



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN  
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
HEMODIÁLISIS HGZ2 DELEGACIÓN IMSS  
AGUASCALIENTES”**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE**

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA: DRA. KARLA MARTINEZ RIVERA**

**ASESOR DE TESIS : DR AGUSTIN CRUZ ZAVALA**

**AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO 2011.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a dios en primer lugar por haberme permitido llegar a este punto y darme salud, paciencia para poder lograr mis objetivos.

A toda mi familia por el apoyo incondicional y sabios consejos que siempre me han dado y demostrado

A todos mis maestros por haber enriquecido mis conocimientos médicos durante mi especialidad de medicina familiar.

A mis compañeros por todo su apoyo, por los buenos y malos momentos que pasamos juntos.

## **DEDICATORIAS**

**A mis queridos padres**

**Juan y Natalia**

**A mis hermanos**

**Omar, Erika y Juan**

**A mis traviesos sobrinos**

**Marlon, Leonardo, Daniel**

**David y Sophia**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN  
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes

**Karla Martinez Rivera**

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS EN HGZ 2 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES”**

Número de registro: **R- 2011-101-6** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La residente Karla Martinez Rivera asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular, agradezco la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de usted.

ATENTAMENTE

Dr. Agustín Cruz Zavala





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Aguascalientes, Ags. a de febrero de 2011

**DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO ÁVALOS**  
**COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del HGZ No.1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

**Dra. Karla Martinez Rivera**

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES QUE  
ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HGZ 2 DELEGACION IMSŚ  
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2011-101-6** del Comité Local de Investigación en Salud Núm. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El Residente Karla Martinez Rivera asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que Usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación. Sin otro particular agradezco a usted la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de usted.

ATENTAMENTE

Dr. Agustín Cruz Zavala



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

KARLA MARTINEZ RIVERA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis Titulado:

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS HGZ 2 DELEGACIÓN IMSS AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Medicina Familiar**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., 24 de Febrero de 2011.

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES QUE  
ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS HGZ 2 DELEGACION IMSS  
AGUASCALIENTES”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. KARLA MARTINEZ RIVERA**

**DIRIGIDO POR:**

**DR. AGUSTÍN CRUZ ZAVALA**

**SINODALES**

**PRESIDENTE:** \_\_\_\_\_

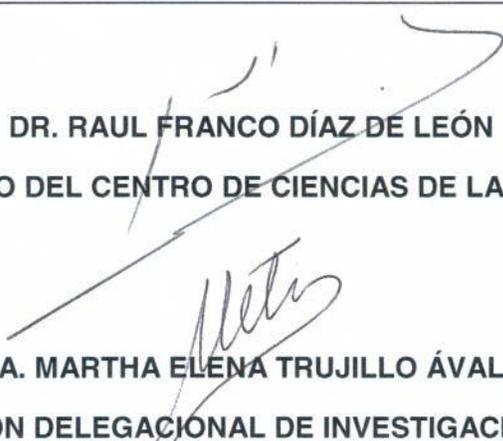
**SECRETARIO:** \_\_\_\_\_

**VOCAL 1:** \_\_\_\_\_

**VOCAL 2:** \_\_\_\_\_

**VOCAL 3:** \_\_\_\_\_

**DR. RAUL FRANCO DÍAZ DE LEÓN**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

  
**DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO ÁVALOS**  
**COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

## RESUMEN

### “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS HG22 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES”.

#### ANTECEDENTES:

En los momentos actuales la adherencia farmacológica es de gran trascendencia por las implicaciones médicas, sociales y familiares .Ya que los tratamientos farmacológicos quedan a cargo de los pacientes y este tiene autonomía considerable para su manejo, lo cual favorece a un serio problema. Los fallos al seguir las prescripciones medicas exacerban los problemas de salud y progresión de la enfermedad, aumenta morbilidad y mortalidad, sino que también aumenta los costos de atención sanitaria, perdidas en lo familiar, social La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

**OBJETIVO:** Identificar la adherencia farmacológica en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en hospital general de zona 2 delegación IMSS Aguascalientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Investigación descriptiva, transversal. Se toma como muestra al total de la población de pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis (120 pacientes) de acuerdo al censo del 2010. Se identifico la adherencia farmacológica, mediante el test de morisky-green por medio del cual se obtuvo una base de datos, que se proceso de forma automatizada, mediante las técnicas descriptivas, y los resultados se expresaron en porcentajes y graficas.

