará en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2019 y 2020.

I. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño

Transversal analítico

Población de estudio

Pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2019 al 2020.

Tamaño de la población de estudio

Para el cálculo de tamaño muestral, se usó la fórmula para la estimación de una prevalencia poblacional con una precisión absoluta especificada, con un nivel de confianza de 95%, precisión de 5%, potencia de estudio de 80% y una prevalencia esperada de 30%. El tamaño de la muestra es de 291. Cabe resaltar que, por motivos del estado de emergencia sanitario, pudimos encuestar a 173 pacientes.

Muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Paciente del Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza diagnosticado con alguna enfermedad reumatológica autoinmune sistémica que se encuentren localizados tanto consultorio como hospitalización.

Criterios de exclusión

Pacientes que fueron diagnosticados el día de la encuesta.

Pacientes ya diagnosticados y que por alguna causa o motivo aún no iniciaron con el tratamiento.

Pacientes que hayan rellenado la encuesta y que esta se encuentre ilegible o incomprensible.

Pacientes que hayan iniciado la encuesta, pero no la hayan finalizado correctamente.

Pacientes que por motivos personales se negaron a participar.

Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Instrumento de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron en este estudio fueron cuatro encuestas validadas.

Para evaluar el grado de adherencia terapéutica en los pacientes con ERAS se utilizó el Test de Morisky-Green, esta fórmula fue utilizada por Val, Jiménez; en la validación de su test para HTA (12) (Anexo 4), consta de 4 preguntas con respuestas dicotómicas de sí/no, y se considera adherente al paciente que contesta “no, sí, no, no” en ese orden y no adherentes a los que contestaron de otra forma.

Para evaluar la relación médico-paciente se utilizó la encuesta Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) (13) adaptado y validado al castellano por Jc Mingote A; con un alfa de crombach de 0.94 (14) (Anexo 5) cuya respuesta viene contestada en una escala tipo likert con 5 categorías: 1 (“nada apropiado”), 2 (“algo apropiado”), 3 (“apropiado”), 4 (“bastante apropiado”) y 5 (“muy apropiado”).

Para la evaluación del estrés emocional y depresión que presentaron los pacientes se optó por utilizar el Cuestionario de Salud General de Golderg (GHQ), en su versión de 12 preguntas (GHQ-12) la cual fue validada en Chile con un coeficiente de alpha de Cronbach de 0,902 (15); este cuestionario presenta respuestas en una escala tipo Likert y está creado con el fin de medir posibilidad de patología mental que no sea psicótica, ni con correlación orgánica, con una puntuación mayor o igual a 7. (Anexo 6)

Y para la percepción de apoyo social y cohesión familiar se usó el cuestionario MOS-SSS (Medical Outcome Study Social Support Survey) con validación y adaptación en Colombia con un alfa de Cronbach entre los componentes de 0.921 y 0.736 (16) (Anexo 7) que consta de 20 ítems los cuales se les asignó un valor de 1-5 a cada uno, la interpretación se dio a la suma de puntaje que adquiere cada sector de apoyo siendo, en índice global de apoyo social con un valor máximo de

94 y un mínimo de 19; en el apoyo emocional un máximo de 40 y un mínimo de 8; en la ayuda material un máximo de 20 y un mínimo de 4; en las relaciones sociales de ocio y distracción un máximo de 20 y un mínimo de 4; en el apoyo afectivo un máximo de 15 y un mínimo de 3.

Técnica de recolección de datos

Para llevar a cabo la ejecución del presente trabajo de investigación, los autores acudieron al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ubicado en Av. Alfonso Ugarte 848, distrito de Lima para la recolección de datos.

Los datos se obtuvieron de 4 encuestas validadas en el ámbito científico que se brindaron a los pacientes diagnosticados con algún tipo de enfermedad reumatológica autoinmune sistémica que se encontraban localizados en el servicio de reumatología del hospital u hospitalizados en pabellón y hayan sido referidos por el servicio, durante el periodo de julio 2019 a julio del 2020.

Se explicó en primera instancia, a todo paciente, el asunto de la encuesta y que esta contaba con la confidencialidad correspondiente de los datos personales. Ante la aceptación voluntaria del encuestado mediante el consentimiento informado, procedió a rellenar las encuestas, las cuales posteriormente fueron recolectadas por los investigadores.

