

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No. 43 del IMSS de Tabasco”

Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

MC. MÓNICA ELIZABETH JUÁREZ MARTÍNEZ

Director de tesis:

DR. EN EDUC. ABEL PÉREZ PAVÓN

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2023.



OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE*



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura
del Área de
Investigación



Villahermosa, Tabasco, 26 de enero de 2023

Of. No. 169/DACS/JI

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Mónica Elizabeth Juárez Martínez
Especialización en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No. 43 del IMSS de Tabasco"** con índice de similitud **11%** y registro del proyecto No. **JI-PG-081**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Eduardo Contreras Pérez, Dr. Rosario Zapata Vázquez, Dr. Jorge Iván Pérez Martínez, Dr. José Hipólito Garcillano Sánchez y el Dr. Sergio Quiroz Gómez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Medicina Familiar**, donde funge como Director de Tesis: Dr. Abel Pérez Pavón.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dr. Abel Pérez Pavón. – Director de tesis
C.c.p.- Dr. Eduardo Contreras Pérez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. Jorge Iván Pérez Martínez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. José Hipólito Garcillano Sánchez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. Sergio Quiroz Gómez. – Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCML/UNCS/DC/2023/01



ACTA DE REVISION DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

ESTUDIO EN LA DUDA, ACCIÓN EN LA FE



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 10 del mes de enero de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No. 43 del IMSS de Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Juárez	Martínez	Mónica Elizabeth
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

2 0 1 E 7 0 0 0 9

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Abel Pérez Pavón
Director de Tesis

Dr. Eduardo Contreras Pérez

Dra. Rosario Zapata Vázquez

Dr. Jorge Iván Pérez Martínez

Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez

Dr. Sergio Quiroz Gómez



CARTA CEDE DE DERECHOS

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 16 del mes de diciembre del año 2022, el que suscribe, Mónica Elizabeth Juárez Martínez, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 201E70009 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No. 43 del IMSS de Tabasco" bajo la Dirección del Dr. Abel Pérez Pavón, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para difusión de tesis en repositorio con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: monicaejm@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Mónica Elizabeth Juárez Martínez

Nombre y Firma



Sello



RECONOCIMIENTO A LAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES

A la Unidad de Medicina Familiar No. 43, la Unidad de Medicina Familiar No.39 y al Instituto Mexicano del Seguro Social porque me está formado para un futuro de éxito como médico familiar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



DEDICATORIAS

A Dios por darme una vida y familia maravillosa. Que en momentos de aflicción la compañía del espíritu santo fue mi guía incondicional. Yo, Nefi, nací de buenos padres y recibí, por tanto, alguna instrucción en toda la ciencia de mi padre; y habiendo conocido muchas aflicciones durante el curso de mi vida, siendo, no obstante, altamente favorecido del Señor todos mis días; sí, habiendo logrado un conocimiento grande de la bondad y los misterios de Dios, escribo, por tanto, la historia de los hechos de mi vida.

A mis padres y hermanos por su infinito amor y paciencia es esta profesión tan larga y hermosa que es la medicina, sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida entera de sacrificio y esfuerzos, quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo y amor.

A mis amigos y profesores que con su dedicación formaron parte del inicio y culminación de este gran sueño. A Felipe mi incondicional amigo que siempre estuvo a mi lado y que no me permitió rendirme cuando quería desistir de este camino, por su infinita paciencia, bondad y amistad comparto este gran éxito.



AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Abel, mi estimado asesor, amigo y ahora con orgullo colega médico familiar. que me brindo su ayuda y amistad desinteresada e incondicional cuando no me conocía, creyendo en mis capacidades y fortaleciendo mi conocimiento a lo largo de estos 3 años, pues sin su ayuda y guía este trabajo no pudiera haber sido.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
I. Índice de tablas y gráficas	X
II. Abreviaturas	XIV
III. Glosario de términos	XV
IV. Resumen en español	XVII
V. Resumen en inglés	XVIII
1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
3. Planteamiento del problema	8
4. Justificación	10
5. Hipótesis	13
6. Objetivos	14
6.1 Objetivo general	
6.2 Objetivos específicos	
7. Material y método	15
7.1 Descripción de la metodología	15
7.2 Tipo de estudio	16
7.3 Población en estudio (universo de trabajo)	16
7.4 Tamaño de la muestra	16
7.5 Criterios de selección	17
7.6 Variables	18
7.7 Instrumentos de medición	22
7.8 Aspectos éticos	22



7.9 Recursos humanos, financieros y físicos	23
8. Resultados	24
9. Discusión	70
10. Conclusión	72
11. Perspectivas	73
12. Literatura científica citada	74
13. Anexos	78

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Contenido	Página
Tabla 1: Muestra la distribución porcentual de la variable Edad	25
Tabla 2: Muestra la distribución porcentual de la variable Escolaridad	28
Tabla 3: Muestra la distribución porcentual de la variable Ingresos	30
Tabla 4: Muestra la distribución porcentual de la variable Religión	31
Tabla 5. Frecuencia de las enfermedades crónicas de la población	32
Tabla 6: Muestra la distribución porcentual de la variable Polifarmacia	35
Tabla 7. Muestra el análisis estadísticos entre polifarmacia y desapego GPC; y variables demográficas y socioeconómicas	36
Tabla 8. Muestra el contraste entre desapego GPC y enfermedades crónicas	55
Tabla 9. Muestra el contraste entre polifarmacia y desapego GPC	57
Tabla 10. Muestra el contraste entre polifarmacia y enfermedades crónicas	58



Gráfica 1: Muestra la distribución porcentual de la variable Género	26
Gráfica 2: Muestra la distribución porcentual de la variable Ubicación Geográfica	27
Gráfica 3: Muestra la distribución porcentual de la variable Estado Civil	29
Gráfica 4: Muestra la distribución porcentual de la variable Enfermedades Crónicas	33
Gráfico 5: Muestra la distribución porcentual de la variable Desapego GPC	34
Gráfica 6: Muestra la correlación entre las variables Polifarmacia y Desapego GPC	39
Gráfica 7: Muestra la correlación entre las variables Género y Polifarmacia	40
Gráfica 8: Muestra la correlación entre las variables Ubicación Geográfica y Polifarmacia	41
Gráfica 9: Muestra la correlación entre las variables Escolaridad y Polifarmacia	42
Gráfica 10: Muestra la correlación entre las variables Estado Civil y Polifarmacia	43
Gráfica 11: Muestra la correlación entre las variables Ingresos y Polifarmacia	44
Gráfica 12: Muestra la correlación entre las variables Religión y	45



Polifarmacia

Gráfica 13:

Muestra la correlación entre las variables Enfermedades Crónicas y Polifarmacia 46

Gráfica 14:

Muestra la correlación entre las variables Género y Desapego GPC 47

Gráfica 15:

Muestra la correlación entre las variables Ubicación geográfica y Desapego GPC 48

Gráfica 16

Muestra la correlación entre las variables Escolaridad y Desapego GPC 49

Gráfica 17:

Muestra la correlación entre las variables Estado Civil y Desapego GPC 50

Gráfica 18:

Muestra la correlación entre las variables Ingreso y Desapego GPC 51

Gráfica 19:

Muestra la correlación entre las variables Religión y Desapego GPC 52

Gráfica 20:

Muestra la correlación entre las variables Enfermedades Crónicas y Desapego GPC 53

Gráfica 21:

Muestra la correlación entre las variables Polifarmacia y Desapego GPC 54

Gráfica 22.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables 60



Enfermedades Crónicas y Género.

Gráfica 23.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Enfermedades Crónicas e Ingresos. 61

Gráfica 24.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Enfermedades Crónicas y Desapego GPC. 62

Gráfica 25.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Género. 63

Gráfica 26.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Ubicación Geográfica. 64

Gráfica 27.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Escolaridad. 65

Gráfica 28.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia e Ingresos. 66

Gráfica 29.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Desapego GPC. 67

Gráfica 30.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Enfermedades Crónicas. 68



ABREVIATURAS

AM	Adultos Mayores
ARA II	Antagonistas de los receptores de la angiotensina II
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
CONAPO	Consejo Nacional de Población
ENASEM	Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERC	Enfermedad Renal Crónica
GPC	Guías de Prácticas Clínicas
HTA	Hipertensión Arterial
IECA	Inhibidores de la enzima angiotensina convertasa
IMSS	Instituto Mexicano Del Seguro Social
INEGI	El Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
No.	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIM	Medicamentos Potencialmente Inapropiados
PP	Pacientes Pluripatológicos
PPI	Prescripción Potencialmente Inapropiada
RAM:	Reacciones Adversas Medicamentosas
UMF	Unidad Médica Familiar
VIG	Valoración Geriátrica Integral



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adherencia terapéutica

El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Adulto mayor

Persona de 60 años o más de edad.

Características de salud

Conjunto de cambios subyacentes relacionados con la edad, comportamientos relacionados con la salud, factores de riesgo fisiológicos (por ejemplo, presión arterial alta), enfermedades, lesiones, cambios en la homeostasis y síndromes geriátricos más amplios. La interacción entre estas características de salud determinará, en última instancia, la capacidad intrínseca de una persona.

Enfermedad crónica

Afección, trastorno, lesión o traumatismo que es persistente o tiene efectos duraderos.

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades que no se transmiten de persona a persona. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.



Envejecimiento

A nivel biológico, el envejecimiento es el resultado de los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo.

Envejecimiento de la población

Cambio en la estructura de la población en el que aumenta la proporción de personas en los grupos de personas mayores.

Guía de Práctica Clínica

Elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica.

Multimorbilidad

Concurrencia de dos o más enfermedades crónicas en una sola persona.

Polifarmacia

Administración simultánea de varios medicamentos al mismo paciente

Paciente pluripatológico

Sujetos, generalmente de edad avanzada, en los que concurren varias enfermedades crónicamente sintomáticas y con frecuentes reagudizaciones, que actúan negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales



RESUMEN

Introducción: La adherencia terapéutica es una parte crucial en el manejo de las enfermedades crónicas. Los adultos mayores son una proporción mayor de la población con enfermedades crónicas, es importante comprender la polifarmacia y desapego a GPC en adultos mayores. La prevalencia de polifarmacia en adultos mayores en atención primaria continúa aumentando, y podría estar ampliamente infraestimada.

Objetivo: Determinar la correlación de polifarmacia y desapego a GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo transversal, analítico, de no intervención y de correlación, entre 246 derechohabientes a la UMF No.43 de Tabasco. Los datos se recolectaron mediante la revisión de expedientes; se integraron variables sociodemográficas, además de las correspondientes a polifarmacia y desapego a GPC. El contraste de variables se realizó mediante X^2 y el coeficiente de correlación de Spearman (Rho). Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa de SPSS versión 23 de Windows.

Resultados: La edad promedio de la muestra fue de 71.79 años, $DE=8.32$. El sexo femenino (61 %), procedencia urbana (99.6 %), estado civil casado (58.9 %), ingreso económico medio (41.5 %), escolaridad de nivel primaria (59.3 %) y religión cristiana (47.7 %), fueron los hallazgos sociodemográficos de mayor frecuencia. La enfermedad crónica con mayor prevalencia es la Hipertensión (41.1 %). Encontramos asociaciones significativas entre hipertensión arterial y un nivel alto de desapego a GPC ($X^2=72.410, GL=20; p=0.001$); polifarmacia y Desapego GPC ($X^2=7.430; GL=2$) y entre polifarmacia y enfermedades crónicas ($X^2=62.606, GL=10; p=0.001$).

Conclusiones: La polifarmacia y enfermedades crónicas como la hipertensión están estadísticamente asociadas.

Palabras claves: Polifarmacia, Adultos Mayores, Enfermedades Crónicas.



ABSTRACT

Introduction: Medication adherence is a crucial part of chronic disease management. As older adults form a larger proportion of the population with chronic diseases, it becomes important to understand polypharmacy and no-adherence to CPG in older adults. The prevalence of polypharmacy in older adults in primary care continues to increase, and may be vastly underestimated.

Objective: To determine the correlation between polypharmacy and no-adherence to CPG for chronic diseases in older adults at the UMF No. 43 of the IMSS of Tabasco.

Material and Methods: A cross-sectional, analytical, non-intervention and correlation study was carried out among 246 patients belonging to the UMF No.43 of Tabasco. The data were collected by means of file review; demographic and socioeconomic variables were included, as well as those corresponding to polypharmacy and no-adherence to CPG. Variables were contrasted using X^2 and Spearman's correlation coefficient (Rho). All statistical analyses were performed in the SPSS program version 23 for Windows.

Results: The mean age of the sample was 71.79 years, SD=8.32. Female sex (61 %), urban origin (99.6 %), married marital status (58.9 %), medium economic income (41.5 %), elementary schooling (59.3%) and Christian religion (47.7%) were the most frequent sociodemographic findings. The most prevalent chronic disease was hypertension (41.1 %). We found significant associations between arterial hypertension and a high level of GPC Disattachment ($X^2=72.410, GL=20; p=0.001$); polypharmacy and GPC Disattachment ($X^2=7.430; GL=2$) and between polypharmacy and chronic diseases ($X^2=62.606, GL=10; p=0.001$).

Conclusions: Polypharmacy and chronic diseases such as hypertension are statistically associated.

Keywords: Polypharmacy, Older Adults, Chronic Diseases.



1. INTRODUCCIÓN

La OMS define a todo individuo mayor de 60 años se le llamará persona de la tercera edad o adultos mayores. En la actualidad la población de adultos mayores (AM) está predominando en los países desarrollados, por lo cual la estructura social de atención a sus necesidades básicas se ha ido incrementando lo que incluye cambios en el orden político, el económico, las políticas de salud, etc.¹

La OMS en el año 1985 acuñó el término de uso racional/razonado del medicamento: «que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a los requerimientos individuales durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad».²

Las previsiones en torno al envejecimiento de la población mundial auguran que entre el año 2015 y el 2050, los individuos con más de 60 años de edad alcanzaran la cifra de 2.000 millones. El crecimiento demográfico de este grupo etario está siendo progresivo, superior y más rápido que el de otros sectores poblacionales.³



2. MARCO TEÓRICO

El envejecimiento implica una disminución generalizada de las funciones orgánicas, además de cambios fisiológicos propios de la edad, el número de receptores a diferentes medicamentos y los mecanismos homeostáticos se ven afectados. Un paciente con pobre masa muscular requerirá menor dosis de fármacos.⁴

Se ha publicado recientemente que España va camino de convertirse en el país con mayor esperanza de vida en el año 2040 (85.8 años). La pluripatología asociada a este envejecimiento condiciona un consumo más elevado de fármacos, regímenes terapéuticos más complejos, algo que se asocia a mayor frecuencia de efectos adversos, interacciones, ingresos hospitalarios, peor calidad de vida y falta de cumplimiento.⁵

La Guía de Práctica Clínica (GPC) define la polifarmacia como el uso de múltiples medicamentos por un mismo paciente. El número mínimo de medicamentos es variable, pero generalmente es de 4 o más fármacos. Para mejorar la prescripción de medicamentos es necesario llevar a cabo de forma periódica revisiones de la medicación, los objetivos son reducir la cantidad de fármacos, desarrollar pautas que permitan garantizar la adherencia y reducir los efectos adversos.⁶

El crecimiento de la morbilidad de enfermedades crónicas aumenta el uso conjunto de dos o más medicamentos como parte del manejo integral de estos padecimientos. En el año 2018, las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas ocuparon los primeros lugares de mortalidad en México en personas de 65 o más años.⁷



La terapia farmacológica es una de las herramientas más importantes para conservar o mejorar la salud, aunque el uso de medicamentos no está exento de riesgos, así como su complejidad en adultos mayores debido a los cambios en la farmacocinética y la farmacodinamia asociados al envejecimiento.⁸

Los AM son importantes consumidores de fármacos. Un tercio de las prescripciones de medicamentos son hechas en esta población. Los AM practican la autoprescripción de medicamentos o en otras ocasiones optan por recurrir a la medicina herbolaria. Por lo cual se incrementa el riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM).⁹

En la actualidad la evidencia disponible sobre la farmacoterapia en los AM es muy limitada debido a la escasez de ensayos clínicos en este grupo de edad, y más aún si además son pacientes pluripatológicos (PP), frágiles o en final de la vida. Tienen una elevada mortalidad y consumen muchos recursos sanitarios.¹⁰

El 90 % de las personas mayores de 65 años utilizan al menos un fármaco por semana, 40 % toman cinco o más fármacos y de 12 a 19 % utilizan 10 o más fármacos a la semana.¹¹

La adherencia terapéutica es definida por la OMS como “el grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, seguir un régimen alimentario, y ejecutar cambios del modo de vida, que corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”.¹²

La adherencia suele ser óptima en tratamientos de corta duración, empeorando cuanto más prolongados son, lo que contribuye a un peor control de la enfermedad, con aumento de riesgo de morbimortalidad y mayor gasto sanitario.¹³



Dos consecuencias importantes de la polifarmacia para los adultos mayores son el aumento del riesgo de caídas y las dificultades relacionadas con el manejo del dolor.¹⁴

Una de las causas prevenibles de las RAM en los AM lo constituye la prescripción inapropiada, es decir, aquella prescripción donde los riesgos superan los beneficios clínicos, pero no siempre reversibles.¹⁵

Para evaluar la probabilidad de que una reacción adversa estuviera relacionada con los medicamentos, se utiliza la escala de Naranjo²². El síndrome serotoninérgico es un ejemplo.¹⁶

Gutiérrez y Cols. Durante el año 2017 en España, realizaron un estudio transversal de 7023 AM de 65 años, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de polifarmacia analizar los factores asociados, lo que reportó fue la prevalencia de polifarmacia de 27.3 % (intervalo de confianza del 95 %: 26.2-28.3). Los factores asociados fueron el número de enfermedades crónicas y el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.¹⁷

La prescripción potencialmente inapropiada (PPI) es frecuente en AM e incluye el uso de fármacos con relación beneficio/riesgo desfavorable, especialmente si existen alternativas terapéuticas más seguras y eficaces. Este concepto incluye además el uso incorrecto de fármacos (dosis, duración o duplicidad).¹⁸

El riesgo de sufrir errores en la medicación se incrementa un 21 % por cada fármaco que el paciente toma de más.¹⁹

No todos los medicamentos pueden ser retirados de forma brusca, dado que algunos de ellos podrían provocar síntomas de retirada o porque, sin una vigilancia adecuada, podrían reaparecer los síntomas que originaron su prescripción o empeorar los ya existentes.²⁰



Los métodos más utilizados para evaluar el uso adecuado de la medicación son Método Medication Appropriateness Index, Criterios de Beers, Criterios de STOPP-START.²¹

Recientemente en España se ha descrito el Índice Frágil-VIG (IF-VIG). Es un índice basado en la valoración integral geriátrica (VIG), que permite de forma sintética y rápida realizar un diagnóstico situacional de la persona y que tiene una buena capacidad predictiva de muerte al año.²²

Los criterios STOPP-Pal. Están compuestos por una lista de 27 indicadores, para facilitar a los médicos las decisiones de desprescripción en AM en situación de pronóstico de vida limitado.²³

La fragmentación de la asistencia a los pacientes pluripatológicos por varias especialidades y distintos niveles asistenciales incrementa el riesgo de polifarmacia y la superposición de fármacos, con sus potenciales complicaciones asociadas. La prescripción adecuada debe basarse en la situación clínica y funcional del paciente, así como en la esperanza de vida y objetivos terapéuticos.²⁴

Rodríguez y Cols. Durante el año 2018 en Cuba realizaron un estudio transversal en 195 AM hipertensos con incremento matutino de la presión arterial y se valoró la adherencia terapéutica. El 63.6 % de los pacientes con incremento matutino de la presión fueron no adherentes. El 84.0 % ($p=0.00$) de los no adherentes ingerían de 3 a 4 fármacos antihipertensivos, 90.2 % ($p=0.00$) tomaban 3 o más dosis. 50.5 % de los pacientes tenía un diagnóstico de más de 5 años.²⁵

AL-Musawe y Cols. Durante el año 2020 en Portugal realizaron un estudio transversal con 670 AM para investigar la polifarmacia, y las interacciones medicamentosas clínicamente relevantes. El 72.09 % estaban en polifarmacia (≥ 5



medicamentos). En su mayoría mujeres ($p=0.0115$); obesos ($p = 0.0131$); con comorbilidades ($p < 0.0001$). Los Medicamentos Potencialmente Inapropiados (PIM) se encuentran en el 36.11 % de los participantes.²⁶

Baena y Cols. Durante el año 2017 en España realizaron un estudio descriptivo transversal, con 281 AM de 80 años de edad con HTA y polifarmacia. La edad media fue de 85.3 años (64.8% mujeres). Tomaban un fármaco el 33.6 %, 2 el 46.3 % y 3 el 22.1 %, los más prescritos tiazidas (69.4 %), IECA (51.3 %), ARA-II(23.4 %), antagonistas del calcio (21 %) y betabloqueantes (19.6 %). El sobretratamiento fue del 90.7 %, pudiéndose retirar 2 principios activos en un 63.1 % y 3 en el 43.1 %. La polifarmacia (OR 2.47; IC 95 % 1.07-5.69; $p=0.033$) se asoció a una probable retirada de al menos un principio activo.²⁷

Arauna y Cols. Durante el año 2017 en Chile realizaron un análisis de relación entre polifarmacia y comorbilidades crónicas en 1205 AM. Con resultados de HTA (OR: 8.039, $p<0.0001$), DM2 (OR: 4.001, $p<0.0001$) y enfermedades respiratorias (OR: 2.930, $p<0.0001$) son asociadas con polifarmacia (prevalencia de 37.59 %). Se encontró una fuerte y significativa correlación positiva entre la prevalencia de polifarmacia y fragilidad (polifarmacia, Spearman R: 0.89, $p=0.033$; hiperpolifarmacia, Spearman R: 0.94, $p=0.016$).²⁸

Lesdel y Cols. Durante el año 2016 en Polonia realizaron un estudio correlación entre la polifarmacia y los síntomas depresivos en 206 AM (>65 años) hospitalizados. La puntuación de la escala de depresión geriátrica con una correlación positiva con el número de medicamentos que se usaron ($R=0.74$; $p=0.0001$), el número de condiciones crónicas ($R=0.78$; $p=0,001$), y quejas de dolor ($Z=7.94$; $p=0.0001$).²⁹

Cabré y Cols. Durante el año 2017 en España, realizaron estudio observacional transversal, con 3292 AM para determinar la prevalencia de ingresos por RAM. El



197 (6 %) son ingresos por RAM. Los factores de riesgo son el sexo femenino (OR 1.84; IC 95 % 1.3-2.61), la medicación inadecuada según los criterios de Beers (OR 4.2; IC 95 % 2.9-6.03), la polifarmacia (> 5 fármacos) (OR 1.5; IC 95% 1.04-2.13). Se obtuvo una $Rho = 0.683$, con una correlación positiva moderada fuerte entre el número de medicamentos prescritos y el número de interacciones encontradas por consulta.³⁰

Poblano y Cols. Durante el año 2020 en México realizaron un Análisis Descriptivo, cuyo objetivo fue analizar la prevalencia de polifarmacia. La prevalencia de polifarmacia: ≥ 18 años, 15.5 %, y ≥ 65 años, 26.5 %. Prevalencias superiores: nefropatías (61.5 %), cardiopatías (42.2 %), EPOC (38.5 %), DM2 (29.3 %) e HTA (26.4 %). Mayor posibilidad en adultos ≥ 65 años (OR:1.95), con baja escolaridad (OR:1.54).³¹



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Magnitud:

Los avances científicos y tecnológicos han elevado la esperanza de vida que indudablemente impactan en la tasa de mortalidad, generando un aumento de la edad promedio, lo cual provoca que el perfil demográfico se oriente hacia el envejecimiento poblacional. Es importante considerar la inversión de la pirámide poblacional como un fenómeno social realmente alarmante. La vejez es parte del ciclo vital caracterizado por el deterioro continuo de las funciones normales. La UMF No. 43 tiene una población de 10433 adultos mayores, estadísticas del año 2020 en unidades periféricas de la delegación tabasco reportan la presencia de polifarmacia de la siguiente manera: menos de 5 medicamentos 92 (45.3 %) y más de 5 medicamentos 101 (49.7 %), no respondieron 10 (4.9 %); con alta atención asistencial a la consulta externa, que padecen enfermedades crónicas y prescripción de polifarmacia, con un porcentaje de polifarmacia sin tener datos estadísticos, análisis de resultados y mucho menos asociaciones de estadísticas que pueden ser útiles para redireccionar la atención de los pacientes.