**PALABRAS CLAVE:** adherencia farmacológica, adherencia terapéutica, cumplimiento, pacientes en hemodiálisis

## INDICE

|   |      |
|---|------|
| PORTADA                                   |      |
| AGRADECIMIENTOS .....                     | i    |
| DEDICATORIAS .....                        | ii   |
| CARTAS DE LIBERACIÓN .....                | iii  |
| RESUMEN .....                             | v    |
| INDICE.....                               | viii |
| I.INTRODUCCIÓN .....                      | 1    |
| II. ESTUDIOS CIENTIFICOS.....             | 3    |
| III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....      | 5    |
| IV. MARCO TEÓRICO .....                   | 10   |
| MARCO CONCEPTUAL .....                    | 10   |
| MODELOS DE ADHERENCIA.....                | 11   |
| TEORIA DE ACCION RAZONADA (TAR) .....     | 11   |
| DEFINICION Y MEDICION DE LA CONDUCTA..... | 12   |
| PREDICION DE LA CONDUCTA.....             | 12   |
| LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA .....           | 13   |
| PROBLEMAS TEORICOS DE LA ADHERENCIA.....  | 16   |
| V. JUSTIFICACION .....                    | 23   |
| VI.OBJETIVOS.....                         | 24   |
| OBJETIVO GENERAL.....                     | 24   |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS.....                | 24   |
| VII. MATERIAL Y METODOS. ....             | 25   |
| Tipo de estudio.....                      | 25   |

|  |    |
|--|----|
| Unidad de observación: .....                   | 25 |
| Población blanco .....                         | 25 |
| Unidad de análisis .....                       | 25 |
| Universo: .....                                | 25 |
| Criterios de inclusión.....                    | 25 |
| Criterios de no inclusión.....                 | 26 |
| Criterios de exclusion .....                   | 26 |
| Tipo de muestra .....                          | 26 |
| Marco muestral.....                            | 26 |
| Tamaño de la muestra .....                     | 26 |
| Tecnica de recolección de datos .....          | 26 |
| Plan de recolección de datos .....             | 27 |
| Plan de análisis de los datos.....             | 27 |
| Consideraciones eticas.....                    | 28 |
| VIII. RESULTADOS Y GRAFICAS .....              | 29 |
| IX. DISCUSIONES.....                           | 30 |
| X. CONCLUSIONES .....                          | 42 |
| XI. RECOMENDACIONES.....                       | 43 |
| XII.ANEXOS .....                               | 44 |
| ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES ..... | 44 |
| ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN .....       | 45 |
| ANEXO 3 TEST DE MORISKY GREEN .....            | 46 |
| ANEXO 5 CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN .....      | 48 |
| XIII. GLOSARIO.....                            | 49 |

XIV. BIBLIOGRAFIA..... 50



## I.INTRODUCCIÓN

En el momento actual el tema de adherencia de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución.

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.

En los momentos actuales, este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas, toda vez que la falta de adherencia no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que no adherencia a largo plazo de los tratamientos en enfermedades crónicas, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los

países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos (OMS, 2003).

Los pacientes en hemodiálisis viven una situación especial de dependencia de la máquina, del tratamiento y del personal que les atiende. La adaptación al tratamiento depende de múltiples factores; personalidad previa, ayuda familiar y social, el curso de la enfermedad, etc.

Los enfermos con insuficiencia renal presentan múltiples patologías asociadas Y son de edad avanzada, por lo que precisan muchos fármacos para su tratamiento.

El presente estudio pretende identificar la adherencia farmacológica en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en el hospital general de zona 2, delegación Aguascalientes. Médiante un estudio descriptivo, transversal con una muestra de 120 pacientes

## II. ESTUDIOS CIENTIFICOS

Holguín, Correa, Arrivillaga y cols. Identificaron la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial (2006) para reducir los niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento médico con diagnóstico de hipertensión arterial. Se realizó un estudio cuasi-experimental, pre y post intervención. Respecto a los niveles de adherencia se observa que antes de la intervención el grupo se encontraba en un nivel medio de adherencia 43%, posterior a la intervención subió en 73.7%. La intervención abarcó educación para la hipertensión, percepción de control sobre la enfermedad, adherencia farmacológica. (1)

Alayon, Mosquera-Vásquez (2008) identifican los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico, en pacientes con diabetes mellitus, en Cartagena Colombia con el fin de proporcionar estrategias culturalmente adaptadas, se realizó un estudio descriptivo, transversal, se utilizó el método de autor reporte, ya que ha sido aceptado ampliamente como uno de los mejores la muestra quedó conformada por 73 mujeres y 58 hombres para una distribución porcentual de 56 y 44 % respectivamente, con una edad promedio de 60.5. El puntaje promedio fue de 4.6 correspondiendo al 66% de la adherencia. A lo que la organización Mundial de la salud informa que la adherencia farmacológica es menor en países en desarrollo. (2)