Procesamiento y análisis de datos

1. Procesamiento de datos en Excel 2016.
2. Análisis de datos mediante estudio de frecuencias para variables cualitativas y medidas de tendencia central y medidas de dispersión para variables cuantitativas aceptando un P significativo <0.05 y haciendo la asociación de variables evaluadas mediante el estadístico correlación de Pearson.
3. Presentación de los datos en tablas y gráficas.
4. El Procesamiento se realizó siguiendo estas fases:
 - a. Revisión de datos y examinación de los cuestionarios, con el fin de realizar las correcciones necesarias.
 - b. Codificación de datos, convirtiendo los datos recolectados en códigos numéricos de acuerdo con la respuesta esperada en cada variable.
 - c. Clasificación de los datos de acuerdo con la codificación y valoración de las variables que se consideraron en el estudio.

- d. Procesamiento de los datos mediante el programa IBM SPSS Statistics 25 en español.
- e. Verificación o convalidación.
- f. Recuento de datos - Plan de tabulación de datos. Se calcularán las medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas y medidas de frecuencia para variables cuantitativas.
- g. Se hizo la correlación de variables mediante el estadístico correlación de Pearson.
- h. Presentación de los datos a través de tablas y gráficos de barras e histogramas.

Aspectos éticos

Esta investigación estuvo sujeta a normas éticas internacionales para la investigación.

Se respetaron los principios bioéticos:

Principio de beneficencia: La Información que se recabe ha sido utilizada para manejar nuevos conocimientos que beneficien a la población de pacientes con enfermedad reumatológica autoinmune.

Principio de no-maleficencia: Debido a que se trata de un estudio observacional correlacional, no se realizó ningún tipo de experimentación con los pacientes ni se los expuso a algún factor de riesgo.

Principio de autonomía: Los pacientes encuestados fueron libres de tomar la decisión de participar en el estudio, no habiendo ninguna represalia si decidían no participar. Así mismo, pudieron realizar las preguntas que creyeron necesarias con respecto al estudio a los investigadores. También se le entregó un consentimiento informado (Anexo 1) a cada paciente previo a la encuesta, misma que fue llenada y firmada por el mismo encuestado.

Principio de justicia: Se realizó una selección equitativa de la población. Este trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, previo a su ejecución.

Asimismo, por el Departamento de Ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, previo a la recolección de datos. Los datos y la privacidad de los encuestados fueron confidenciales. Todos ellos se insertaron en una base de datos junto a un número para identificarlos. Las fichas, las encuestas y la base de datos estuvieron con los investigadores y pudieron ser requeridas solo por el Comité de Ética, para proteger el anonimato y confidencialidad de la información.

II. RESULTADOS

Del total de pacientes encuestados (173), se observó una mayor frecuencia del sexo femenino (87.3%) y según tipo de enfermedad, AR obtuvo el primer lugar con 49.7%, seguido de LES con 38.7%. (Tabla 1)

Tabla 1. Características de los participantes

Características	N=173 (%)
Edad (X±DS)	47.68 ± (15.189)
Adulto	148 (85.5)
Adulto mayor	25 (14.5)
Sexo	
Masculino	22 (12.7)
Femenino	151 (87.3)
Tipo de enfermedad	
Artritis Reumatoide	86 (49.7)
Lupus Eritematoso sistémico	67 (38.7)
Sjögren	11 (6.4)
Esclerodermia	9 (5.2)
Tiempo de enfermedad (X±DS)	5.95 ± (6.87)
Agudo	6 (3.5)
Subagudo	1 (0.5)
Crónico	166 (96.0)
Adherencia según MORISKY GREEN	
No Adherente	123 (71.1)
Adherente	50 (28.9)
Relación médico paciente según PDRQ9	
Menor satisfacción (Mala relación médico-paciente)	103 (59.5)
Mayor satisfacción (Buena relación médico-paciente)	70 (40.5)
Riesgo de psicopatología según GHQ12	
Bienestar psicológico (Ausencia y bajo riesgo de deterioro de salud mental)	42 (24.3)
Malestar psicológico (Moderado y alto riesgo de deterioro de salud mental)	131 (75.7)
Percepción de apoyo social según MOS-SSS	
Medio y Mínimo (Mala percepción de apoyo social)	81 (46.8)
Máximo (Buena percepción de apoyo social)	92 (53.2)
*Media ± Desviación estándar	

En relación con la adherencia, la mayoría de los pacientes presentaron una No Adherencia (71.1%), de este grupo cabe resaltar, a la población femenina con un