Trascendencia:

La polifarmacia es una práctica médica que va en aumento por lo cual es imprescindible la realización de la presente investigación debido a que el resultado final tendrá un efecto positivo ya que el adulto mayor es más susceptible a las reacciones adversas medicamentosas e interacciones derivadas del uso de varios medicamentos, serán datos confiables en el cual se puede obtener un diagnóstico con un panorama cercano a la realidad, el cual será útil como fuente para conocer el impacto, atención y poder utilizarlo como un diagnóstico situacional de la problemática en estudio.



Factibilidad:

La investigación en curso tiene altas posibilidades de realizarse, debido a que se trata de un diseño analítico de no intervención en el que se obtuvieron los datos del expediente electrónico y económicamente viable debido a que se utilizaron recursos del investigador, respaldado en la normatividad de la coordinación de investigación en salud.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



4. JUSTIFICACIÓN

Magnitud:

La inversión de la pirámide poblacional es un fenómeno social que impacta negativamente en la atención a la salud. Actualmente en México existen 126 014 024 habitantes; Así también la población de 60 años y más corresponde a 15 121 682 según el censo de Población y Vivienda INEGI 2020.

En la UMF No.43 hay una población total de 77811 personas; de los cuales 10443 son adultos mayores, en investigaciones del instituto de unidades médicas periféricas de 2020 se reporta que 7 de cada 10 adultos mayores tienen polifarmacia y se desconoce el desapego a las GPC en enfermedades crónicas.

Trascendencia:

La polifarmacia en adultos mayores, es un proceso que se complica debido a los cambios fisiológicos de la edad en el metabolismo de estos; son padecimientos propios de la vejez, así como es palpable un incremento en las proporciones sobre el tema fragilidad en la población de adultos mayores donde la frecuencia de independencia es también mayor. Los pacientes tipificados dentro del concepto de fragilidad dificultan su atención debido a sus múltiples patologías lo que puede condicionar una mala adherencia a los esquemas terapéuticos de sus diferentes patologías; los cuales deben ser modificados en dosis y fármacos por el cambio de la farmacocinética y farmacodinamia de los adultos mayores; por lo que es necesario que los profesionales de salud de atención primaria, atiendan a los adultos mayores como un grupo vulnerable y como casos particulares diferentes a la población adulta con el propósito de prevenir deterioro en la calidad de vida, altas tasas de morbimortalidad y como secuela la afectación de la dinámica familiar.



Vulnerabilidad:

El diagnóstico del conocimiento del nivel de desapego a los esquemas terapéuticos de GPC de enfermedades crónicas en adultos mayores; permite obtener un diagnóstico cercano a la realidad y generar una propuesta de elaborar una acción que pueda contribuir a hacer frente a esta prescripción y abuso de medicamentos, y al mismo tiempo ayudará a disminuir los casos de abandono de tratamiento de las enfermedades crónicas.

Factibilidad:

El presente proyecto de investigación fue posible realizarlo ya que la institución tiene los requisitos legales existentes para su implementación, no compromete la vida de los pacientes. Cumpliendo con requisitos legales y aspectos éticos indispensables. No genero una inversión económica extrema por lo cual es costeable para la institución, además se aplicó los instrumentos previos ya explicados, con la colaboración de compañeros externos al proyecto de investigación quienes ayudaron a recopilar la información y se obtuvo como producto final una detección y eliminación de la polifarmacia en los adultos mayores con patologías crónicas frecuentes.

Discrepancia:

El aumento de la longevidad en el mundo determina que la mayor parte de los países desarrollados y en vías de desarrollo, presenten una expectativa de vida al nacer superior a los 70 años. Mientras se incrementa la disminución de la natalidad poblacional, lo que ha modificado en forma notable la pirámide poblacional, provocando la inversión de la misma a nivel mundial.

La esperanza de vida de los adultos mayores en el mundo en los últimos años ha ido en aumento. Esta eclosión poblacional de personas con complejidad clínica y multimorbilidades, como enfermedades crónicas avanzadas, está condicionando



un aumento de los costos de atención médica. En el Reino Unido el 75 % de los adultos mayores utiliza más de 5 medicamentos y en Estados Unidos esta población, que representa un 13%, recibe un tercio del total de las prescripciones de la nación, correspondiendo al doble de lo utilizado por los más jóvenes. Este aumento de exposición a prescripciones farmacológicas inapropiada puede deberse a una mayor comorbilidad o multimorbilidades, así, por ejemplo, ya se conoce que prácticamente en la mitad de los adultos mayores de 70 años, coexisten a lo menos 3 enfermedades y que entre el 75% a 96% de ellos confunde o comete errores con sus tratamientos farmacológicos; en México los adultos mayores los AM con enfermedades crónicas presentaron mayor prevalencia de polifarmacia (23.7 %) que los que no tenían (11.1 %). Las patologías más frecuentes por las que las personas buscaron atención médica fueron diabetes e hipertensión, en ambos casos >25 % presentó polifarmacia, con media 3.9 y 3.5 de medicamentos respectivamente, con máximos de 17 y 14 de medicamentos prescritos. La enfermedad renal fue la patología con mayor prevalencia de polifarmacia (61.5 %) seguida de las enfermedades del corazón (42.2 %).

Consideraciones Éticas:

El presente proyecto se respalda en la Norma Oficial Mexicana de Investigación 012-SSA3-2012, criterios de Helsinki y criterios de Núremberg, teniendo como prioridad no generar daño en el paciente y obtener un beneficio con un diagnóstico integral, que podrá ser utilizado posteriormente para mejorar el tópico de estudio.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la correlación de polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No. 43 del IMSS de Tabasco?



5. HIPÓTESIS

H1. La correlación de polifarmacia y desapego a las GPC en enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco es baja.

H0. La correlación de polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco es alta.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6. OBJETIVOS

6.1. General

Determinar el grado de correlación de polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No. 43 del IMSS de Tabasco.

6.2. Específico:

- Determinar las características sociales y demográficas de los sujetos en estudio.
- Determinar las proporciones de pacientes con polifarmacia de la investigación.
- Determinar la proporción de las enfermedades crónicas en estudio con desapego a las GPC.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Descripción de la metodología:

1. **Diseño:** Durante el año 2021, en la unidad de Medicina Familiar No.43 de Centro, Tabasco, se realizó una investigación en la cual se utilizó un diseño de tipo transversal, analítico, de no intervención y de correlación.
2. **Calculo de la muestra:** El cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula para estudios de correlación simple con un poder (r) de 0.20 y una significancia de 0.01 que corresponde a 246 sujetos, que para ser considerados en el estudio deberán reunir los criterios de selección.
3. **Integración de grupo:** Del universo de trabajo se integró un grupo donde se contemplarán para su análisis las variables polifarmacia y desapego a las GPC que serán sometidas a asociación mediante la fórmula de Spearman (Rho).
4. **Revisión de expedientes electrónicos:** Los datos obtenidos mediante la revisión de expedientes fueron capturados en una base de datos en la misma directriz que los objetivos, donde se consideraron todas las variables del estudio. Debido a que nuestra población de estudio está en riesgo por cuestiones de epidemia actual se prefiere este método.
5. **Recolección de la información:** La recolección de datos se realizó a través de la captura de una base datos de Excel, donde se integraron las variables consideradas en el presente proyecto de investigación, y personas involucradas en el estudio.
6. **Análisis estadístico:** El contraste de variables se realizó mediante la fórmula de X^2 y la formula de coeficiente de correlación de Spearman (Rho). Mediante el programa de SPSS versión 23 de Windows.



7.2 Tipo de estudio

Diseño de tipo transversal, analítico, de no intervención y de correlación.

7.3 Población en estudio (universo de trabajo)

La población de adultos mayores adscritos a medicina familiar de la UMF No.43; que corresponde a 10433 pacientes; pertenecientes al municipio de Villahermosa Tabasco, según estadísticas del año 2020; en el periodo comprendido de Enero-diciembre de 2021.

7.4 Tamaño de la muestra

La población que se estudió comprende los expedientes de 246 pacientes elegidos de acuerdo a los criterios de inclusión, que son pacientes en la UMF No.43, correspondiente a los casos de pacientes atendidos en los meses de enero – diciembre 2021, determinadas con factor de riesgo para polifarmacia en adultos mayores.

El cálculo de la muestra se realizó a través de la fórmula de la n para poblaciones infinitas.

$$N = \frac{3+K}{C^2}$$

N = tamaño de la muestra que se requiere

3 = constante

$$K = (Z \alpha + Z \beta)^2$$

$$C^2 = 0.5 \times \ln (1+r_2) / (1-r_2)$$



7.5 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano Del Seguro Social de la UMF No. 43.
2. Pacientes con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus (DM2), Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Renal Crónica (ERC), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
3. Pacientes con edades de 60 años y más.

Criterios de exclusión:

1. Derechohabientes remisos o con Ausencia de contactos con el sistema sanitario, a pesar de tener el diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal Crónica, EPOC.
2. Pacientes que vivan solos.
3. Pacientes con manejo medico Extra Imss.



7.6 Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Fuente	Análisis estadístico
Edad	Periodo de tiempo desde el nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa Numérica	Instrumento de desapego GPC	Estadística descriptiva
Género	Conjunto de personas o cosas que tienen unas características comunes	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	Instrumento de desapego GPC	Estadística descriptiva
Ubicación geográfica	Cualquier forma de localización en un contexto geográfico	Rural Urbana	Ordinal	Expediente	Estadística descriptiva
Escolaridad	Período de tiempo que un sujeto asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Técnica	Ordinal	Instrumento de desapego GPC	Estadística descriptiva



	nte el tiempo que dura la enseñanza obligatoria				
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo Separado	Cualitativa Nominal	Instrumento de desapego GPC	Estadística descriptiva
Ingreso	Son todos aquellos recursos que obtienen los individuos, sociedades o gobiernos por el uso de riqueza, trabajo humano, o cualquier	Ingresos altos: \$77,975 pesos mensuales Ingresos medios: \$22 000 pesos mensuales Ingresos bajos: \$7500 pesos en	Cuantitativa	Expediente	Estadística descriptiva



	otro motivo que incremente su patrimonio	promedio			
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Ateo Cristianos Sectas	Ordinal	Instrumento de desapego GPC	Estadística descriptiva
Desapego GPC	Conjunto de recomendaciones	Calificación 0-100%. En base al	Numérica	Cedulas de verificación	Rho de Spearman



	basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.	porcentaje obtenido en cada cedula de GPC aplicada. (El medico lo calificara no aparece en el instrumento de recolección).		ión en base a las GPC de DM2, HTA, ERC, EPOC.	
Enfermedades crónicas	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta	DM, HTA, ERC, EPOC	Cualitativa Nominal	Instrumento de desapego GPC	Estadística descriptiva
Polifarmacia	Ingesta de 4 o más fármacos	Ingesta de 4 medicamentos con o sin	Nominal	Instrumento de desapego	Rho de Spearman



		prescripción medica		go GPC	
--	--	------------------------	--	--------	--

7.7 Instrumentos de medición

El desapego a GPC se midió mediante la aplicación de las cédulas de verificación de apego a recomendaciones claves correspondiente a las GPC seleccionadas.

Se calificará en porcentaje del 0-100% acorde a la cantidad de ítems evaluados.

La polifarmacia se evaluó de acorde a la definición de GPC de prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor la cual se define como el uso de múltiples medicamentos por un mismo paciente con un mínimo de 4.

7.8 Aspectos Éticos

El presente estudio se realizó bajo la aprobación y autorización correspondiente del comité de investigación de la UMF No. 43 IMSS Tabasco. Por las características del diseño y naturaleza de las variables del estudio, las implicaciones éticas son mínimas.

El artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, establece las categorías de las investigaciones. En la fracción I define que “una investigación sin riesgos son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.

Asimismo, en el artículo 20 establece que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno



conocimiento que no existe ningún riesgo en la participación en la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Considerándose un estudio de riesgo menor al mínimo, ya que está de acuerdo a las normas éticas, a la ley general de salud en materia de investigación y a la declaración de Helsinki 1975 modificada en 1993.

De acuerdo con el Código de Nuremberg, el proyecto de investigación se realizó para otorgar un beneficio a la sociedad, no se sometió a ningún daño a la población en estudio ya que fue revisión de expedientes.

Por lo tanto, este trabajo no representa ningún riesgo para las personas involucradas en esta investigación y no se pone en riesgo su salud, además es una investigación formal donde los datos son confidenciales.

7.9 Recursos Humanos, Financieros y Físicos

Recursos humanos

Los investigadores realizaron la revisión de expedientes que se necesitó para dicho estudio.

Recursos físicos y materiales

Se cuenta con medio físico (consultorio), donde se revisaron expedientes, una computadora, instrumentos de evaluación. Todo se manejó de forma confidencial.

Recursos financieros

Para la realización del estudio no necesitó un costo financiero extremo ya que está basada para no depender del recurso financiero.

Infraestructura



Se cuenta con la UMF No. 43 infraestructura más importante.

Factibilidad

Se contó con los recursos humanos, físicos, y materiales necesarios para realizar el estudio, aprobado por el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF 43. Lo cual se considera factible este estudio.

Recursos materiales

Recursos materiales	Costo unitario	Total
3 Lapiceros	\$ 5.00	\$15.00
2 Paquetes Hojas Blancas	\$80.00	\$160.00
2 Lápices	\$ 6.00	\$12.00
1 Engrapadora	\$ 45.00	\$ 45.00
1 caja de grapas	\$ 20.00	\$20.00
200 copias	\$100.00	\$100.00
Computadora Personal	\$5000.00	\$5000.00
Impresora	\$ 500.00	\$500.00
Renta de internet	\$ 100.00	\$100.00
	Total	\$ 5952.00

- Se usarán recursos propios del investigador



8. RESULTADOS

8.1 Características sociodemográficas y económicas de los adultos mayores participantes

En el presente estudio se incluyeron un total de 246 adultos mayores derechohabientes de la Unidad Médico Familiar No.43 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Villahermosa Tabasco; en este apartado se determinaron las características sociales y demográficas de los sujetos en estudio por lo se cumple con uno de los objetivos específicos de este estudio. El análisis de la variable edad se realizó mediante el cálculo de las medidas de tendencias central, donde se obtuvieron los siguientes resultados: Medidas de tendencia central: media 71.793, mediana 71 y moda 69; Así también se calcularon las medidas de dispersión, obteniéndose los siguientes resultados: desviación estándar 8.3266 varianza 69.332, rango mínimo 43, rango máximo 93. 8.

Tabla 1:

Muestra la distribución porcentual de la variable Edad:

Edad	Frecuencia	Porcentaje válido
60.0	4	1.6
61-65	50	20.3
66-70	68	27.7
71-75	57	23.3
76-80	28	11.3
81-85	14	5.7
86-90	22	8.9
92-93	3	1.2
Total	246	100.0

Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

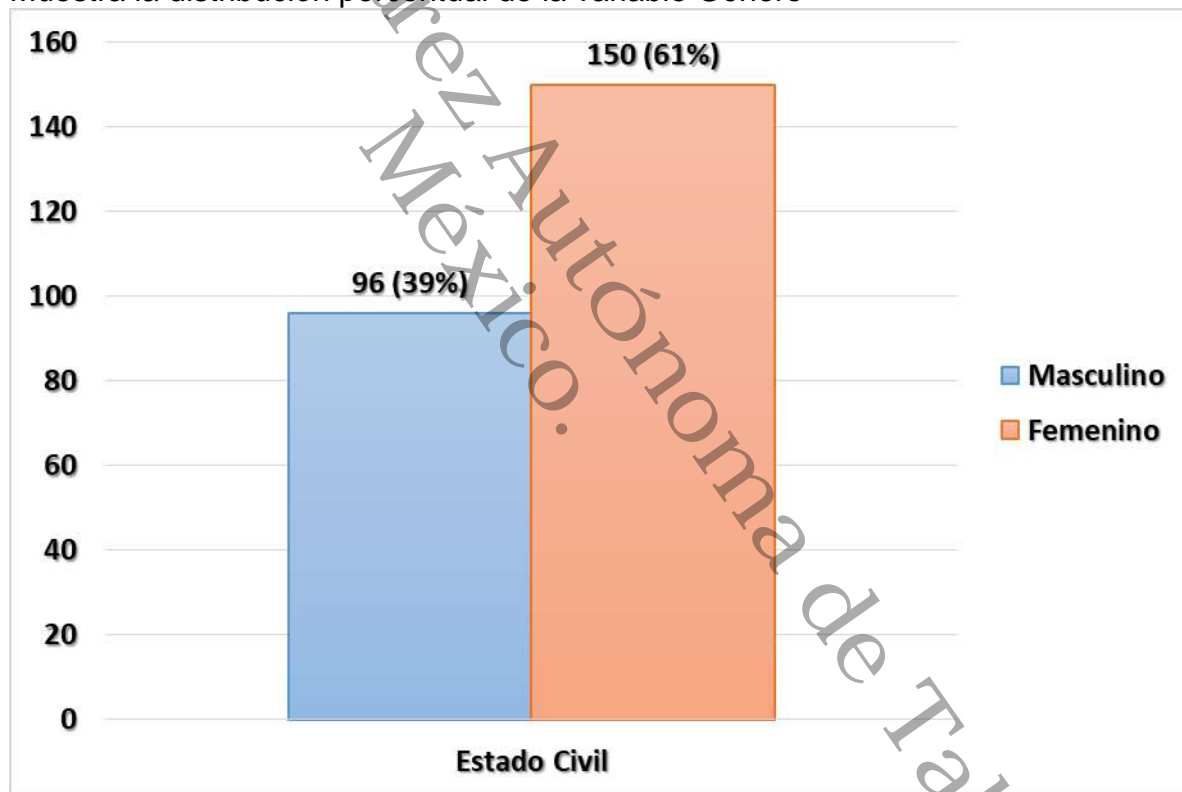


Descripción: Medidas de tendencia central y dispersión: media 71.793, mediana 71, moda 69. Desviación estándar 8.3266, varianza 69.332, rango mínimo 43, rango máximo 93.