Megret-castillo (2006) se identifica la adherencia farmacológica en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca mediante un estudio descriptivo, trasversal, observacional, realizado en la Habana Cuba en 2006, con una muestra de 250 pacientes con dx insuficiencia cardíaca. Se evaluó la adherencia farmacológica, no adherencia farmacológica y los factores asociados, de los pacientes entrevistados

se reporto 63.6% presentan adherencia, se incluyeron factores como conocimiento del tratamiento, cantidad de medicamentos, frecuencia de administración. (3)



### **III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.**

En el hospital general de zona numero 2 se cuenta con un censo de un total de 356 de pacientes con diagnostico de insuficiencia renal con tratamiento sustitutivo en hemodiálisis de los cuales el 30% se hemodializa en HGZ2, y cuentan con las siguientes características: Sexo femenino 54.5% masculino 45.5%, Estado civil soltero 33.3%, casado 33.3%, separado 21.2%, Viudo 6.1%, Otro 6.1%, Nivel educativo: primaria 54.5%, secundaria 30.3%, carrera técnica 6.1%, profesional 3%.(4)

#### **PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD.**

Históricamente Hipócrates, describe la importancia de la adherencia farmacológica hace mas de 2000 años, al constatar que los pacientes mentían a menudo acerca de la toma de la medicación que les había sido prescrita.(5)

“Cumplimiento terapéutico” fue creado en la década de 1960, para designar “el grado en el que la conducta del paciente coincide con la prescripción del médico o del profesional de salud en cuanto a indicaciones del consumo de medicamentos, seguido de regímenes de alimentación o mantenimiento de estilos de vida” (6)

En 1980 se planteo la importancia de las creencias como factores moduladores en la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones medicas y/ de salud. De 1984 a 1992 se han descrito en la literatura internacional diversas estrategias para incrementar la adherencia terapéutica, destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias.(7)

En Junio de 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Reunión de la Adherencia terapéutica, define esta como “el grado en el que el paciente siga las instrucciones medicas”. (8)

Para el 2004, la OMS, considera que el termino adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud, planteando que es fundamental la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones del prestador sanitario, así como necesaria una buena comunicación, entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.(9)

### **PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCION EN SALUD.**

El instituto mexicano del seguro social delegación IMSS Aguascalientes cuenta con 5 nefrólogos, y una área para la realización de hemodiálisis la cual cuenta con 20 maquinas funcionales las cuales funcionan en tres turnos, también se cuenta en la clínica san Cosme con sesiones extramuros en la cual se manejan los 4 turnos y en la cual se encuentran 70% de los pacientes (10)

### **NATURALEZA DEL PROBLEMA.**

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente se adhiera o no con las prescripciones medicas juega un papel primordial. (11)

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo responsabilidad del paciente, y este tiene una autonomía considerable para su manejo, lo cual constituye un problema serio. Los fallos al seguir las prescripciones exacerba los problemas de salud y favorecen la progresión de la enfermedad, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnostico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención medica (12).

El hecho de que los pacientes renales con tratamiento sustitutivo (hemodiálisis), sean crónicos y generalmente polimedicados, genera muchas dificultades para cumplir correctamente los tratamientos prescritos. (13)

### **GRAVEDAD DEL PROBLEMA.**

La literatura menciona que entre el 30% y el 70% de los pacientes no cumplen con los consejos entregados por sus médicos, se informa en general que el 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas, en el caso de las enfermedades crónicas el incumplimiento alcanza un 45%. Cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más elevada, (14)

El 49% de los pacientes en hemodiálisis toman 4 o más fármacos y el conocimiento de estos es enormemente deficiente respecto a indicaciones, eficacia, duración. (15).

### **DISTRIBUCION**

En Aguascalientes en el último censo de población 2010, se reporta en total 11345 pacientes con insuficiencia renal crónica de los cuales solo el 30% se encuentran en hemodiálisis, en la delegación imss Aguascalientes se cuenta con un censo de 356 pacientes con dx de insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo en hemodiálisis, solo 120 pacientes acuden al hospital general de zona número 2 y los pacientes restantes acuden a las sesiones extramuros en la clínica San Cosme como servicio subrogado (15)

## **OTROS ESTUDIOS.**

Carballo-Monreal y cols (2008) en el estudio Adherencia individual y familiar al tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria, se evaluó la adherencia individual y familiar de la práctica del procedimiento de diálisis peritoneal. Estudio prospectivo, descriptivo, observacional. Se reporto como buena a la adherencia en un 90%.