88.6%; población adulta con un 86.2%; y respecto al tipo de enfermedad, AR y LES con un 48% y 37.4%, respectivamente. En el estudio se encontró una asociación significativa de la relación médico-paciente, riesgo de psicopatología y percepción del apoyo social, respecto a la no adherencia terapéutica. Asimismo, se encontró que los factores psicosociales que aumentan el riesgo de una No adherencia terapéutica son la mala relación médico-paciente y la mala percepción de apoyo social con un RP de 2.18 y 6.1, respectivamente. De igual modo, se encontró que la ausencia y bajo riesgo de deterioro de salud mental es un factor protector con un RP de 0.11. (Tabla 2)

Tabla 2. Relación de adherencia y no adherencia con las características de los participantes

Características	No Adherente (n=123) n(%)	Adherente (n=50) n(%)	P*	RP (IC 95%)
Edad				
Adulto	106 (86.2)	42 (84)	0,71	
Adulto mayor	17 (13.8)	8 (16)		
Sexo				
Masculino	14 (11.4)	8 (16)	0,40	
Femenino	109 (88.6)	42 (84)		
Tipo de enfermedad				
Artritis Reumatoide	59 (48)	27 (54)	0,16	
Lupus Eritematoso sistémico	46 (37.4)	21 (42)		
Sjögren	11 (8.9)	0 (0)		
Esclerodermia	7 (5.7)	2 (4)		
Tiempo de enfermedad				
Agudo	5 (4.1)	1 (2)	0,23	
Subagudo	0 (0)	1 (2)		
Crónico	118 (95.9)	48 (96)		
Relación médico paciente según PDRQ9				
Menor satisfacción (Mala relación médico-paciente)	80 (65)	23 (46)	0,021	2.18 (1.1-4.2)

Mayor satisfacción (Buena relación médico-paciente)	43 (35)	27 (54)		
Riesgo de psicopatología según GHQ12				
Bienestar psicológico (Ausencia y bajo riesgo de deterioro de salud mental)	15 (12.2)	27 (54)	<0.001	0.11 (0.04-0.26)
Malestar psicológico (Moderado y alto riesgo de deterioro de salud mental)	108 (87.8)	23 (46)		
Percepción de apoyo social según MOS-SSS				
Medio y Mínimo (Mala percepción de apoyo social)	84 (68.3)	13 (26)	<0.001	6.1 (2.9-12.8)
Máximo (Buena percepción de apoyo social)	39 (31.7)	37 (74)		

*se utilizó prueba chi cuadrado

III. DISCUSIÓN

Las enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas (ERAS) se han visto incrementadas en cuanto a su prevalencia lo cual, viene relacionado a una baja tasa de adherencia terapéutica. En este estudio se buscó identificar, principalmente, la asociación entre factores psicosociales con la adherencia terapéutica en los pacientes con ERAS.

Con relación al objetivo del estudio, se encontró asociación significativa entre los factores psicosociales estudiados (Relación médico-paciente, Percepción de apoyo social y Riesgo de psicopatología) y la adherencia terapéutica en los pacientes con ERAS del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante 2019-2020. Este resultado se corresponde, en cierto punto, con el estudio hecho por Vela R y Cerna K (17), en el cual se describe una asociación del factor relación médico-paciente, el factor motivación del paciente por su salud y el factor de percepción respecto a las redes de apoyo, con un alto grado de significancia en la adherencia terapéutica; este estudio se realizó en pacientes con hipertensión arterial, lo cual guarda similitud con el presente estudio, puesto que, ambas pertenecen al grupo de enfermedades crónicas.

En primer lugar, el factor que presentó la mayor asociación con la adherencia terapéutica fue la Percepción de apoyo social, evaluada mediante el cuestionario MOS-SSS 20, el cual nos indica que el 68.3% de los no adherentes tuvo una mala percepción de apoyo social y que este factor a su vez, nos generaría 6 veces más riesgo de presentar una mala adherencia. El resultado se relaciona con el estudio realizado por Bugni V (18), en el cual se detalla que la mala adherencia terapéutica está altamente relacionada a problemas personales y familiares, concluyendo que existe una buena adherencia al tratamiento en general en pacientes cuyos proveedores vivían en un adecuado ambiente de cohesión familiar.