Al realizar el análisis estadístico de la variable género en los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados: género femenino 150 (61 %), género masculino 96 (39 %). Prevalciendo con una alta proporción el género femenino. (Gráfica 1)

Gráfica 1:

Muestra la distribución porcentual de la variable Género



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

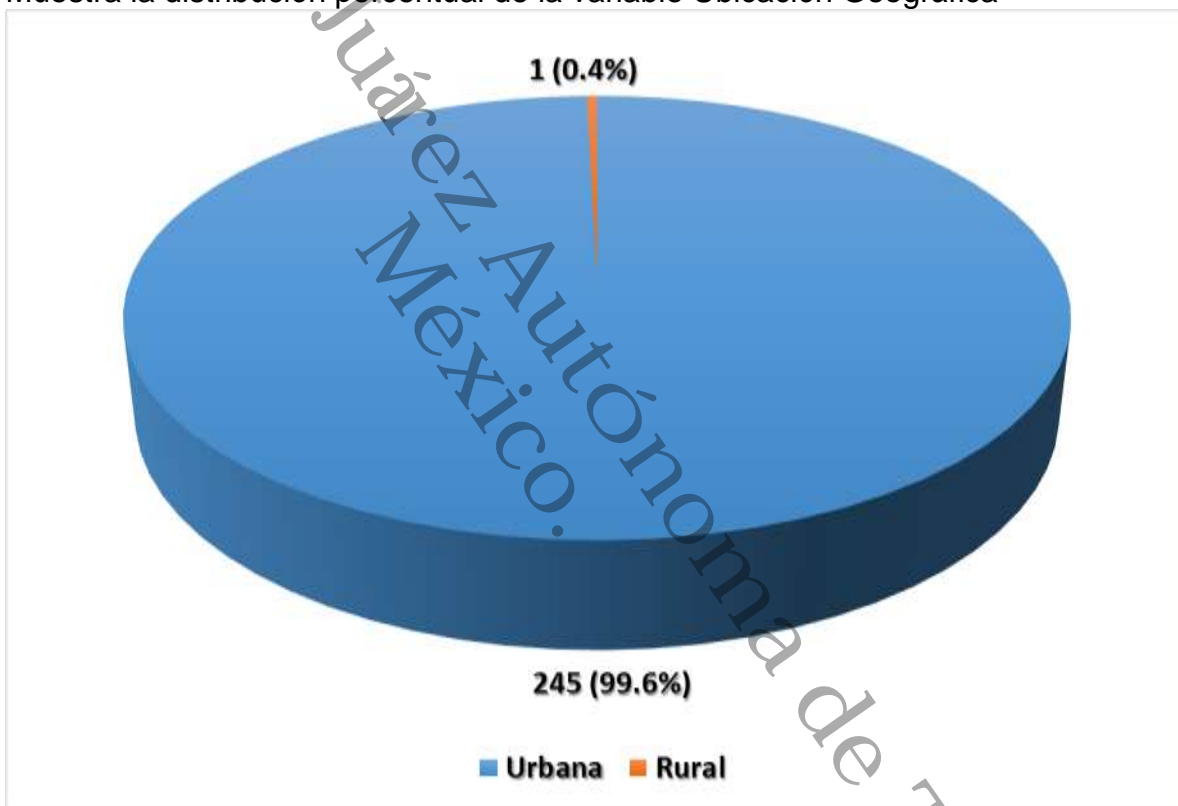


Descripción: Distribución porcentual del género de los sujetos en estudio: masculino: 96 (39 %), femenino: 150 (61 %).

Al efectuar el análisis estadístico de la variable Ubicación Geográfica de pacientes de la muestra tomadas en cuenta en el presente proyecto, se obtuvieron los siguientes resultados: Urbana: 245 (99.6 %) siendo la más frecuente; Rural: 1 (0.4 %). (Gráfica 2).

Gráfica 2:

Muestra la distribución porcentual de la variable Ubicación Geográfica



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: Porcentaje de Ubicación Geográfica de los sujetos en estudio se obtuvieron los siguientes resultados: Urbana: 245 (99.6 %) y Rural: 1 (0.4 %).



Al concretarse el análisis descriptivo de la variable Escolaridad de los pacientes de la muestra de la investigación, se obtuvieron los siguientes resultados: Analfabetas: 24 (9.8 %). Primaria: 146 (59.3 %). Secundaria: 29 (11.8 %). Bachillerato: 20 (8.1 %). Licenciatura: 11 (4.5 %) y Técnico: 16 (6.5 %). El grado de estudios más frecuente fue Primaria $n=146$ (59.3 %); seguido por secundaria $n=29$ (11.8 %). (Tabla 2).

Tabla 2:

Muestra la distribución porcentual de la variable Escolaridad

Escolaridad	Número absoluto	Porcentaje válido
Analfabeta	24	9.8
Primaria	146	59.3
Secundaria	29	11.8
Bachillerato	20	8.1
Licenciatura	11	4.5
Técnico	16	6.5
Total	246	100.0

Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

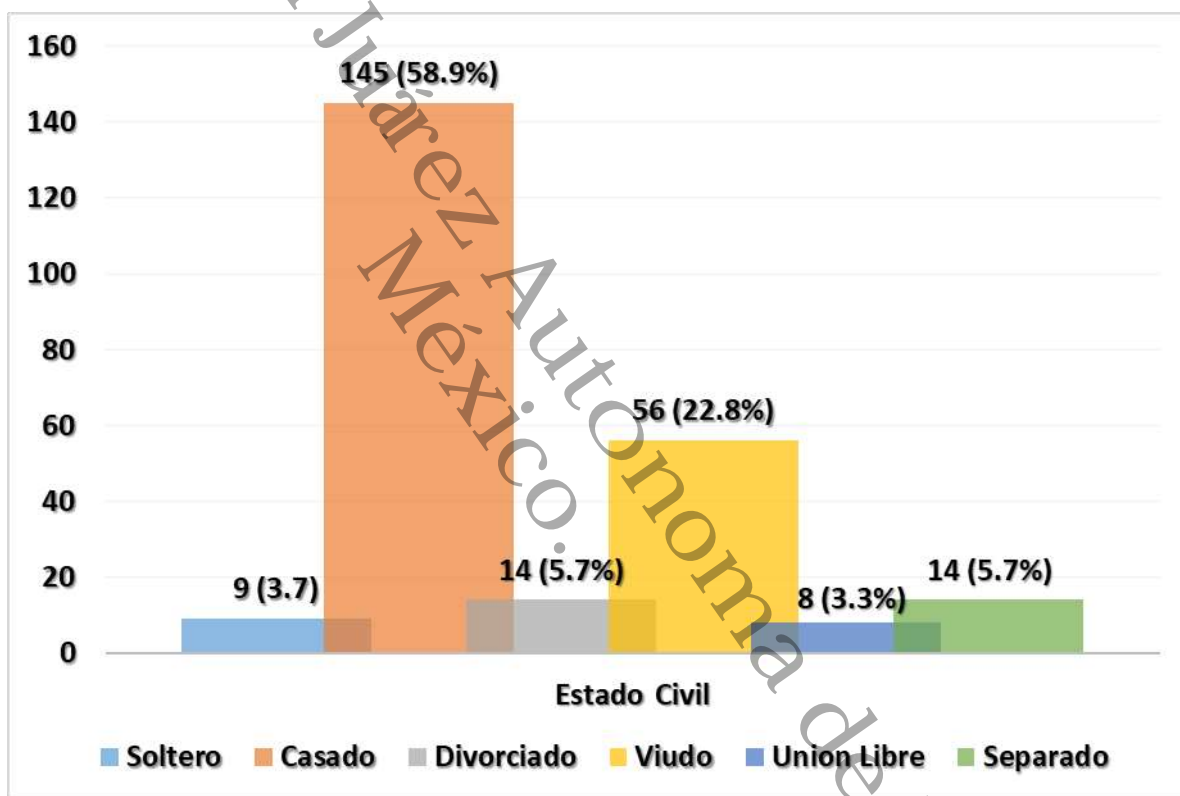
Descripción: Proporción de la variable Escolaridad de los sujetos en estudio: Analfabetas: 24 (9.8 %). Primaria: 146 (59.3 %). Secundaria: 29 (11.8 %). Bachillerato: 20 (8.1 %). Licenciatura: 11 (4.5 %) y Técnico: 16 (6.5 %).



Al llevar a cabo el análisis estadístico de la variable Estado Civil de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados: Solteros: 9 (3.7 %). Casados: 145 (58.9 %). Divorciados: 14 (5.7 %). Viudos: 56 (22.8 %). Unión Libre: 8 (3.3 %) y Separados: 14 (5.7 %). El estado civil más frecuente en la población estudiada fue casado (58.9 %). (Gráfica 3).

Gráfica 3:

Muestra la distribución porcentual de la variable Estado Civil



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco

Descripción: Distribución porcentual de la variable Estado Civil de los sujetos en estudio se obtuvieron los siguientes resultados: Solteros: 9 (3.7 %). Casados: 145



(58.9 %). Divorciados: 14 (5.7 %). Viudos: 56 (22.8 %). Unión Libre: 8 (3.3 %) y Separados: 14 (5.7 %).

Al realizar el análisis estadístico de la variable Ingresos de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados: Media: 102 (41.5 %) y Baja: 144 (58.5 %). El nivel socioeconómico con mayor frecuencia fue bajo 58.5 %; frente a un 41.5 % que manifestó pertenecer a nivel socioeconómico medio. (Tabla 3)

Tabla 3:

Muestra la distribución porcentual de la variable Ingresos

Ingresos	Número absoluto	Porcentaje válido
Media	Media	41.5
Baja	Baja	58.5
Total	Total	100.0

Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: Distribución porcentual de Ingresos de los sujetos en estudio: Media: 102 (41.5 %) y Baja: 144 (58.5 %).



Al efectuar el análisis estadístico de la variable Religión de pacientes de la muestra tomadas en cuenta en el presente proyecto, se obtuvieron los siguientes resultados: Ateo: 48 (19.5 %) y cristianos: 198 (80.5 %). (Tabla 4).

Tabla 4:

Muestra la distribución porcentual de la variable Religión

Religión	Número absoluto	Porcentaje válido
Ateo	48	19.5
Cristianos	198	80.5
Total	246	100.0

Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: Porcentaje de Religión de los sujetos en estudio se obtuvieron los siguientes resultados: Ateo: 48 (19.5 %) y cristianos: 198 (80.5 %).

}



8.2 Enfermedades Crónicas

Al llevar a cabo el análisis estadístico de la variable enfermedades crónicas de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se encontró: Diabetes Tipo 2: 18 (7.3 %). Hipertensión: 101 (41.1 %). EPOC: 14 (5.7 %). Diabetes – Hipertensión: 77 (31.3 %). Hipertensión - Enfermedad Renal Crónica: 4 (1.6 %). Hipertensión - EPOC: 8 (3.3 %). Diabetes – Hipertensión - Enfermedad Renal Crónica: 12 (4.9 %). Diabetes – Hipertensión - EPOC - ERC: 1 (0.4 %). Diabetes - Enfermedad Renal Crónica: 2 (0.8 %). Diabetes – Hipertensión – EPOC: 8 (3.3 %) y Diabetes – EPOC: 1 (0.4 %). (Tabla 5) (Gráfica 4).

Tabla 5.

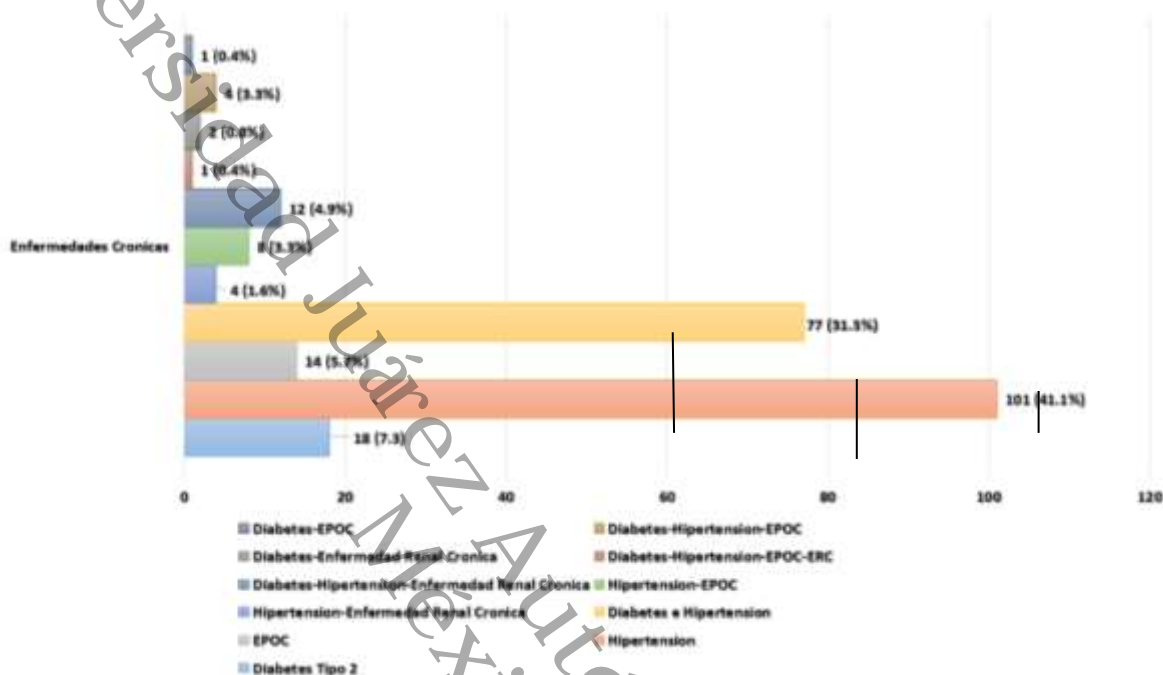
Frecuencia de las enfermedades crónicas de la población

Enfermedades crónicas	n	%
Hipertensión	101	41.1
Diabetes Tipo2	18	7.3
EPOC	14	5.7
Pacientes pluripatológicos	n	%
Diabetes – Hipertensión	77	31.3
Diabetes – Hipertensión – ERC	12	4.9
Diabetes – Hipertensión – EPOC	8	3.3
Hipertensión – EPOC	8	3.3
Hipertensión – ERN	4	1.6
Diabetes – ERC	2	0.8
Diabetes – EPOC	1	0.4
Diabetes – Hipertensión – EPOC – ERC	1	0.4



Gráfica 4:

Muestra la distribución porcentual de la variable Enfermedades Crónicas



Fuente: Base de datos de la Investigación Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: Porcentajes de la variable Enfermedades crónicas de los sujetos en estudio se obtuvieron los siguientes resultados: Diabetes Tipo2: 18 (7.3 %). Hipertensión: 101 (41.1 %). EPOC: 14 (5.7 %). Diabetes – Hipertensión: 77 (31.3 %). Hipertensión - Enfermedad Renal Crónica: 4 (1.6 %). Hipertensión - EPOC: 8 (3.3 %). Diabetes – Hipertensión - Enfermedad Renal Crónica: 12 (4.9 %). Diabetes – Hipertensión – EPOC - ERC: 1 (0.4 %). Diabetes - Enfermedad Renal Crónica: 2 (0.8 %). Diabetes – Hipertensión – EPOC: 8 (3.3 %) y Diabetes – EPOC: 1 (0.4 %).

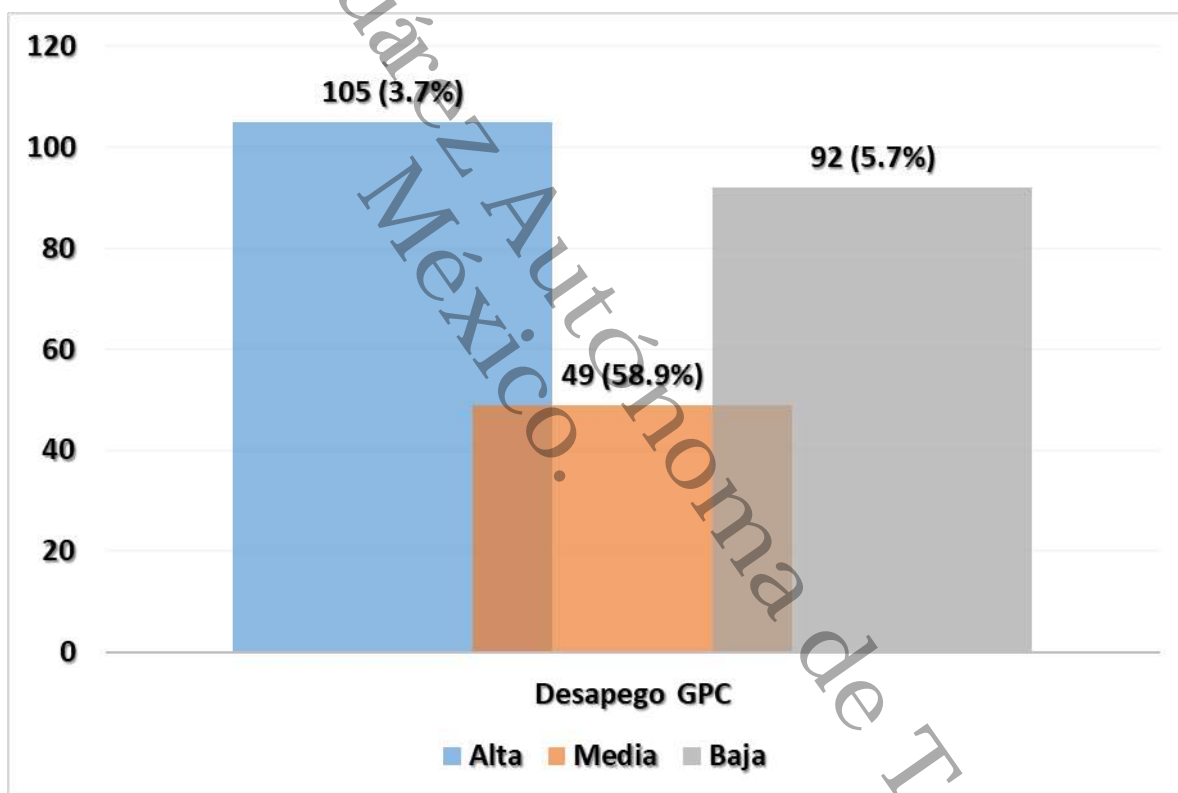


8.3 Desapego a GPC

Al concretarse el análisis descriptivo de la variable Desapego GPC de los pacientes de la muestra de la investigación, se clasificó el nivel de desapego en alta, media y baja. Se obtuvieron los siguientes resultados: Alta: 105 (42.7 %), Media: 49 (19.9 %) y Baja: 92 (37.4 %). Prevalciendo un desapego a las GPC alto. (Gráfica 5).

Gráfico 5:

Muestra la distribución porcentual de la variable Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.



Descripción: Proporción de la variable Desapego GPC de los sujetos en estudio: Alta: 105 (42.7 %), Media: 49 (19.9 %) y Baja: 92 (37.4 %).

8.4 Polifarmacia

Al realizar el análisis estadístico de la variable Polifarmacia de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados: Menos de cuatro fármacos: 55 (22.4 %) y Más de cuatro fármacos 191 (77.6 %). (Tabla 6). Por lo cual mediante esta tabla se determinaron las proporciones de pacientes con polifarmacia, cumpliendo con uno de los objetivos específicos de la investigación.

Tabla 6:

Muestra la distribución porcentual de la variable Polifarmacia

Polifarmacia	Número absoluto	Porcentaje válido
Menos de cuatro fármacos	55	22.4
Más de cuatro fármacos	191	77.6
Total	246	100.0

Fuente: Base de datos de la Investigación Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: Distribución porcentual de la polifarmacia de los sujetos en estudio: Menos de cuatro fármacos: 55 (22.4 %) y Más de cuatro fármacos 191 (77.6 %).



8.5 Correlación de las variables mediante Rho de Spearman

Para determinar el grado de correlación entre polifarmacia y desapego a las Guías de Práctica Clínica, se utilizó el coeficiente Rho de Spearman. De acuerdo a los resultados, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre polifarmacia y variables geográficas o socioeconómicas. (Tabla 7), (Gráficas 6 – 21). De esta forma se cumplen el objetivo general y el último de los específicos de esta investigación.

Tabla 7.

Muestra el análisis estadístico entre polifarmacia y desapego GPC; y variables demográficas y socioeconómicas

Características	N=246	%	Rho	p
Desapego GPC y Polifarmacia				
- Alto / menos de cuatro fármacos	31	12.6	0.99	0.120
- Alto / más de cuatro fármacos	74	30		
- Medio / menos de cuatro fármacos	5	2		
- Medio / más de cuatro fármacos	44	17.8		
- Bajo / menos de cuatro fármacos	19	7.7		
- Bajo / más de cuatro fármacos	73	29.6		
Estado civil y Polifarmacia				
- Soltero / menos de cuatro fármacos	5	2	-0.063	0.327
- Soltero / más de cuatro fármacos	4	1.6		
- Casado / menos de cuatro fármacos	30	12.1		
- Casado / más de cuatro fármacos	115	46.7		
- Divorciado / menos de cuatro fármacos	4	1.6		
- Divorciado / más de cuatro fármacos	10	4		
- Viudo / menos de cuatro fármacos	13	5.2		
- Viudo / más de cuatro fármacos	43	17.4		
- Unión Libre / menos de cuatro	1	0.4		
- Unión Libre / más de cuatro	7	2.8		



fármacos				
- Unión Libre / más de cuatro fármacos	2	0.8		
- Separado / menos de cuatro fármacos	12	4.8		
fármacos				
- Unión Libre / más de cuatro fármacos				
Ubicación Geográfica y Desapego GPC				
- Urbana / Apego Alto	105	42.6		
- Urbana / Apego Medio	49	19.9		
- Urbana / Apego Bajo	91	36.9		
			0.075	0.239
- Rural / Apego Alto	0	0		
- Rural / Apego Medio	0	0		
- Rural / Apego Bajo	1	0.4		
Estado Civil y Desapego GPC				
- Soltero /Apego Alto	5	2		
- Soltero /Apego Medio	2	0.8		
- Soltero /Apego Bajo	2	0.8		
- Casado /Apego Alto	54	21.9		
- Casado /Apego Medio	33	13.4		
- Casado /Apego Bajo	58	23.5		
- Divorciado /Apego Alto	9	3.6		
- Divorciado /Apego Medio	3	1.2		
- Divorciado /Apego Bajo	2	0.8	-	
			0.082	0.199
- Viudo /Apego Alto	24	9.7		
- Viudo /Apego Medio	7	2.8		
- Viudo /Apego Bajo	25	10.1		
- Unión Libre /Apego Alto	4	1.6		
- Unión Libre /Apego Medio	1	0.4		
- Unión Libre /Apego Bajo	3	1.2		
- Separado /Apego Alto	9	3.6		
- Separado /Apego Medio	3	1.2		
- Separado /Apego Bajo	2	0.8		
Religión y Desapego GPC				
- Ateo /Apego Alto	25	10.1		
- Ateo /Apego Medio	7	2.8		
- Ateo /Apego Bajo	16	6.5		
			0.074	0.246
- Cristianos /Apego Alto	80	32.5		
- Cristianos /Apego Medio	42	17		



Cristianos /Apego Bajo	76	30.8
------------------------	----	------

Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: El análisis estadístico entre polifarmacia y desapego GPC; y variables demográficas y socioeconómicas. El grado de correlación entre polifarmacia y apego GPC fueron comprobadas mediante el coeficiente Rho de Spearman. La significancia (p) fue establecida como $p < 0.05$ o $p < 0.01$.