Alayon-Mosquera- Vázquez (2008) en el estudio adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos, en Cartagena de Indias Colombia, se realizo un estudio prospectivo transversal. Se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones respecto a cinco elementos, dieta, ejercicio, auto monitoreo de glicemia, cuidados de pies y tabaquismo.se reporto 66% de adherencia.

Megret- Castillo- (2006) adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia cardiaca, se realiza un estudio descriptivo transversal, que evalúa la adherencia farmacológica y no farmacológica y posibles factores asociado con resultado de 30% de adherencia farmacológica.

## **ARGUMENTO CONVINCENTE**

En el estado de Aguascalientes no se cuenta con estudio de la adherencia en pacientes renales, en este momento actual este tema tiene gran trascendencia debido a la importancia, ya que la falta de adherencia no solo es grave, porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. En lo personal el paciente puede presentar complicaciones, secuelas, perdidas en lo personal, familiar y social.

## **DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN.**

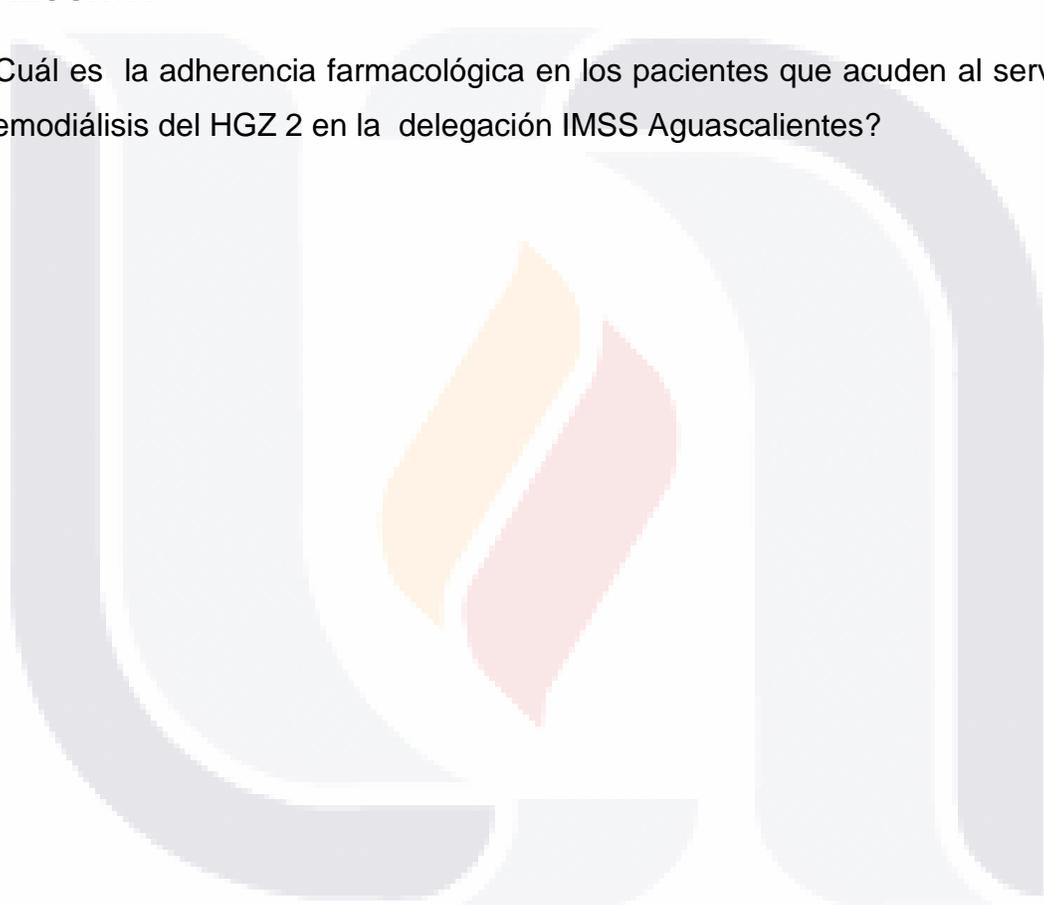
Identificar la adherencia farmacológica en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis HGZ 2 Delegación IMSS Aguascalientes

**EL USO DE LA INFORMACION.**

La intención de este trabajo es revisar la información que se obtenga, compararla con estudios previos, para favorecer el surgimiento de nuevas y útiles soluciones que permitan una mejor adherencia farmacológica en los pacientes con hemodiálisis de Aguascalientes.