En segundo lugar, el siguiente factor asociado fue el de riesgo de deterioro de salud mental evaluado por el cuestionario de Riesgo de psicopatología GHQ12, el cual mide en términos generales, el nivel de estrés, depresión y ansiedad. Por otra parte, también se encontró que la ausencia y bajo riesgo de deterioro de salud mental es

el único factor protector, de los estudiados, para una buena adherencia terapéutica y que, del total de paciente no adherentes en este grupo, el 56% presentaba alto riesgo de deterioro de salud mental. En el estudio de Saavedra (19) se detalla que los pacientes con ERAS de reciente inicio presentaron al menos un acontecimiento vital estresante, y que el 60% de la población presentó una puntuación intermedia-alta de unidades de cambios vitales, concluyendo que un antecedente importante respecto a las ERAS, era el presentar una situación estresante el cual muchas veces persiste a lo largo de toda su enfermedad y que, indirectamente, influye en la perspectiva que tiene el paciente respecto al curso de su patología. Esto pone en manifiesto la gran importancia de presentar una buena salud mental en el paciente para generar mejor adherencia respecto a su tratamiento.

En tercer lugar, el factor relación médico-paciente evaluado por el cuestionario PDRQ-9 demostró una asociación significativa, ya que la mala relación médico-paciente presentó 2 veces más riesgo para no adherencia terapéutica. Sin embargo, en un estudio realizado por Vela R y Cerna K (17) sobre factores que determinan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas, se menciona que el factor relación médico paciente fue el que presentó mayor asociación a la adherencia, en comparación con la motivación por su salud y su percepción respecto a las redes de apoyo. Esta discrepancia se puede atribuir a que muchos de los pacientes encuestados en el presente estudio, mostraron inquietud al realizarla, preguntando en múltiples casos si el doctor a cargo se enteraría del resultado. Adicionalmente, también es importante mencionar que en un estudio realizado por Lemay (20), sobre la existencia entre las creencias respecto a su medicación y la adherencia terapéutica, se encontró que esta se vio afectada negativamente por la mala percepción que tenían los pacientes respecto a su tratamiento farmacológico brindado por su médico tratante, el cual no generaba confianza y seguridad ante el tratamiento brindado a sus pacientes. Entonces, respecto a este punto si bien vemos que algunos autores lo consideran como el factor más importante en generar una correcta adherencia y otros en menor instancia, queda claro que una buena relación entre el personal de salud y el paciente acompañada de una adecuada comunicación y entendimiento por parte de ambos ayudará a que este genere un apropiado conocimiento de su enfermedad lo que le hará comprender mejor la importancia de una buena adherencia.

Asimismo, esta investigación obtuvo mayor predominio en pacientes adultos (85%), así como femeninos (87%), lo cual se correlaciona con un estudio realizado en Cuba por Chapalbay I; Ayala P; Campos L (21); en pacientes con enfermedades reumáticas, en el cual el promedio de edad fue de 60 años a más y el porcentaje de mujeres fue de 80.8%. En cuanto a la prevalencia de enfermedades reumáticas, AR fue la patología más prevalente con 49.7%, seguido de LES con 38.7%; lo cual, si discrepa del estudio, previamente mencionado, en el cual se encontró AR en el segundo lugar con 29.5% y LES en cuarto lugar con 14%, esto dado a que el estudio cubano incluyó patologías que son más prevalentes en la población reumática, como la osteoartritis y fibromialgia.

Y respecto a la adherencia terapéutica, medida por el cuestionario de Morisky G (12), este estudio reporta una mayor No adherencia con 72.1%, respecto a la adherencia terapéutica con 28.9%; lo cual difiere con el estudio realizado en Cuba, ya que reporta una adherencia terapéutica de un 52.5% y una no adherencia de un 47.5%. Cabe mencionar que en otro estudio realizado en Brasil por Leão N; Dámaso A; Serrate S (22), sobre factores asociados con baja adherencia al tratamiento farmacológico, se encontró una baja adherencia al tratamiento en paciente con enfermedades crónicas (30.8%). Las similitudes que presenta este estudio y el de Leão N, en cuanto al porcentaje de adherencia, así como la discrepancia dada con el estudio de Chapalbay I, puede verse atribuida al número considerado en la población de estudio, ya que el estudio brasilero consideró una muestra total de 14 358 y el presente estudio 173, ambas poblaciones altas comparadas con el estudio cubano con una población de 78 paciente.

IV. CONCLUSIONES

En conclusión, la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes es baja, siendo solo un 28.9% la población adherente en el presente estudio.

Esta a su vez se ve influenciada por distintos factores, siendo la percepción de apoyo social, evaluada mediante el cuestionario MOS-SSS 20 la de mayor asociación estadísticamente significativa; siguiendo, el riesgo de deterioro de salud mental, evaluado por el cuestionario de riesgo de psicopatología GHQ12 y la relación médico paciente, evaluado por el cuestionario PDRQ-9, como segundo y tercer lugar, respectivamente.