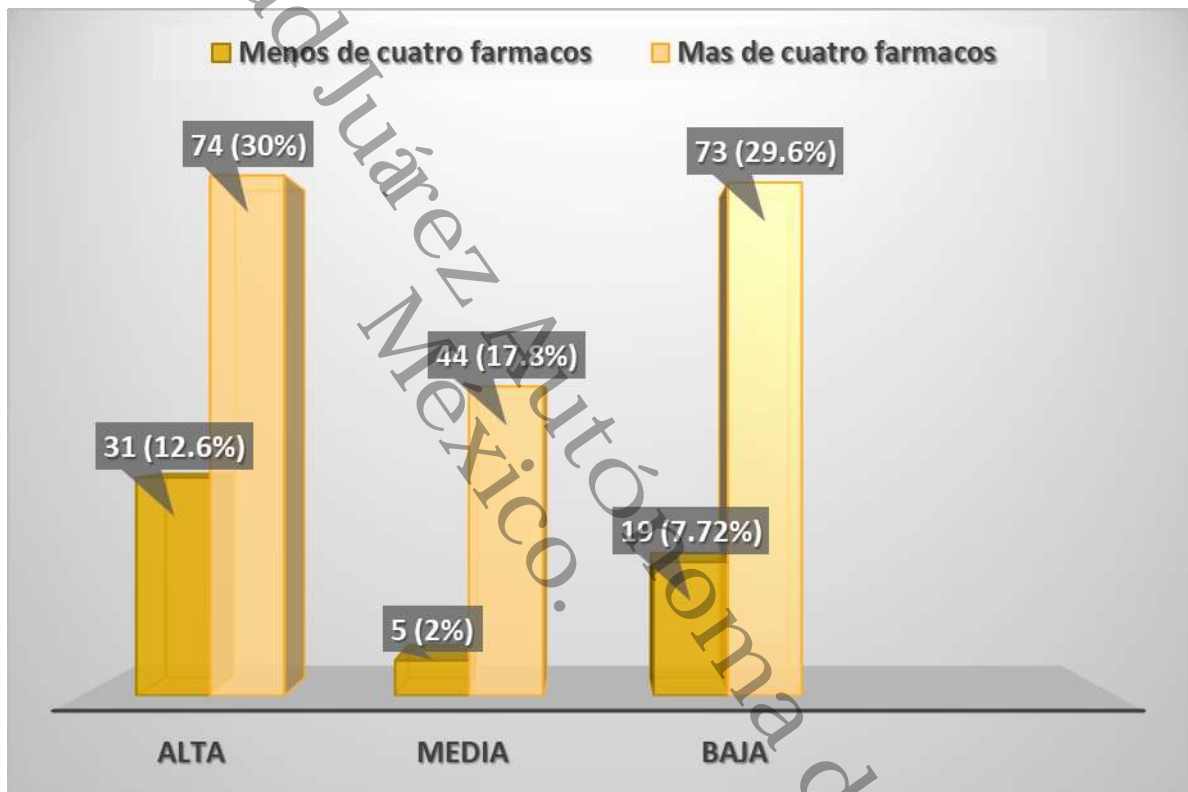
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Al efectuar el análisis estadístico mediante la fórmula de correlación de Rho de Spearman en el contraste de las variable Polifarmacia y Desapego GPC de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: $Rho: 0.099; p=0.120^c$

Gráfica 6:

Muestra la correlación entre las variables Polifarmacia y Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

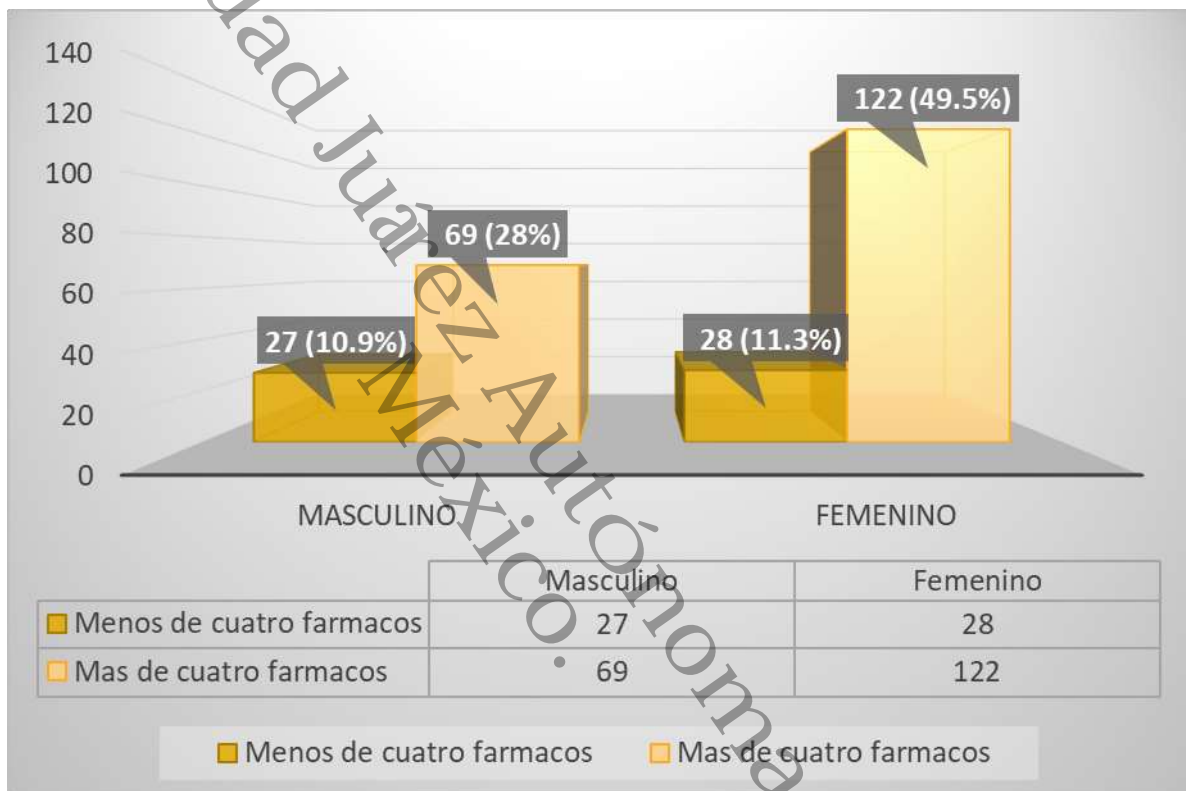
Descripción: Al realizar el cálculo de correlación mediante la fórmula de Rho de Spearman de las variables; Polifarmacia y Desapego GPC: se encontró: $Rho: 0.99; p=0.120^c$



Al realizar el cálculo de correlación mediante Rho de Spearman de las variables Género y Polifarmacia de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: 0.111; $p=0.083^c$

Gráfica 7:

Muestra la correlación entre las variables Género y Polifarmacia



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

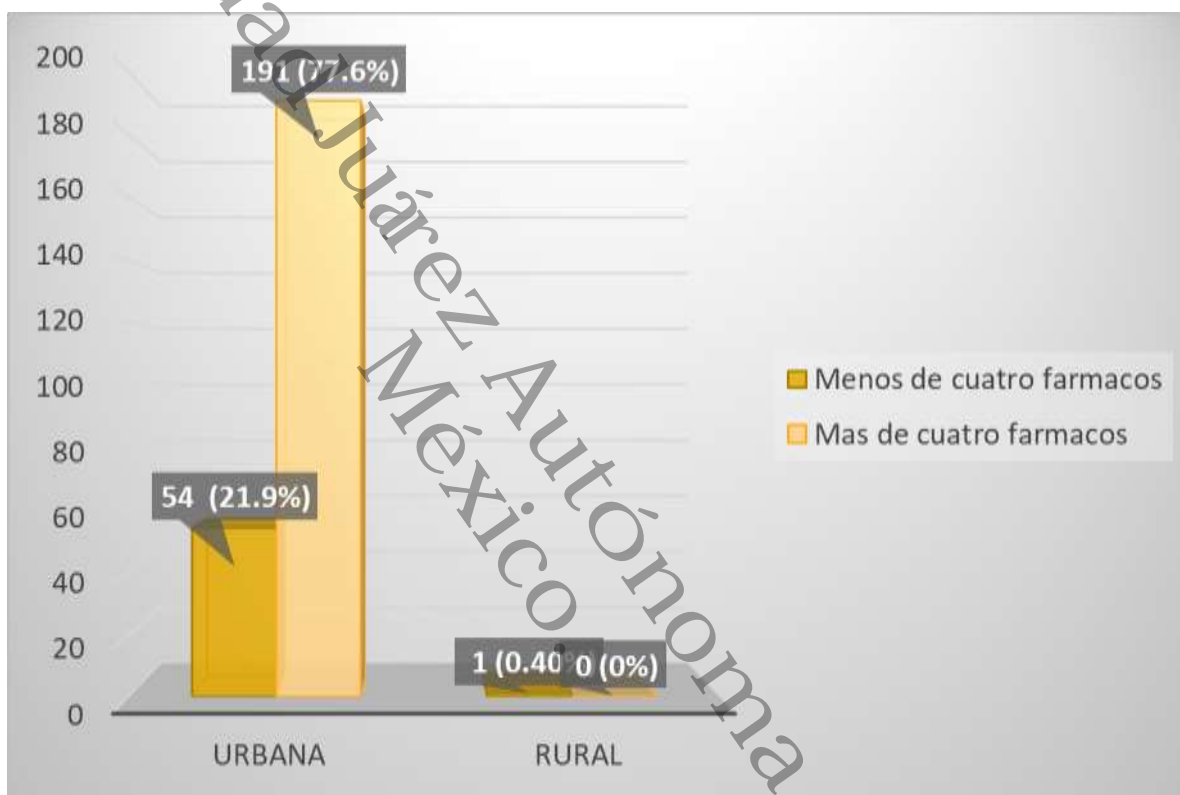
Descripción: Al realizar el cálculo de correlación de Spearman de las variables; Género y Polifarmacia: se encontró: Rho: 0.111; $p=0.083^c$



Al realizar el cálculo de correlación de las variable Ubicación Geográfica y Polifarmacia de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: -0.119; $p=0.062^c$

Gráfica 8:

Muestra la correlación entre las variables Ubicación Geográfica y Polifarmacia



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

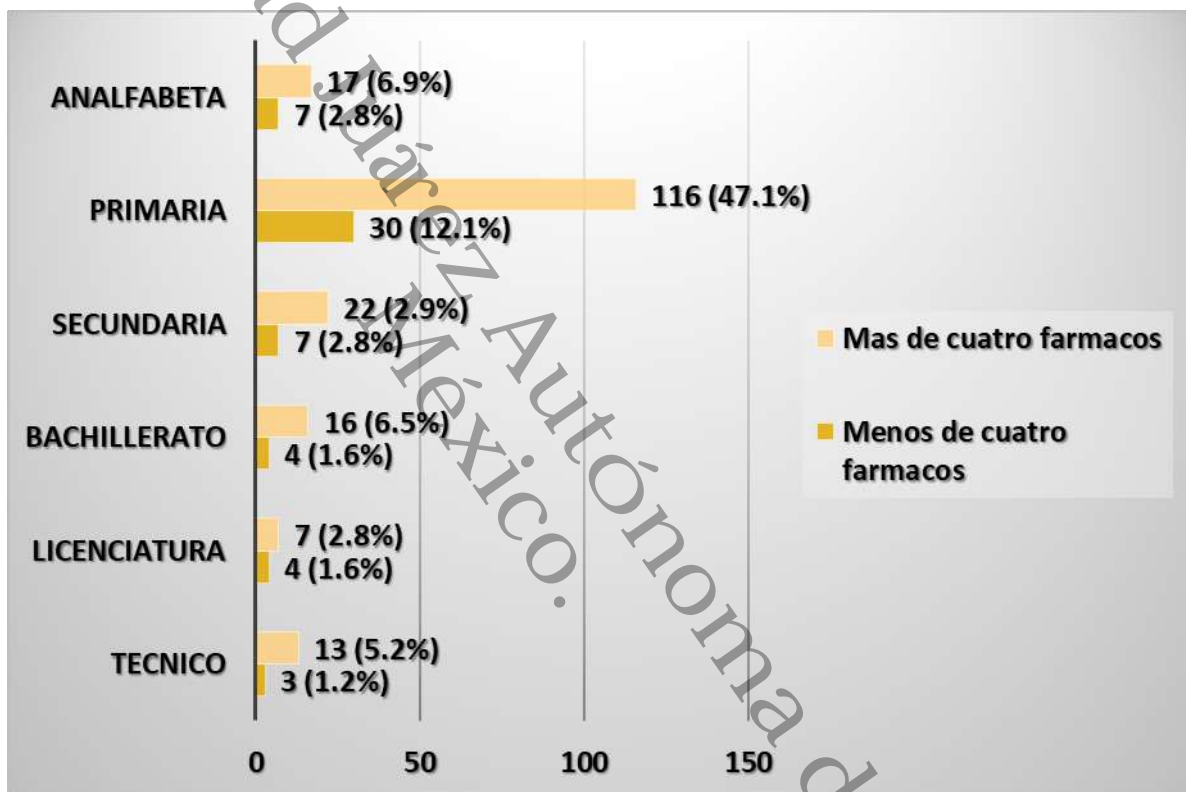
Descripción: Al realizar el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Ubicación Geográfica y Polifarmacia: se encontró: Rho: -0.119; $p=0.062^c$



Al efectuar el análisis estadístico mediante la fórmula de correlación de Rho de Spearman en el contraste de las variable Escolaridad y Polifarmacia de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: -0.002; $p=0.976^{\circ}$

Gráfica 9:

Muestra la correlación entre las variables Escolaridad y Polifarmacia



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

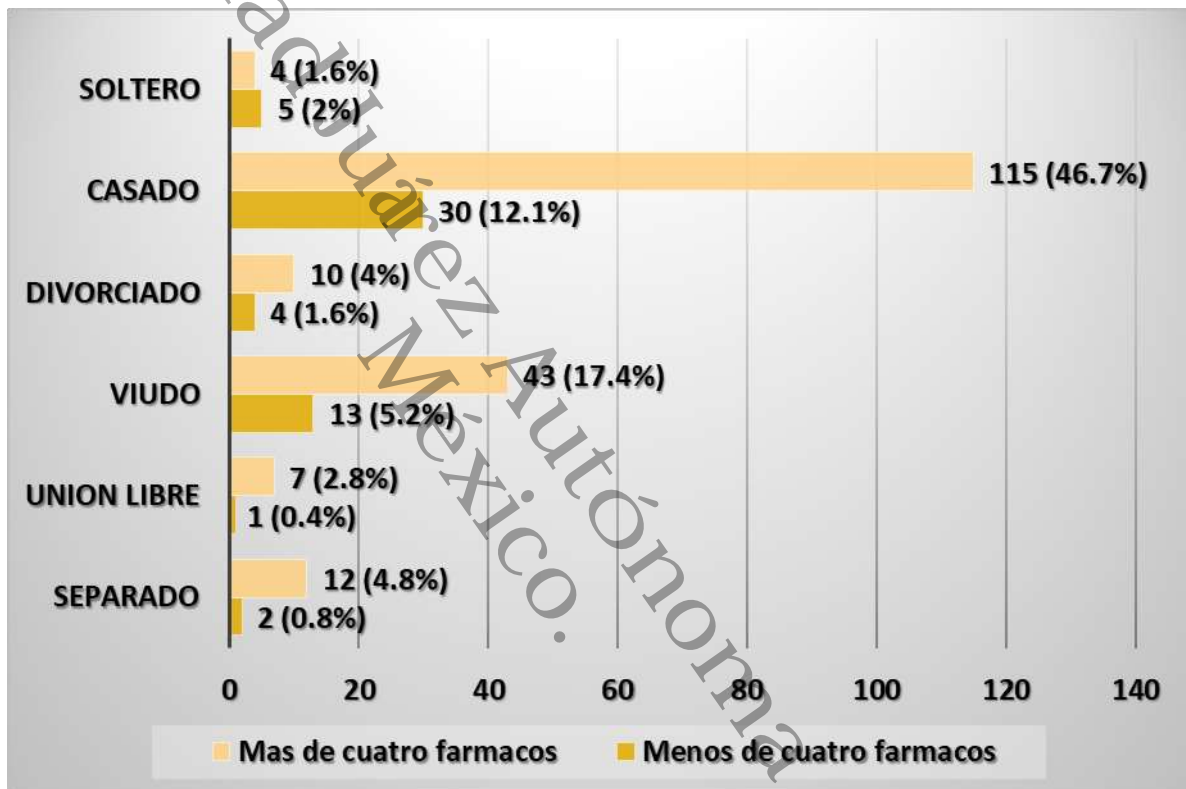
Descripción: Al llevar a cabo el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Escolaridad y Polifarmacia: se encontró: Rho: -0.002; $p=0.976^{\circ}$



Al concretarse la correlación de la variable Estado Civil en contraste con la variable Polifarmacia mediante Rho de Spearman de pacientes de la muestra tomadas en cuenta en el presente proyecto, se obtuvieron los siguientes resultados: Rho: 0.063; $p=0.327^c$

Gráfica 10:

Muestra la correlación entre las variables Estado Civil y Polifarmacia



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

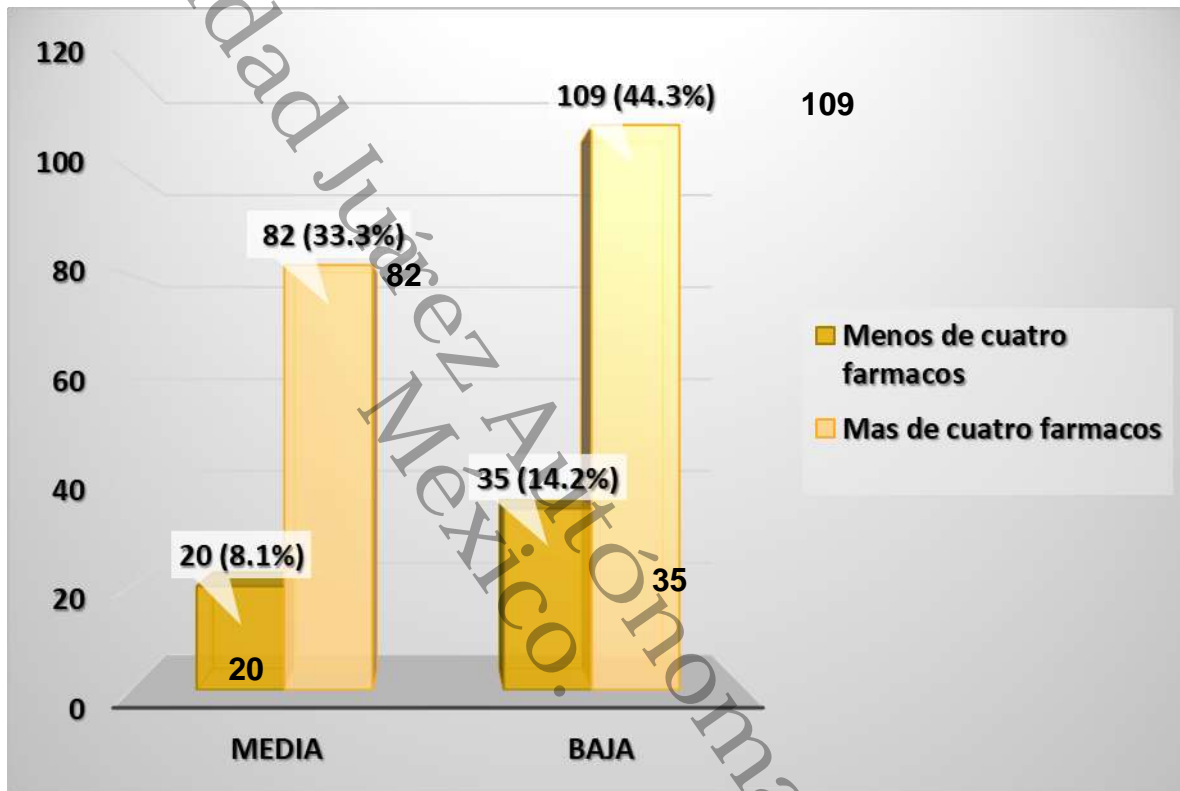
Descripción: Correlación de Rho de Spearman de las variables; Estado Civil y Polifarmacia: se encontró: Rho: 0.063; $p=0.327^c$



Al efectuar el cálculo estadístico de correlación de las variables Ingresos y Polifarmacia mediante la fórmula de Rho de Spearman de los pacientes en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: $Rho: -0.056$; $p=0.386^c$

Gráfica 11:

Muestra la correlación entre las variables Ingresos y Polifarmacia



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

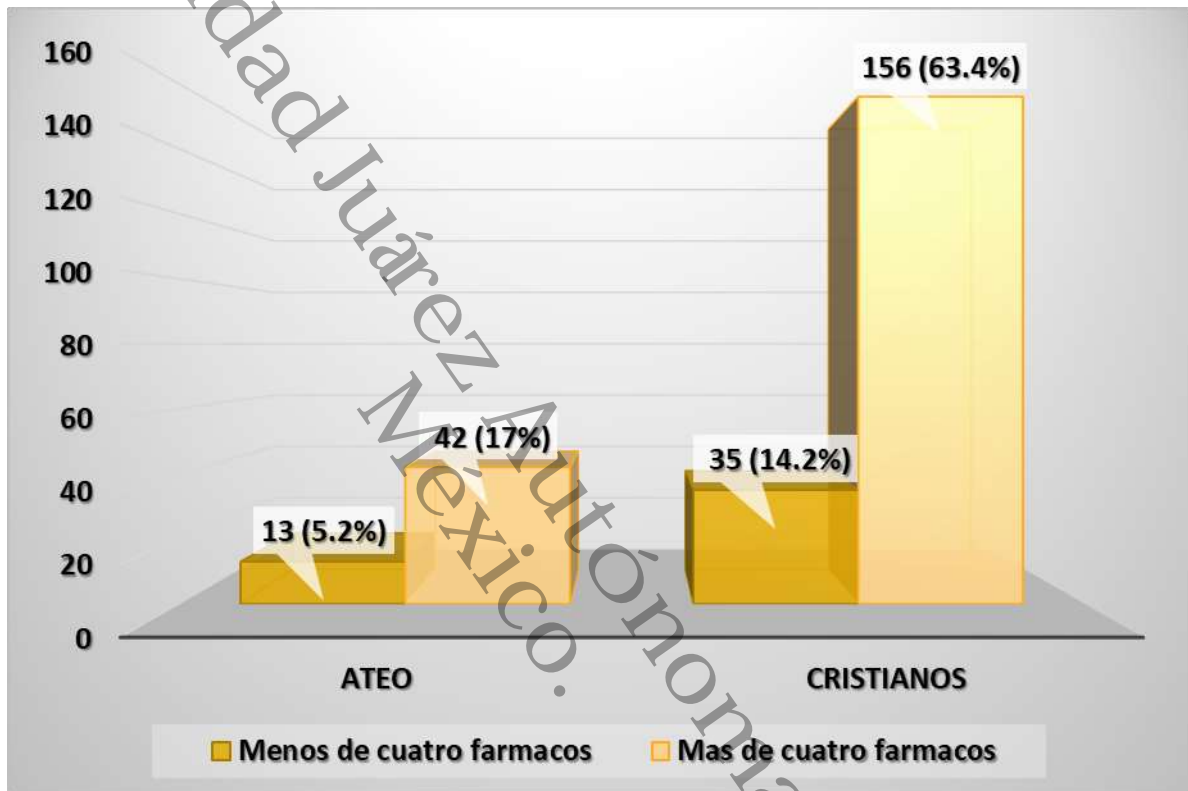
Descripción: Al realizar la correlación mediante de Rho de Spearman de las variables; Ingresos y Polifarmacia: se encontró: $Rho: -0.056$; $p=0.386^c$



Al realizar el cálculo de correlación de las variable Religión y Polifarmacia de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: 0.056; $p=0.383^{\circ}$

Gráfica 12:

Muestra la correlación entre las variables Religión y Polifarmacia



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

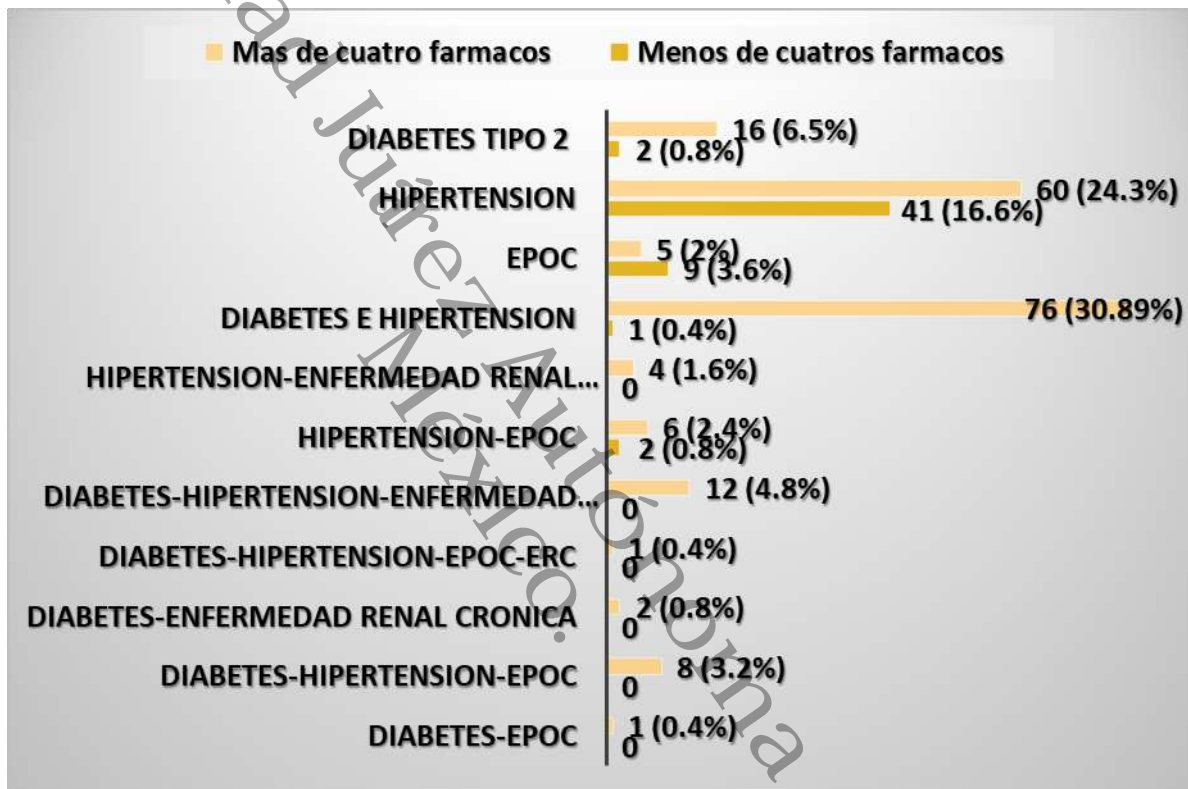
Descripción: Al llevar a cabo el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Religión y Polifarmacia: se encontró: Rho: 0.056; $p=0.383^{\circ}$



Al efectuar el análisis estadístico mediante la fórmula de correlación de Rho Spearman en el contraste de las variable Enfermedades Crónicas y Polifarmacia de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: $Rho: 0.307; p=0.000^c$

Gráfica 13:

Muestra la correlación entre las variables Enfermedades Crónicas y Polifarmacia



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

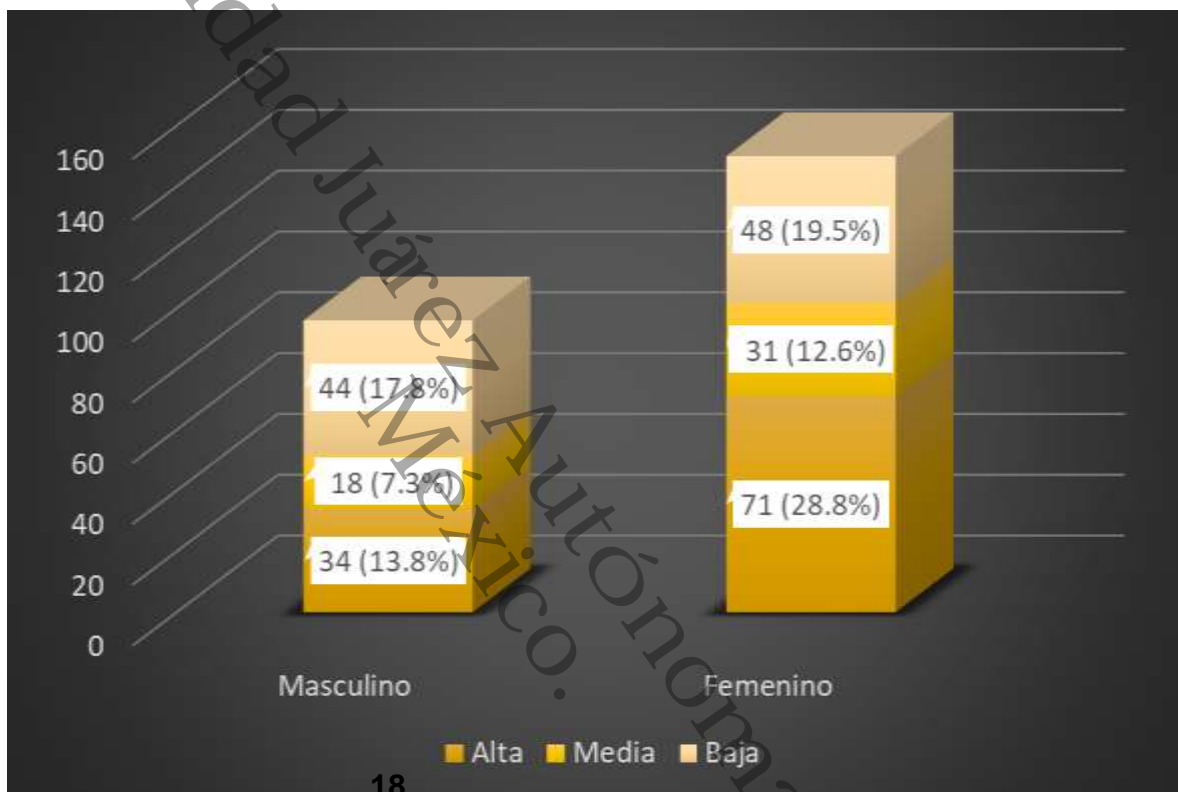
Descripción: Correlación de Rho de Spearman de las variables; Enfermedades crónicas y Polifarmacia: se encontró: $Rho: 0.307; 0.000^c$



Al efectuar el cálculo estadístico de correlación de las variables Género y Desapego GPC mediante la fórmula de Rho de Spearman de los pacientes en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: -0.141; $p=0.027^c$

Gráfica 14:

Muestra la correlación entre las variables Género y Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

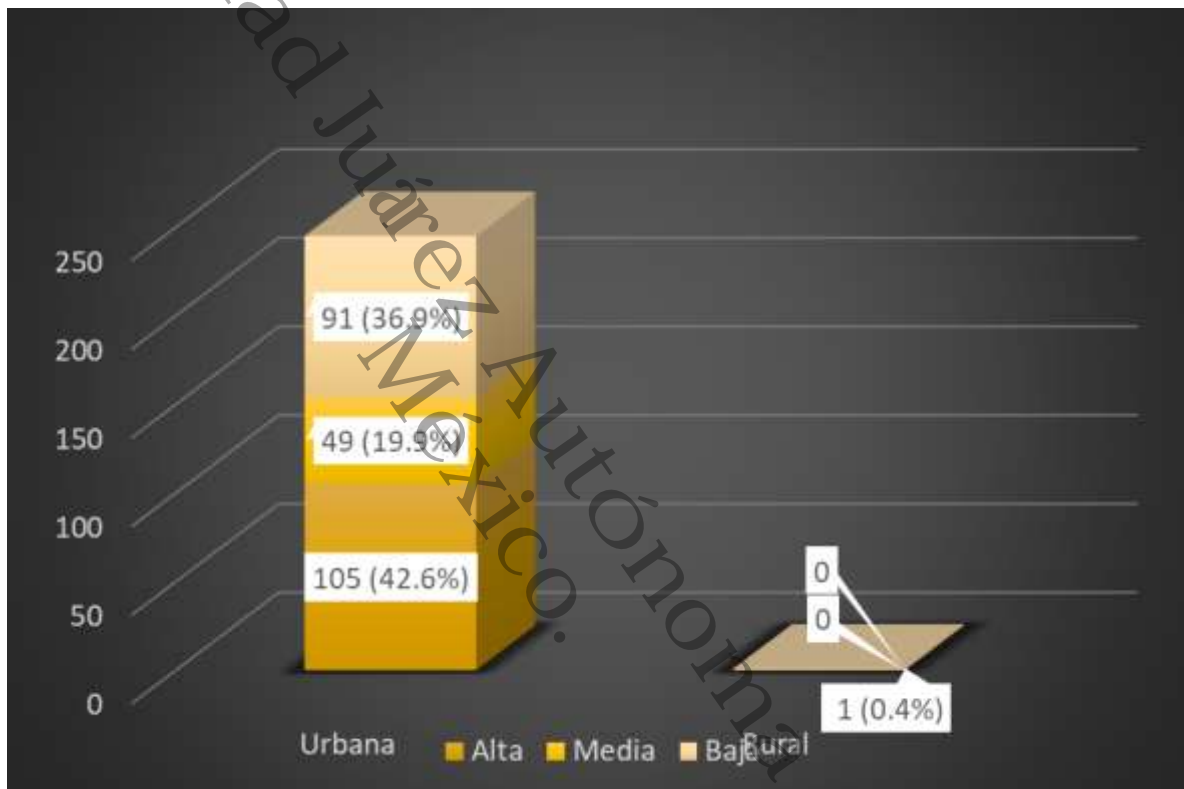
Descripción: Al realizar el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Género y Desapego GPC: se encontró: Rho: -0.141; $p=0.027^c$



Al efectuar el análisis estadístico mediante la fórmula de correlación de Rho de Spearman en el contraste de las variable Ubicación geográfica y Desapego GPC de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: 0.075; $p=0.239^c$

Gráfica 15:

Muestra la correlación entre las variables Ubicación geográfica y Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

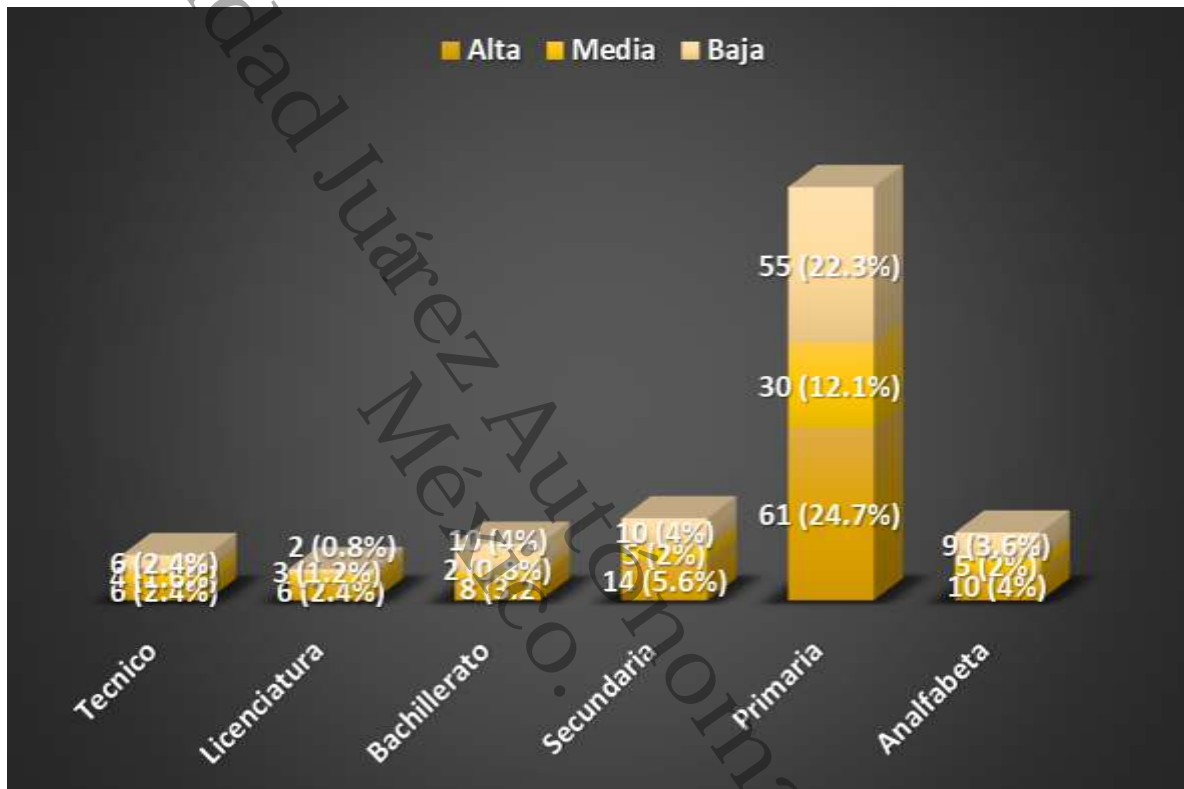
Descripción: Al llevar a cabo el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Ubicación geográfica y Desapego GPC: se encontró: Rho: 0.075; $p=0.239^c$



Al realizar el cálculo de correlación de las variables Escolaridad y Desapego GPC mediante la fórmula de Rho de Spearman de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: -0.012; $p=0.847^c$

Gráfica 16

Muestra la correlación entre las variables Escolaridad y Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

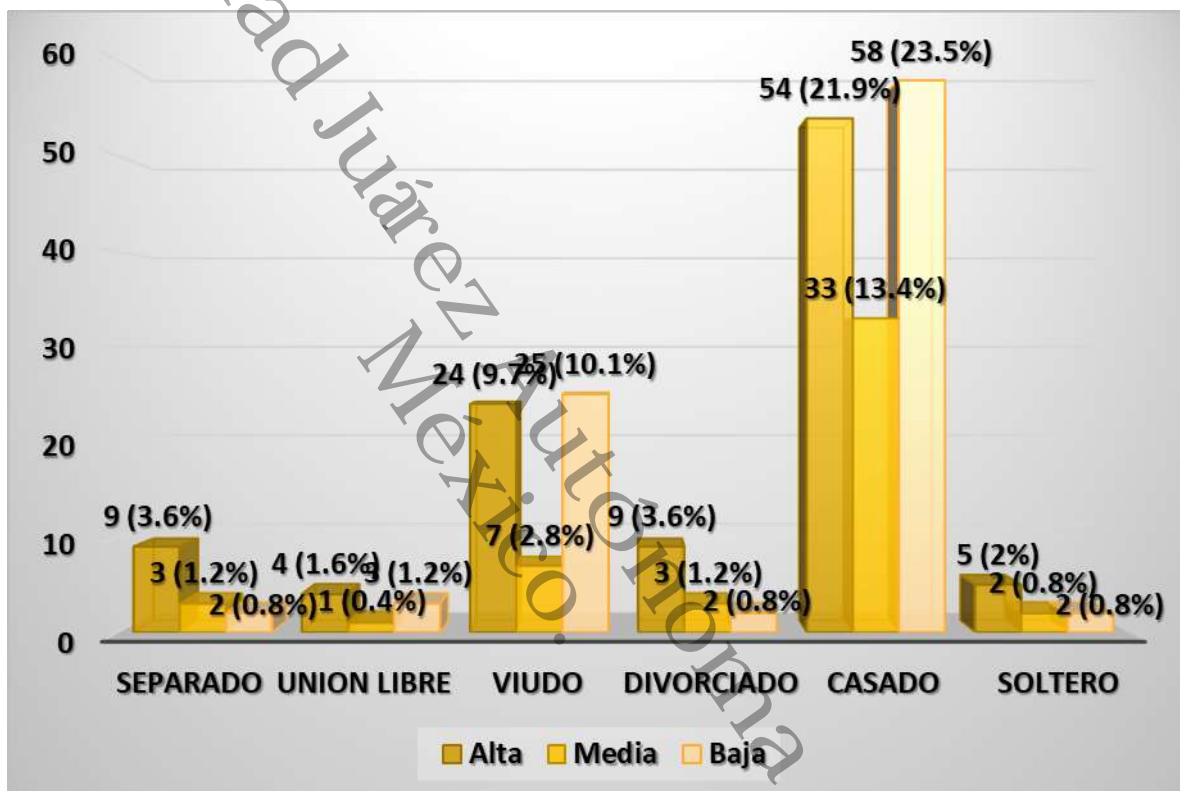
Descripción: Correlación de Rho de Spearman de las variables; Escolaridad y Desapego GPC: se encontró: Rho: -0.012; $p=0.847^c$



Al efectuar el cálculo estadístico de correlación de las variables Estado Civil y Desapego GPC mediante la fórmula Rho de Spearman de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: $Rho: -0.082$; $p=0.199^c$

Gráfica 17:

Muestra la correlación entre las variables Estado Civil y Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco,