Vemos entonces, la vital importancia que tiene la percepción de apoyo social que presenta el paciente durante su tratamiento, así como una buena salud mental, temas que muchas veces no son considerados como parte del manejo integral que se brinda a todo paciente con enfermedad crónica.

V. RECOMENDACIONES

Por ende, se recomienda generar un abordaje multidisciplinario en este tipo de patologías, ya que esto dará como resultado no solo una buena adherencia por parte del paciente y con ello un adecuado manejo de su enfermedad, sino que se podrá reducir el costo directo e indirecto, así como el costo que presenta el Estado al subvencionar el tratamiento de un solo paciente que no cumple una buena adherencia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Wang L, Wang F-S, Gershwin ME. Human autoimmune diseases: a comprehensive update. *J Intern Med.* Octubre de 2015;278(4):369-95.
2. Manual SER de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas. :478.
3. Franco-Aguirre JQ, Cardona-Tapias AA, Cardona-Arias JA. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, 2014. *Rev Colomb Reumatol* septiembre de 2015;22(3):153-61.
4. NU. CEPAL. División de Estadísticas. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2016 = Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean 2016. 2017.
5. Cooper GS, Stroehla BC. The epidemiology of autoimmune diseases. *Autoimmun Rev.* mayo de 2003;2(3):119-25.
6. Invernizzi P, Pasini S, Selmi C, Gershwin ME, Podda M. Female predominance and X chromosome defects in autoimmune diseases. *J Autoimmun.* agosto de 2009;33(1):12-6.
7. Persisten las preguntas: Factores ambientales en las enfermedades autoinmunes. *Salud Pública México.* agosto de 2011;53(4):355-62.
8. Achaval S de, Suarez-Almazor ME. Treatment adherence to disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Int J Clin Rheumatol.* junio de 2010;5(3):313-26.
9. Prados-Moreno S, Sabio JM, Pérez-Mármol JM, Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramírez MI. Adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Med Clínica.* enero de 2018;150(1):8-15.
10. Ledford H. Drug companies flock to supercharged T-cells in fight against autoimmune disease. *Nat News [Internet].* [citado 24 de enero de 2021]; Disponible en: <http://www.nature.com/news/drug-companies-flock-to-supercharged-t-cells-in-fight-against-autoimmune-disease-1.22393>
11. Jara LJ, Deustúa-Montiel L, Martínez-Bencomo MA, Carranza-Muleiro RA. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE PERÚ EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO 2007-2017. :11.
12. Val Jiménez A, Amorós Ballesteros G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria.* 1992;10:767-70.
13. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry.* marzo de 2004;26(2):115-20.

14. Mingote Adán J, Moreno Jiménez B, Rodríguez Carvajal R, Gálvez Herrer M, Ruiz López P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr.* 2009 Mar-Apr;37(2):94-100.
15. Garmendia ML. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev Chil Salud Pública [Internet].* 15 de septiembre de 2010 [citado 10 de diciembre de 2020];11(2). Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/3095>
16. Arredondo NHL, Castilla JF, GÓMEZa SLP, ARIZALc NLO, Jaramillo MÁ, TORRESc MO, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int J Psychol Res.* 2012;(1):10.
17. Repositorio UWiener [Internet]. Lima: c2016 [citado 2019 Mayo 05]. Cerna, K.; Vela, R. Factores que determinan la Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial. Disponible: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/433>
18. Bugni VM, Ozaki LS, Okamoto KYK, Barbosa CMPL, Hilário MOE, Len CA, et al. Factors associated with adherence to treatment in children and adolescents with chronic rheumatic diseases. *J Pediatr (Rio J).* 20 de diciembre de 2012;88(6):483-8.
19. Cybertesis UNMSM [Internet]. Lima: c2018 [citado 2019 Mayo 05]. Saavedra Carcausto, Ingria Yanina. Acontecimientos vitales estresantes en pacientes con enfermedades autoinmunes reumáticas sistémicas de reciente inicio del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero 2017-2018. Disponible: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7596>
20. Lemay J, Waheedi M, Al-Sharqawi S, Bayoud T. Medication adherence in chronic illness: do beliefs about medications play a role? *Patient Prefer Adherence.* septiembre de 2018; Volumen 12:1687-98.
21. Parreño ICC, Ruiz FC, Brito VHO, Martínez JP. Adherencia farmacológica en pacientes con enfermedades reumáticas. :11.
22. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev Saúde Pública [Internet].* 2016 [citado 8 de abril de 2019];50(suppl 2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300307&lng=en&tlng=en

ANEXOS

1. Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Saavedra Vilchez, Gary Emanuel y Reque Orihuela, Claudia Carolina alumnos de quinto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.

La meta de este estudio es determinar la asociación entre los factores psicosociales y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo de Julio del 2019 a Julio del 2020. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una ficha de recolección de datos (Anexo 2) y 4 encuestas con 45 preguntas en total que le tomará 20 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas serán totalmente confidenciales, por lo que no se le pedirá identificación alguna.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo, _____
doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y etnicidad, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Sé que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados cuando este haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Gary Emanuel Saavedra Vilchez al 998833480

Claudia Carolina Reque Orihuela al 954298282

Comité de ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres Av. Alameda del Corregidor # 1531 La Molina al correo: etica_fmh@usmp.pe

Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual servirá de aporte científico a la mejora continua con resultados que podrán extenderse a ámbitos nacionales, a partir de una universidad de Lima Metropolitana.

Nombre completo del participante	Firma	Fecha
----------------------------------	-------	-------

Nombre del investigador	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Marcar con una X:

SEXO: Femenino Masculino

Responda en años:

EDAD:

TIPO DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA, Marque con un "X":

- Artritis Reumatoide
- Lupus Eritematoso Sistémico
- Sjögren
- Esclerodermia
- Otros-Especificar:

TIEMPO DE ENFERMEDAD: _____

3. Test de Morisky-Green

Responda con una "X" a las siguientes preguntas:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentras bien, ¿Deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?	Sí	No

4. Cuestionario PDRQ-9

PREGUNTAS	NADA	POCO	NORMAL	MUCHO	DEMASIADO
¿Mi médico me ayuda?					
¿Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?					
¿Creo en mi médico?					
¿Mi médico me entiende?					
¿Mi médico se dedica ayudarme?					

¿Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas?					
¿Puedo hablar con mi médico?					
¿Me siento contento/a con el tratamiento de mi médico?					
¿Siento a mi médico fácilmente accesible?					

5. Cuestionario GHQ-12

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual_____ Igual que lo habitual_____ Menos que lo habitual_____

Mucho menos que lo habitual_____

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto_____ No más que lo habitual_____ Bastante más que lo habitual_____

Mucho más_____

3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual_____ Igual que lo habitual_____ Menos útil que lo habitual_____ Mucho menos_____

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual_____ Igual que lo habitual_____ Menos capaz que lo habitual_____

Mucho menos_____

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto_____ No más que lo habitual_____ Bastante más que lo habitual_____

Mucho más_____

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto_____ No más que lo habitual_____ Bastante más que lo habitual_____

Mucho más_____

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual_____ Igual que lo habitual_____ Menos que lo habitual_____ Mucho menos_____

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual_____ Igual que lo habitual_____ Menos capaz que lo habitual_____

Mucho menos_____

9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto____ No más que lo habitual____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más feliz que lo habitual____ Aproximadamente lo mismo que lo habitual____
Menos feliz que lo habitual____ Mucho menos que lo habitual____

6. Cuestionario MOS de apoyo social

- A. **Aproximadamente cuantos amigos y familiares cercanos tienen** (la gente que se siente cómoda contigo y puedes hablar acerca de lo que tú sientes y piensas)
Escriba el número aproximado de amigos y familiares cercanos: ____
- B. Marca con una "X" en el casillero que mejor se acerque a su respuesta:
¿Qué tan seguido tiene...?

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Tiene a alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
Tiene con quien pueda contar cuando necesite hablar					
Tiene a alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
Tiene a alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
Tiene a alguien que le muestre amor y afecto					
Tiene a alguien con quien pasar un buen rato					
Tiene a alguien que le informe y le ayude a entender la situación					
Tiene a alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
Tiene a alguien que le abrace					
Tiene a alguien con quien pueda relajarse					
Tiene a alguien que le prepare comida si no puede hacerlo					
Tiene a alguien cuyo consejo realmente desee					

Tiene a alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas					
Tiene a alguien que le ayude con las tareas domésticas					
Tiene a alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos					
Tiene a alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
Tiene a alguien con quien divertirse					
Tiene a alguien que comprenda sus problemas					
Tiene a alguien a quien amar y sentirse querido					