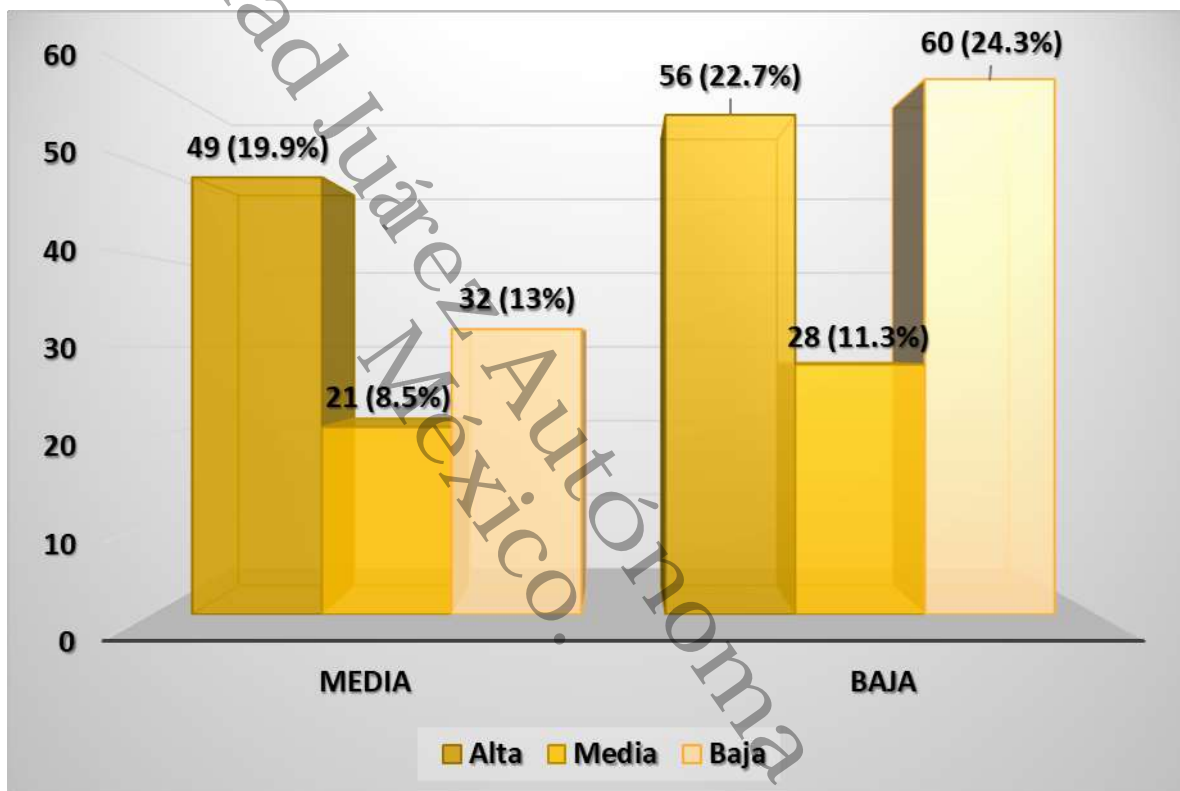
Descripción: Al realizar el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Estado Civil y Desapego GPC: se encontró: $Rho: -0.082$; $p=0.199^c$



Al llevar a cabo la correlación de la variable Ingreso en contraste con la variable Desapego GPC mediante la fórmula Rho de Spearman de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: $Rho: 0.107$; $p=0.093^c$

Gráfica 18:

Muestra la correlación entre las variables Ingreso y Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

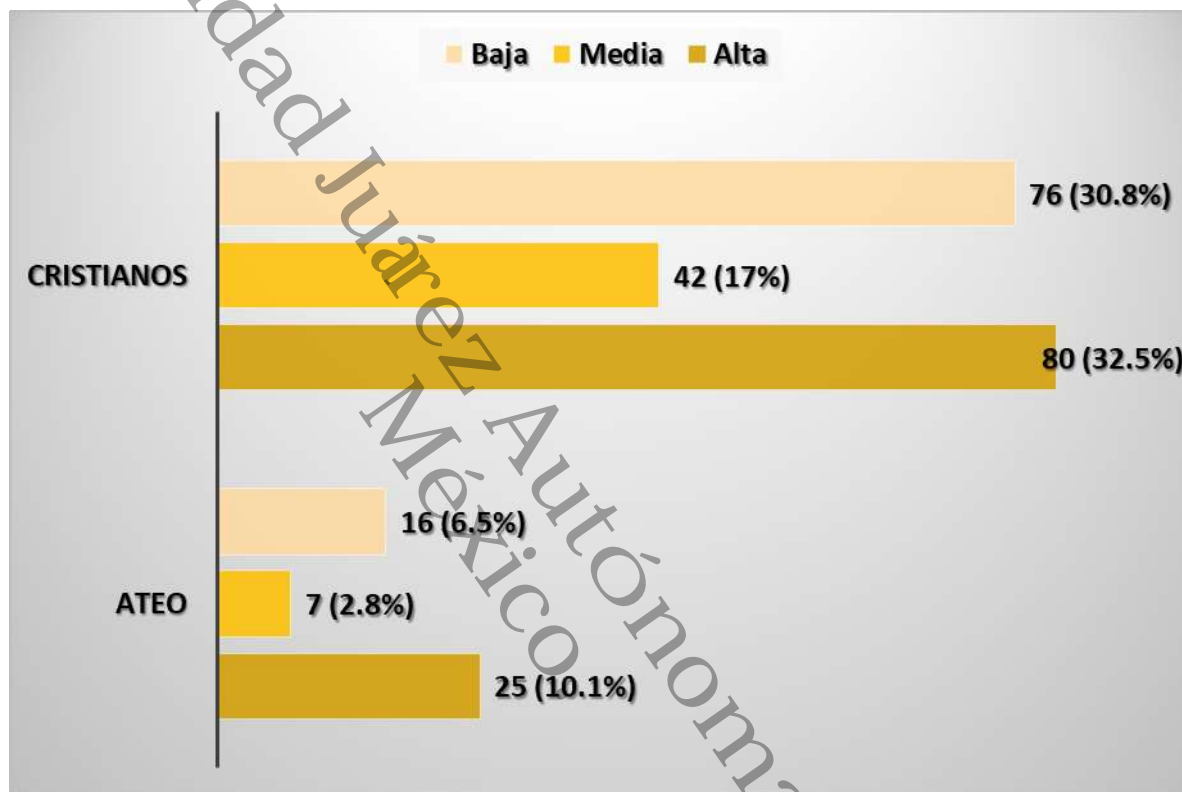
Descripción: Al concretarse el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Ingresos y Desapego GPC: se encontró: $Rho: 0.107$; $p=0.093^c$



Al efectuar el análisis de correlación de las variables Religión y Desapego GPC de los pacientes de la muestra considerada en el estudio mediante la fórmula Rho de Spearman, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: 0.074; $p=0.246^c$

Gráfica 19:

Muestra la correlación entre las variables Religión y Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

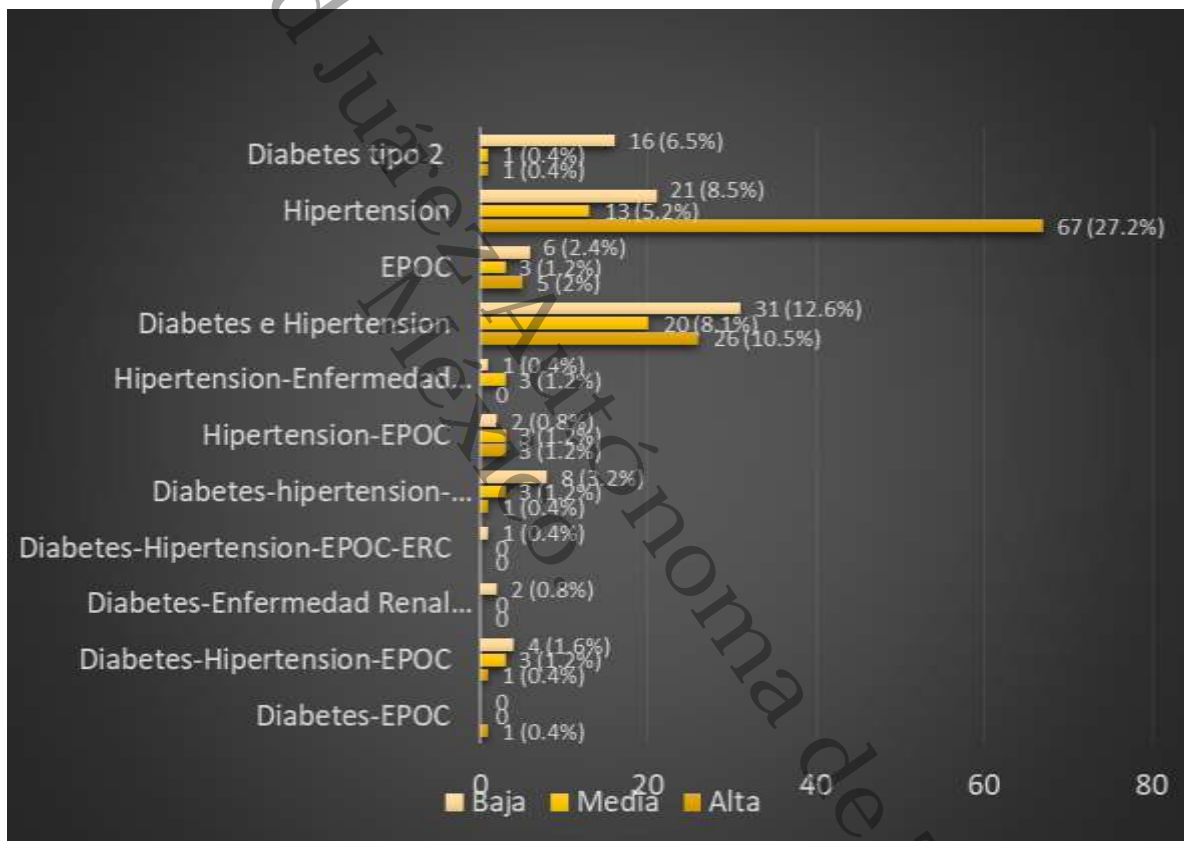
Descripción: Al llevar a cabo el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Religión y Desapego GPC: se encontró: Rho: 0.074; $p=0.246^c$



Al concretarse el análisis estadístico de correlación de las variables Enfermedades Crónicas y Desapego GPC mediante Rho de Spearman de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: 0.201; $p=0.002^{\circ}$

Gráfica 20:

Muestra la correlación entre las variables Enfermedades Crónicas y Desapego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación Polifarmacia y apego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

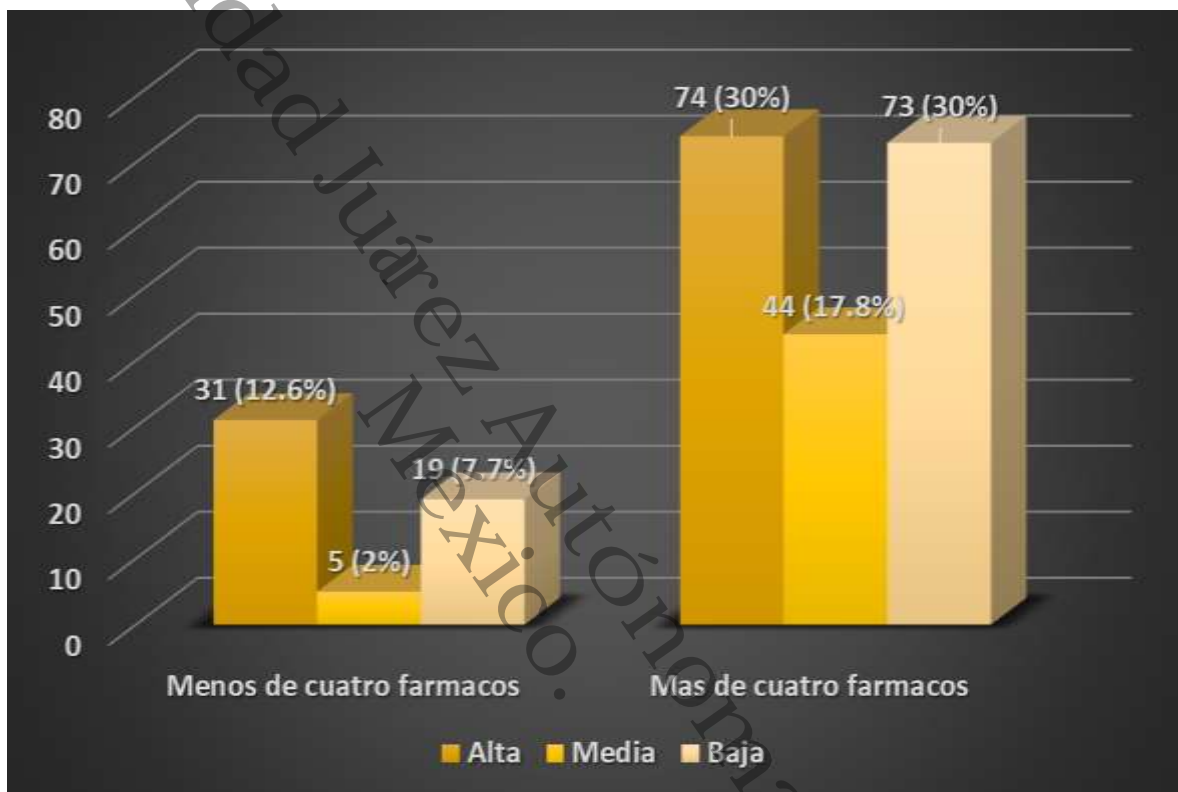
Descripción: Al efectuar el cálculo de correlación de Rho de Spearman de las variables; Enfermedades crónicas y Desapego GPC: se encontró: Rho: 0.201; $p=0.002^{\circ}$



Al llevar al cabo el cálculo de correlación de las variables Polifarmacia y Desapego GPC mediante Rho de Spearman de los pacientes de la muestra considerada en el estudio, se obtuvo el siguiente resultado: Rho: 0.099; $p=0.120^{\circ}$

Gráfica 21:

Muestra la correlación entre las variables Polifarmacia y Despego GPC



Fuente: Base de datos de la Investigación Polifarmacia y apego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: Correlación de Rho de Spearman de las variables, Polifarmacia y Desapego GPC: se encontró: Rho: 0.099; $p=0.120^{\circ}$



8.6 Contraste de las variables mediante χ^2

Al realizar el contraste entre las variables Desapego GPC y Enfermedades Crónicas. Las asociaciones entre desapego GPC y enfermedades crónicas fueron comprobadas mediante la prueba χ^2 de Pearson. La significancia (p) fue establecida como $p < 0.05$ o $p < 0.01$.

Tabla 8.

Muestra el contraste entre Enfermedades crónicas y Desapego GPC

Características	N=246	%	χ^2	p
Enfermedades crónicas y Desapego GPC				
- Diabetes Tipo 2 / Desapego Alto	1	0.4		
- Diabetes Tipo 2 / Desapego Medio	1	0.4		
- Diabetes Tipo 2 / Desapego Bajo	16	6.5		
- Hipertensión Arterial / Desapego Alto	67	27.2	72.410	0.001
- Hipertensión Arterial / Desapego Medio	13	5.2		
- Hipertensión Arterial / Desapego Bajo	21	8.5		
- EPOC / Desapego Alto	5	2		
- EPOC / Desapego Medio	3	1.2		
- EPOC / Desapego Bajo	6	2.4		
- Diabetes e Hipertensión / Desapego Alto	26	10.5		
- Diabetes e Hipertensión / Desapego Medio	20	8.1		
- Diabetes e Hipertensión / Desapego Bajo	31	12.6		
- Hipertensión-ERC / Desapego Alto	0	0		
- Hipertensión-ERC / Desapego Medio	3	1.2		
- Hipertensión-ERC / Desapego Bajo	1	0.4		
- Hipertensión-EPOC / Desapego Alto	3	1.2		
- Hipertensión-EPOC / Desapego Medio	3	1.2		



- Hipertensión-EPOC / Desapego Bajo	2	0.8
- Diabetes- Hipertensión- Enfermedad renal crónica / Desapego Alto	1	0.4
- Diabetes- Hipertensión- Enfermedad renal crónica / Desapego Medio	3	1.2
- Diabetes- Hipertensión- Enfermedad renal crónica / Desapego Bajo	8	3.2
- Diabetes- Hipertensión- EPOC- ERC / Desapego Alto	0	0
- Diabetes- Hipertensión- EPOC- ERC / Desapego Medio	0	0
- Diabetes- Hipertensión- EPOC- ERC / Desapego Bajo	1	0.4
- Diabetes- Enfermedad renal crónica / Desapego Alto	0	0
- Diabetes- Enfermedad renal crónica / Desapego Medio	0	0
- Diabetes- Enfermedad renal crónica / Desapego Bajo	2	0.8
- Diabetes- Hipertensión-EPOC / Desapego Alto	1	0.4
- Diabetes- Hipertensión-EPOC / Desapego Medio	3	1.2
- Diabetes- Hipertensión-EPOC / Desapego Bajo	4	1.6
- Diabetes- EPOC / Desapego Alto	1	0.4
- Diabetes- EPOC / Desapego Medio	0	0
- Diabetes- EPOC / Desapego Bajo	0	0

Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: Contraste entre Enfermedades crónicas y Desapego GPC. La significancia (p) fue establecida como $p < 0.05$ o $p < 0.01$.



Al realizar el contraste entre Polifarmacia y Desapego GPC. Las asociaciones entre Polifarmacia y Desapego GPC fueron comprobadas mediante la prueba χ^2 de Pearson. La significancia (p) fue establecida como $p < 0.05$ o $p < 0.01$.

Tabla 9.

Muestra el contraste entre Polifarmacia y Desapego GPC

Características	N=246	%	X ²	p
Polifarmacia y Desapego GPC				
- Alto / menos de cuatro fármacos	31	12.6		
- Alto / más de cuatro fármacos	74	30		
- Medio / menos de cuatro fármacos	5	2	7.430	0.024
- Medio / más de cuatro fármacos	44	17.8		
- Bajo / menos de cuatro fármacos	19	7.7		
- Bajo / más de cuatro fármacos	73	29.6		

Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: Contraste entre las variables Polifarmacia y Desapego GPC, hallando la significancia (p) fue establecida como $p < 0.05$ o $p < 0.01$.



Al realizar el contraste entre las variables Polifarmacia y Enfermedades crónicas. Las asociaciones entre Polifarmacia y Enfermedades crónicas fueron comprobadas mediante la prueba χ^2 de Pearson. La significancia (p) fue establecida como $p < 0.05$ o $p < 0.01$.

Tabla 10.

Muestra el contraste entre Polifarmacia y Enfermedades crónicas

Características	N=246	%	χ^2	p
Polifarmacia y Enfermedades Crónicas			62.606	0.001
- Menos de cuatro fármacos				
• Diabetes Tipo 2	2	0.8		
• Hipertensión Arterial	41	16.6		
• EPOC	9	3.6		
• Diabetes e Hipertensión	1	0.4		
• Hipertensión-enfermedad renal crónica	0	0		
• Hipertensión –EPOC	2	0.8		
• Diabetes- Hipertensión- Enfermedad renal crónica	0	0		
• Diabetes- Hipertensión- EPOC- ERC	0	0		
• Diabetes- Enfermedad renal crónica	0	0		
• Diabetes- Hipertensión-EPOC	0	0		
• Diabetes- EPOC	0	0		
- Más de cuatro fármacos	16	6.5		
• Diabetes Tipo 2	60	24.3		
• Hipertensión Arterial	5	2		
• EPOC	76	30.8		
• Diabetes e Hipertensión	4	1.6		
• Hipertensión-enfermedad renal crónica	6	2.4		
• Hipertensión –EPOC	12	4.8		
• Diabetes- Hipertensión- Enfermedad renal crónica	1	0.4		
• Diabetes- Hipertensión- EPOC- ERC	2	0.8		
• Diabetes- Enfermedad renal crónica	8	3.2		



-
- | | | |
|-------------------------------|---|-----|
| • Diabetes- Hipertensión-EPOC | 1 | 0.4 |
| • Diabetes- EPOC | | |
-

Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

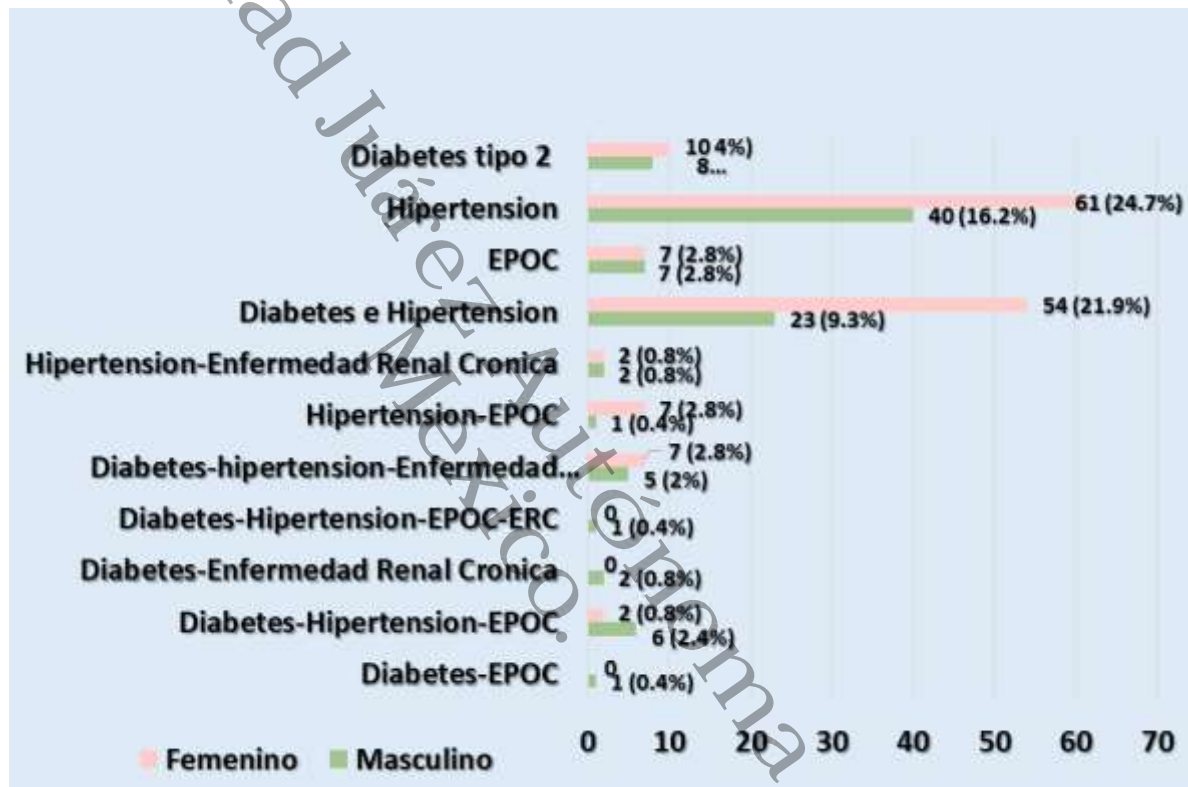
Descripción: Contraste entre las variables Polifarmacia y Enfermedades crónicas. Encontrando la significancia (p) fue establecida como $p < 0.05$ o $p < 0.01$.



El análisis estadístico de las variable Enfermedades Crónicas, mediante la fórmula de X^2 contrastada con la variable género encontró los siguientes resultados: ($X^2=16.861^a$); $GL=10$; $p=0.077$.

Gráfica 22.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Enfermedades Crónicas y Género.



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

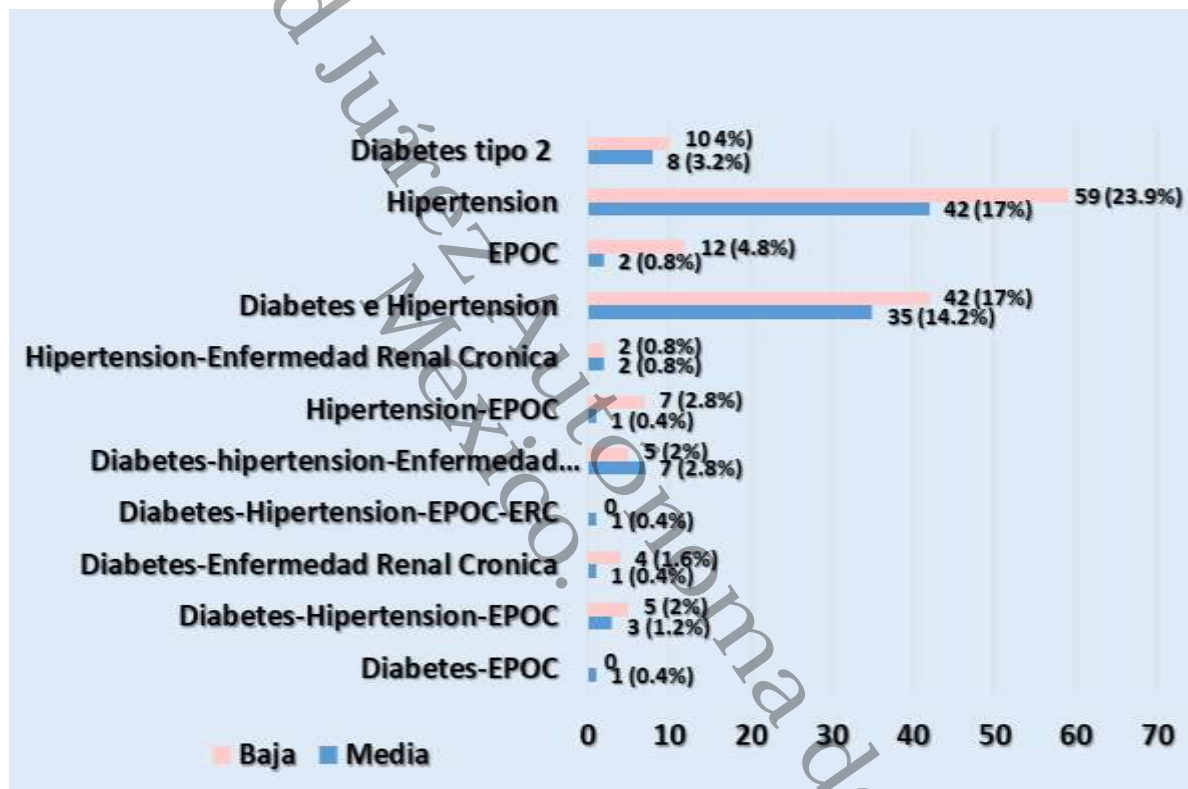
Descripción: Análisis estadístico mediante la fórmula de X^2 , de las variables Enfermedades Crónicas y Género se encontraron los siguientes resultados: ($X^2 = 16.861^a$); $GL=10$; $p=0.077$.



Al llevar a cabo el análisis estadístico contrastado de las variables Enfermedades Crónicas e Ingresos mediante la fórmula de X^2 , se encontró los siguientes resultados: ($X^2 = 11.356^a$); $GL=10$; $p=0.330$. De acuerdo con los resultados, no existe una asociación altamente significativa.

Gráfica 23.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Enfermedades Crónicas e Ingresos.



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

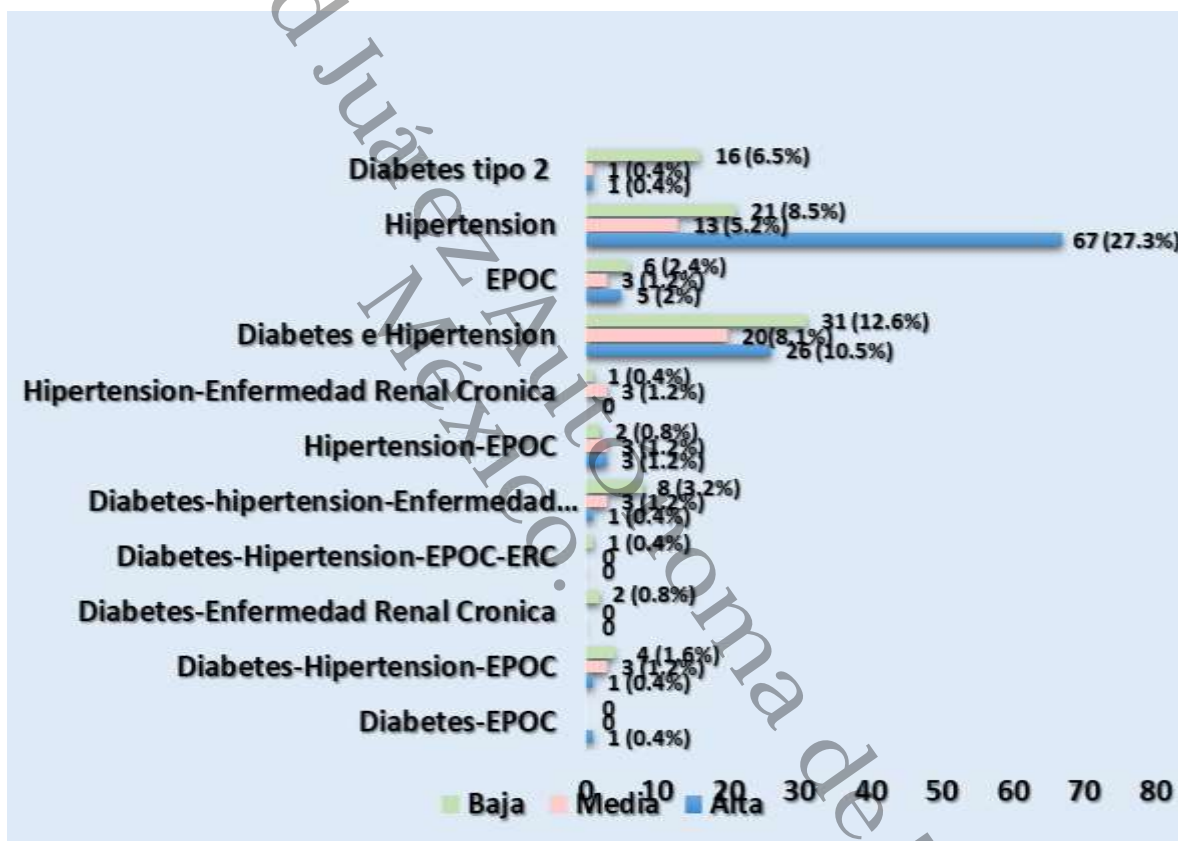
Descripción: En el contraste de las variables Enfermedades Crónicas e Ingresos se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 11.356^a$); $GL=10$; $p=0.330$.



Al efectuar el contraste de las variables Enfermedades Crónicas Desapego GPC mediante la fórmula X^2 se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 72.410^a$); GL = 20; $p=0.000$.

Gráfica 24.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Enfermedades Crónicas y Desapego GPC.



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

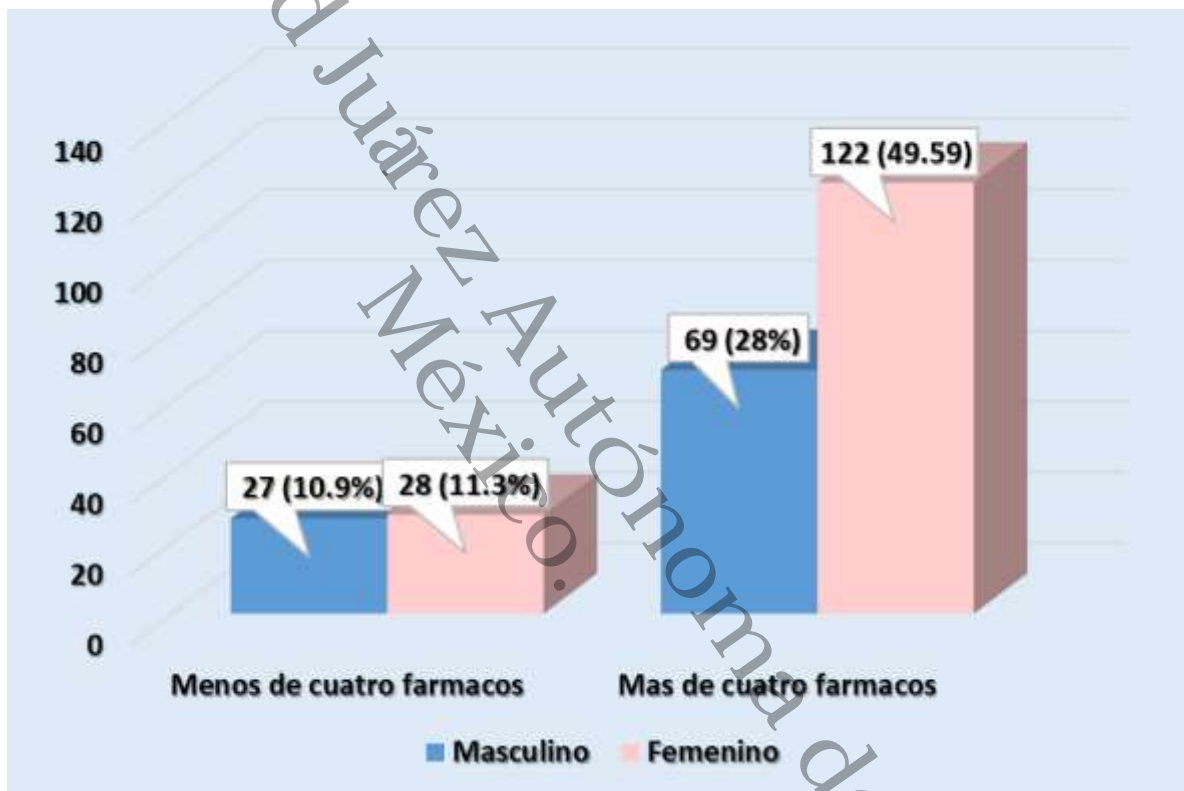
Descripción: Formula X^2 de las variables Enfermedades Crónicas y Desapego GPC se hallaron los siguientes datos: ($X^2 = 72.410^a$); GL = 20; $p=0.000$.



El análisis estadístico en contraste de las variables Polifarmacia y Género mediante la aplicación de la fórmula X^2 , se obtuvieron los siguientes datos: ($X^2 = 3.017^a$); $GL=1$; $p=0.082$.

Gráfica 25.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Género.



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco

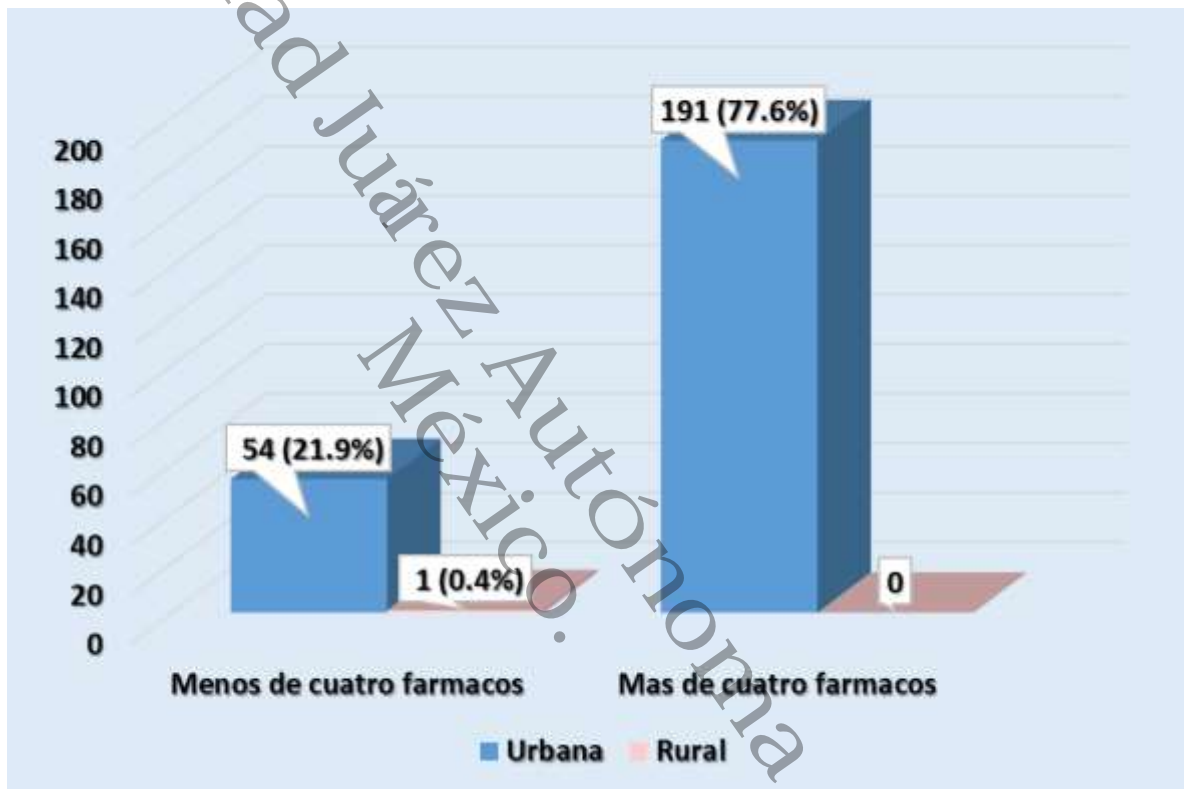
Descripción: En el contraste de las variables Polifarmacia y Género se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 3.017^a$); $GL=1$; $p=0.082$.



Al llevar a cabo el análisis estadístico de la variable Polifarmacia en contraste con la variable Ubicación Geográfica mediante la fórmula X^2 se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 3.487^a$); $GL=1$; $p=0.062$.

Gráfica 26.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Ubicación Geográfica.



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

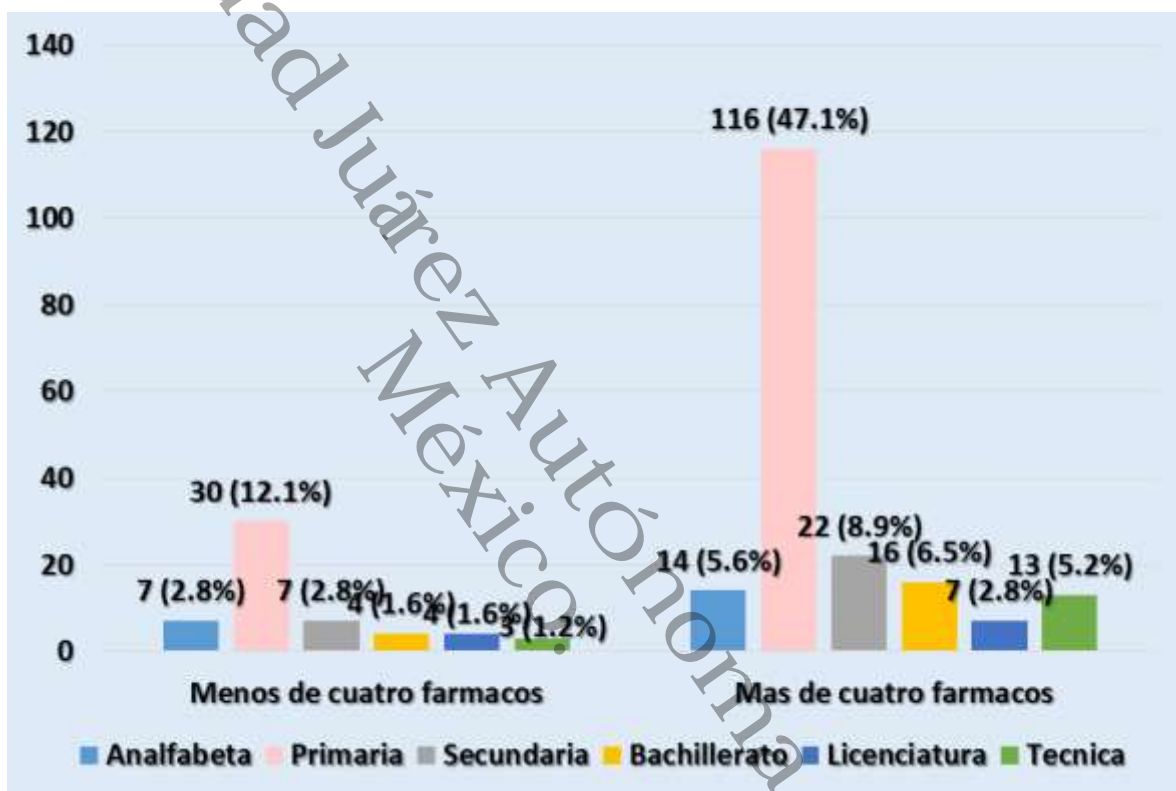
Descripción: En el contraste de las variables Polifarmacia y Ubicación Geográfica se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 3.487^a$); $GL=1$; $p=0.062$.



Al efectuar el contraste de las variables Polifarmacia y Escolaridad mediante la fórmula X^2 se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 2.396^a$); $GL=5$; $p=0.792$.

Gráfica 27.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Escolaridad.



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

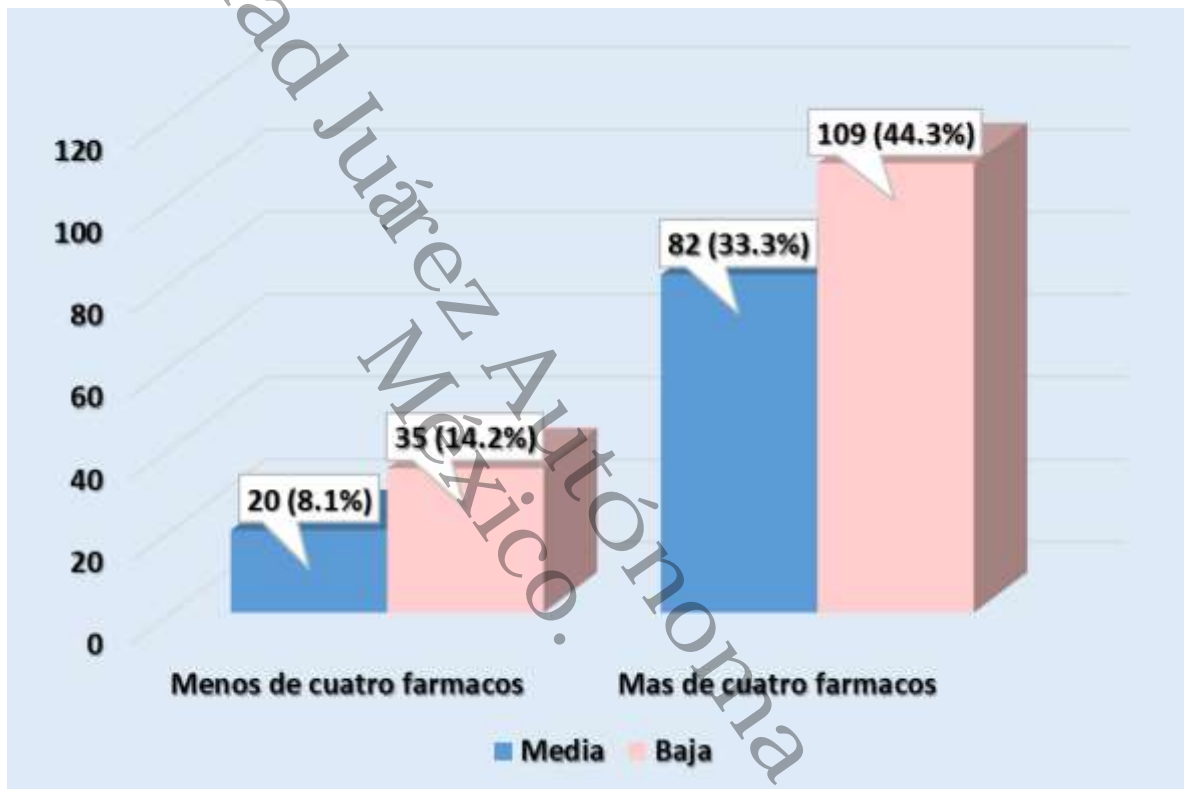
Descripción: En el contraste de las variables Polifarmacia y Escolaridad se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 2.396^a$); $GL=5$; $p=0.792$.



Al llevar a cabo el contraste mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia e Ingresos se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 0.759^a$); $GL=1$; $p=0.384$.

Gráfica 28.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia e Ingresos.



Fuente: Base de datos de la Investigación: Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

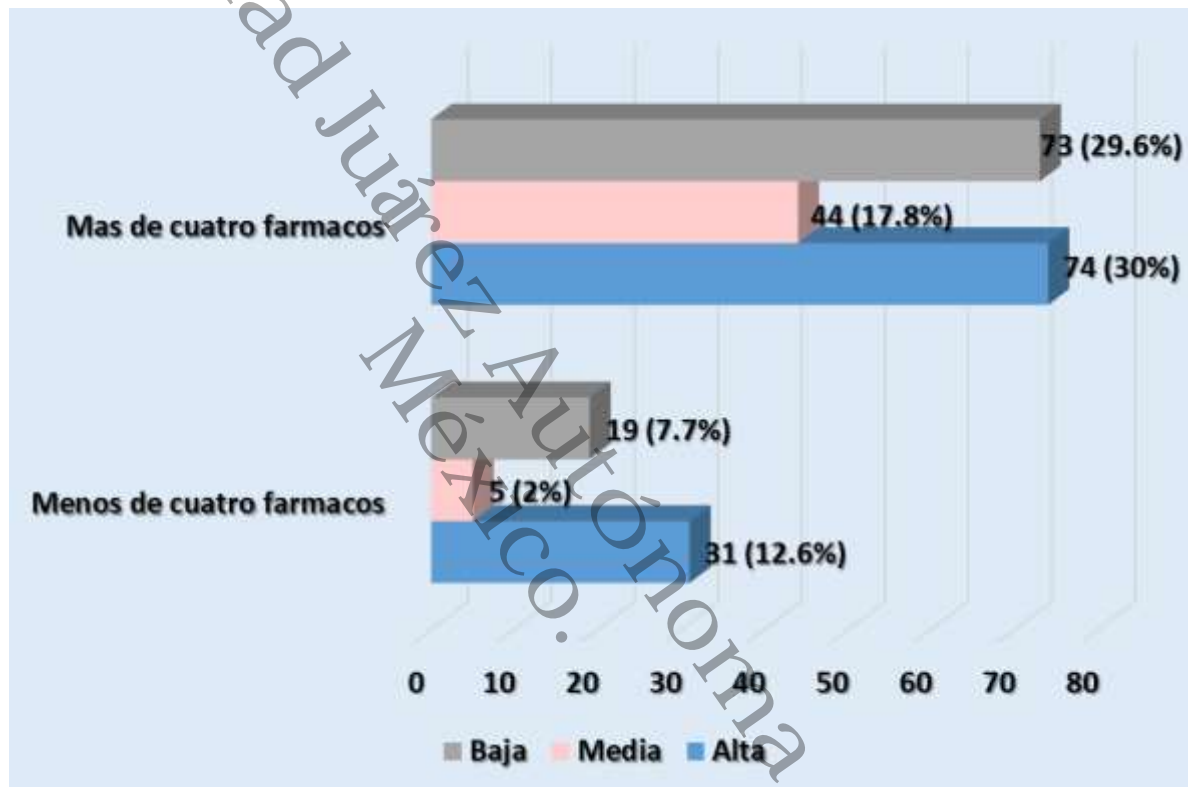
Descripción: Formula X^2 de las variables Polifarmacia e Ingresos: ($X^2 = 0.759^a$); $GL=1$; $p=0.384$.



El análisis estadístico mediante la aplicación de la fórmula X^2 , en contraste de las variables Polifarmacia y Desapego GPC se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 7.430^a$); $GL=2$; $p=0.024$.

Gráfica 29.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Desapego GPC.



Fuente: Base de datos de la Investigación Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

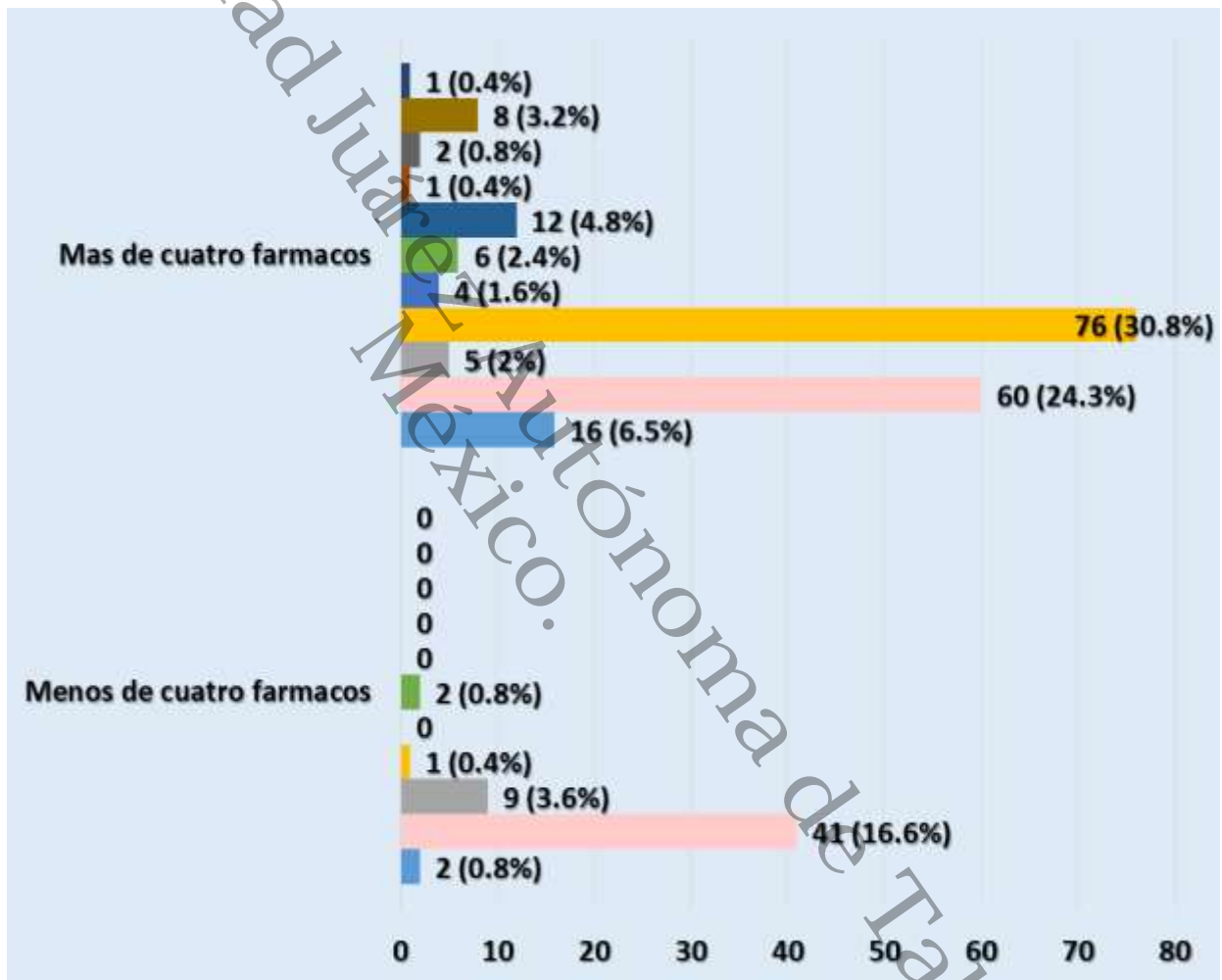
Descripción: Fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Desapego GPC se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 7.430^a$); $GL=2$; $p=0.024$.

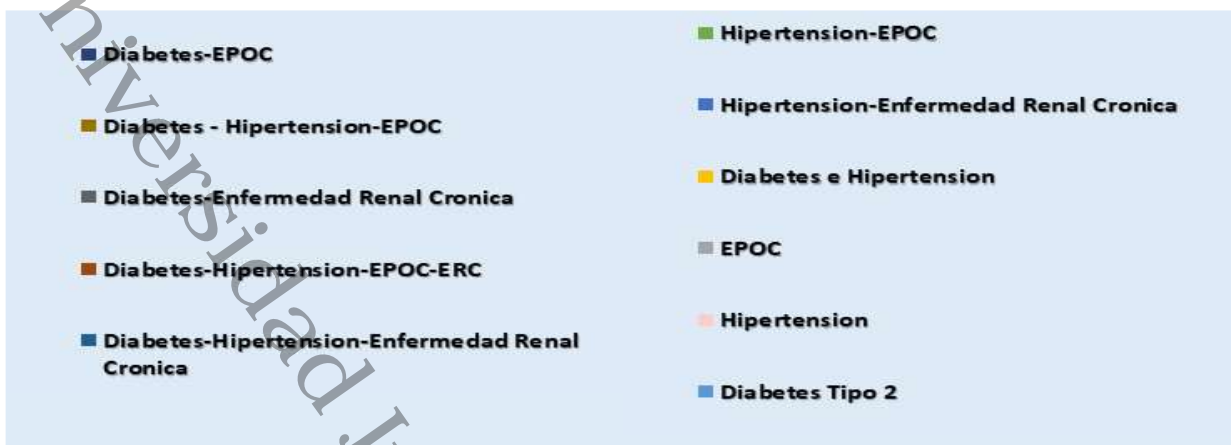


Al efectuar el contraste de las variables Polifarmacia y Enfermedades Crónicas mediante la aplicación de la fórmula X^2 en el presente estudio, se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 62.606^a$); $GL=10$; $p=0.000$

Gráfica 30.

Muestra la correlación mediante la fórmula X^2 de las variables Polifarmacia y Enfermedades Crónicas.





Fuente: Base de datos de la Investigación Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No.43 del IMSS de Tabasco.

Descripción: En el contraste de las variables Polifarmacia y Enfermedades Crónicas se encontraron los siguientes datos: ($X^2 = 62.606^a$); GL=10; $p=0.000$.



9. DISCUSIÓN

El envejecimiento junto con las enfermedades crónicas de mayor frecuencia como la Diabetes Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Enfermedad Renal Crónica son un problema de salud pública que van en aumento y son directamente proporcionales al incremento de requerimiento de fármacos.

Al evaluar los resultados de la variable edad se encontró un promedio de 71.7 años; datos similares a los obtenidos por Garduño y Cols., durante el 2020 en México con edad promedio de 54.7+-16.3.

La investigación mediante el comparativo mediante Chi Cuadrada de Pearson de Enfermedades crónicas y Desapego a GPC reportó lo siguiente; ($X^2=72.410$); $GL=20$; $p=0.001$ (Hipertensión); similares a resultados obtenidos por Rodríguez y Cols., en Cuba en el 2018 donde pacientes en estudio con hipertensión arterial el 63.6 % fue no adherente, El 84 % ($p=0.00$) de los no adherentes ingerían de 3 a 4 fármacos antihipertensivos.

Las variables Polifarmacia y Desapego GPC reportó lo siguiente; ($X^2=7.430$); $GL=2$; $p=0.024$, (desapego) disimiles a los resultados de AL-Musawe L. y Cols., durante en el 2020 en Portugal donde el 72,09 % presento polifarmacia, con prevalencia en mujeres ($p=0.0115$).

Al evaluar los resultados de Polifarmacia y Enfermedades Crónicas reportó lo siguiente; ($X^2=62.606$); $GL=10$; $p=0.001$ (Hipertensión Arterial Sistémica), Resultados similares a los obtenidos por Poblano y Cols.

El análisis de correlación mediante Rho de Spearman de las variables de Polifarmacia y Desapego a GPC en la investigación realizada reporto una r_s^* 0.99;



similares a los resultados positivos obtenidos por Arauna y Cols., en Chile Durante el 2020 con r_s ; 0.89.

Se calculó La correlación de las variables Estado Civil y Desapego GPC donde se encontró una correlación de r_s ; -0.82; sin embargo, no encontraron estudios equiparables con este resultado.

El cálculo de las correlaciones de; Estado Civil y Polifarmacia, Ubicación Geografía y Desapego GPC reportó negativo, Religión y Desapego GPC; no fueron estadísticamente significativas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. CONCLUSIONES

El análisis de la media de edad de los pacientes en estudio fue de 71.793 años.

El sexo femenino, procedencia urbana, estado civil casado, ingreso económico medio, escolaridad de nivel primaria y religión cristiana, fueron los hallazgos sociodemográficos de mayor frecuencia.

El análisis de las Enfermedades crónicas y Desapego GPC reportó que la enfermedad crónica hipertensión tiene mayor grado de desapego.

El análisis de Polifarmacia y Enfermedades Crónicas reportó que la hipertensión-Diabetes presentó mayor polifarmacia.

Las variables Polifarmacia y Desapego GPC presentaron alto grado de correlación.

La correlación de las variables Estado Civil y Desapego GPC; fue estadísticamente significativa.

Las variables Estado Civil-Polifarmacia, Geografía-Desapego GPC y de las variables Religión y Desapego GPC; no presentaron significancia estadística.



11. PERSPECTIVAS

1. Evaluar el beneficio de los fármacos prescritos en el proceso de atención médica.
2. Considerar suspensión de fármacos que no estén sustentados según la MBE.
3. El adulto mayor debe ir acompañado de un responsable confiable a todas sus valoraciones médicas para fortalecer un mejor apego al esquema terapéutico.
4. Fomentar en los pacientes a elaborar un diario de los fármacos que ingieren diariamente para prevenir la automedicación innecesaria.
5. Educar al personal de salud, así como a pacientes y familiares en cuanto a las patologías crónicas y los fármacos indicados.
6. Preguntar o aclarar cualquier duda que tenga ya sea el paciente o familiar.
7. Solicitar indicaciones médicas por escrito claras y precisas.
8. Uso correcto de las prescripciones médicas.
9. Acudir a sus citas médicas de control en forma constante.
10. Incluir una Red de apoyo familiar en caso de que el adulto mayor sea analfabeta, o tenga disminución de la agudeza visual que le impida ver los nombres de sus fármacos.
11. Evaluar apego adecuado a tratamiento en casa consulta y reajustar dosis de ser necesario.
12. A toda costa evitar la inercia terapéutica.
13. Cursos de actualizaciones sobre GPC a los médicos y directivos de las unidades médicas familiares.
14. Evaluaciones continuas a los médicos sobre el manejo de enfermedades crónicas.



12. LITERATURA CIENTÍFICA CITADA

- 1.- Velázquez L. Un enfoque filosófico de la vejez y algunas consideraciones bioéticas. *BIOETHICS UPdate* 2020; 6: 46-61.
- 2.- Esteban O., Arroyo M.P., Vicens C., González F., Hernández M.A., Sempere M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. *Aten Primaria*. 2018; 50(S2):70-79.
- 3.- González-Guerra E. La paradoja de la vejez frente al envejecimiento cutáneo. *Piel (Barc)*. 2018; 33 (4):217–219.
- 4.- Mille-Loera J.E., Linares-Nolasco F., Sosa-Jaime N.A. Polifarmacia, anestesia y geriatría: ¿Cuánto es demasiado?. *Rev Mex Anestesiología*. 2019; 42(1): 36-39.
- 5.- Blanco E., Valdellós J. Polifarmacia: algo más que números. *Med Clin (Barc)*. 2019; 153(4):154-156.
- 6.- Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2012.
- 7.- Garduño J.L. Interacciones farmacológicas potenciales en pacientes ambulatorios en expedientes de queja médica de la CONAMED. *Rev CONAMED*. 2020; 25(3) 115-123.
- 8.- Gutiérrez M., Martínez N., Lacalle E., Telleria B., Sola L., Tosato M. Intervenciones para optimizar el tratamiento farmacológico en ancianos hospitalizados: una revisión sistemática. *Rev Clin Esp*. 2016; 216 (4): 205-221
- 9.- Salech F., Palma D., Garrido P. Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. *Rev.Med.Clin.Condes*. 2016; 27(5) 660-670.
- 10.- Bellostas-Munoz L., Díez-Manglano J. Complejidad del régimen de medicación en pacientes pluripatológico. *Rev Clin Esp*. 2018; 218 (7): 342-350.
- 11.- Rodríguez A., Plaza C.M., Alvarez N.R., Perez L. Caracterización del paciente geriátrico en la unidad de cuidados intermedios. *Revista Electrónica Medimay*. 2020; 27(3): 299-311.



- 12.- Trejo N.X., Eraso J.J, Contreras H.J. Adherencia farmacológica de pacientes con diabetes mellitus en un programa de nefroprotección: una responsabilidad compartida. Rev CES Med 2020; 34(1): 3-13.
- 13.- Gort M., Guzman N. M., Mesa D., Miranda P.A., Espinosa Y. Caracterización del consumo de medicamentos en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2019; 35(4): 1561-3038.
- 14.- Tkatch R., Hudson J., Schaeffer J., Yeh C.S.. Non-Pharmacologic Approaches to Reducing Polypharmacy in Older Adults. Public Policy & Aging Report. 2018: 28 (4): 140–142.
- 15.- Fajreldines A., Insua J., Schnitzle E. Prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en adultos mayores. Rev Calid Asist. 2016;31(5):279-284.
- 16.- Cabrera M., Elias L., Garcia M., Palomera E., Serra-Prat M.. Hospitalizaciones evitables por reacciones adversas a medicamentos en una unidad geriátrica de agudos. Análisis de 3.292 pacientes. Med Clin (Barc). 2018;150(6):209–214.
- 17.- Olaya-Loor G.E., Alvarez-Nebreda M.L., Merello de Miguel A., Cruz A.J. Síndrome serotoninérgico inducido por polifarmacia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020; 55(3):173–174.
- 18.- Gutiérrez M., Aldaz P., Lacalle E., Contreras B., Cedeno B., Martínez. Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores en España: datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017. Med Clin (Barc). 2019; 153(4):141-150.
- 19.- Delgado E., Mateos J., Munoz M., Rexach L., Vélez M., Albeniz J. Uso potencialmente inapropiado de fármacos en cuidados paliativos: versión en castellano de los criterios STOPP-Frail (STOPP-Pal). Rev Esp Geriatr Gerontol. 2019; 54(3):151-155.
- 20.- Gómez N., Caudevilla A., Bellostas L., Crespo M., Velilla J., Díez J. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. Rev Clin Esp. 2017; 217 (5): 289-295.



- 21.- Arriagada L., Carrasco T., Araya M. Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. Rev. Med. Clin. Condes. 2020; 31(2) 204-210.
- 22.- Vivanco M., Formiga F., Mundet I., San José A. , Curto D. Población muy anciana institucionalizada de Barcelona: valoración de la fragilidad según el índice frágil-VIG y análisis de la adecuación terapéutica según los criterios STOPP-frail. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2019; 54(6):334–338 335.
- 23.- Espauella J., Sevilla D. Utilidad de los criterios STOPP-Pal: prácticas de valor encadenadas Usefulness of STOPP-Pal criteria: Linked value practices. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2019; 54(3):125–126.
- 24.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud [Internet]; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- 25.- Rodríguez J.A., Fonseca K., Salazar J.F., Marrero D. Adherencia terapéutica en hipertensos con incremento matutino de la presión arterial. Revista Cubana de Medicina. 2020; 59 (3): e1368.
- 26.- AL-Musawe L., Torre C., Guerreiro J.P., Teixeira A., Raposo J.F., Mota-Filipe H., Martins A.P. Polypharmacy, potentially serious clinically relevant drug-drug interactions, and inappropriate medicines in elderly people with type 2 diabetes and their impact on quality of life. Pharmacol Res Perspect. 2020. <https://doi.org/10.1002/prp2.621>
- 17.- Baena J.M., López N., Navarro E., Alcayde D., García M., Pérez A. Sobretratamiento antihipertensivo en mayores de 80 años. Med Clin (Barc). 2018; 150(6):220-223.
- 28.- Baena J.M., López N., Navarro E., Alcayde D., García M., Pérez A. Sobretratamiento antihipertensivo en mayores de 80 años. Med Clin (Barc). 2018; 150(6):220–223.
- 29.- Arauna D., Cerda A., García J.F., Wehinger S., Castro F., Méndez D., Alarcón M., Fuentes E., Palomo I. Polypharmacy Is Associated with Frailty, Nutritional Risk and Chronic Disease in Chilean Older Adults: Remarks from PIEI-ES Study. Clinical Interventions in Aging 2020;15 1013–1022.



30.- Spandel L., Joško-Ochojska J., Batko-Szwaczka A. Polypharmacy as a risk factor for depressive symptoms in geriatric patients: an observational, cross-sectional study. *Ars Pharm.* 2016; 57(3): 127-135.

31.- Poblano O., Bautista A., Acosta O., Gómez P., Saturno P. Polifarmacia en México: un reto para la calidad en la prescripción. *Salud Pública Mex.* 2020; 62 (6): 589-687.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



13. ANEXOS

		CRONOGRAMA														
Proyecto		Polifarmacia y desapego a las GPC de enfermedades crónicas de adultos mayores de la UMF No. 43 del IMSS de Tabasco														
Duración del proyecto en meses																
No. Actividad		Año 2021										Año 2022				
		Mes														
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Mar	May
														Feb	Abr	Jun
1	Selección del tema del proyecto				■											
2	Recolección de información				■											
3	Elaboración de marco teórico, planteamiento y justificación del proyecto				■											
4	Elaboración de la metodología del proyecto de investigación				■	■										
5	Elaboración de base de datos de Excel sociodemográfica y selección de cédulas de verificación de las GPC				■	■										
6	Presentación del proyecto de investigación				■	■										
7	Subir al Sirelcis					■										
8	Aprobación del proyecto						■	■	■	■	■	■				
9	Recolección de información en la base de datos de Excel y cédulas de verificación de GPC											■	■	■		
10	Análisis e interpretación de resultados													■	■	
11	Presentación de los resultados															■