**PREGUNTA**

¿Cuál es la adherencia farmacológica en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del HGZ 2 en la delegación IMSS Aguascalientes?

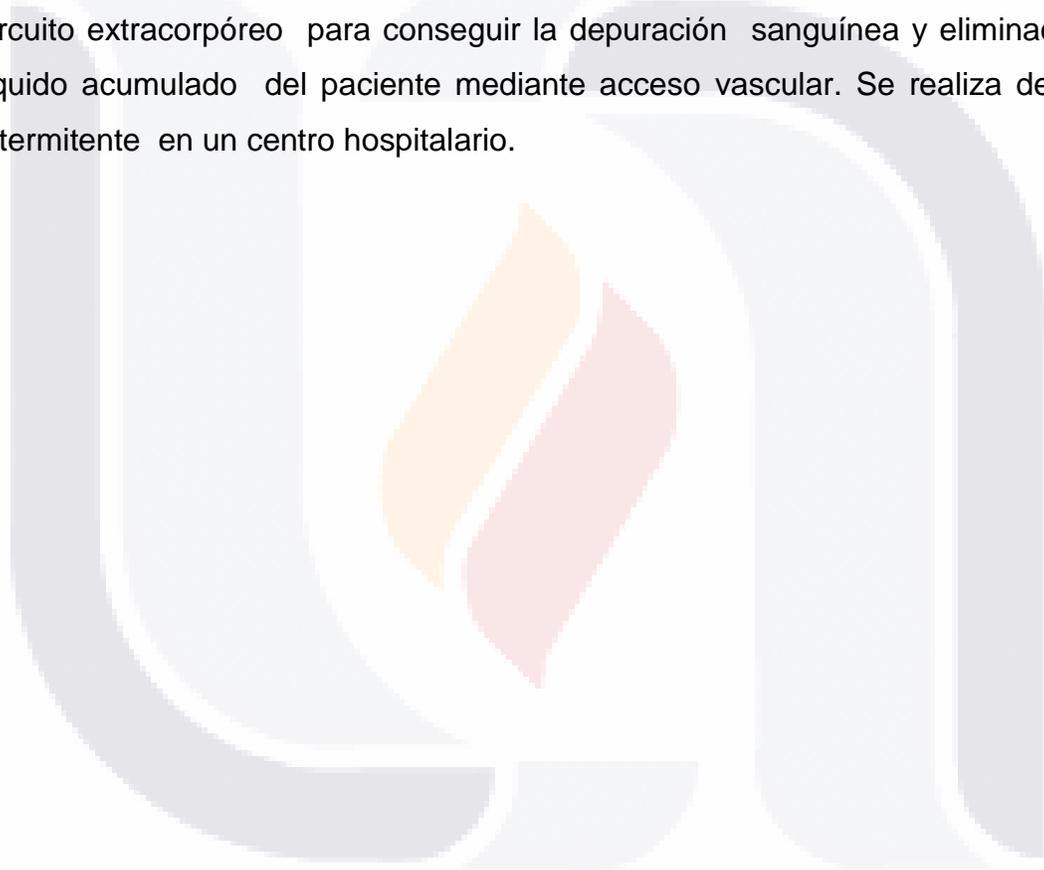


## IV. MARCO TEÓRICO

### MARCO CONCEPTUAL

Adherencia farmacológica<sup>4</sup>: El Grado en que la conducta del paciente coincide con la prescripción del medico

Paciente con hemodiálisis<sup>8</sup>: Tipo de tratamiento renal sustitutivo que utiliza un circuito extracorpóreo para conseguir la depuración sanguínea y eliminación de líquido acumulado del paciente mediante acceso vascular. Se realiza de forma intermitente en un centro hospitalario.



## **MODELOS DE ADHERENCIA**

Diversos modelos se han empleado para explicar el fenómeno de la adherencia farmacológica uno de los primeros centro su atención en factores situacionales o de personalidad, pero a la larga con lo que dan prioridad a aquellos elementos relativamente estables y por tanto difíciles de modificar.(16)

En su momento, los modelos operantes gozaron de gran popularidad, sobre todo por su relativa mayor eficacia en relación con los modelos de personalidad, pero a la larga estos últimos resultaron insuficientes para explicar el proceso de adherencia terapéutica. (17)

Los modelos cognitivo-conductuales, en la actualidad, acaparan el interés de los investigadores y teóricos como herramienta conceptual para explicar e investigar sobre los factores determinantes de la adherencia entre estos el modelo de creencias de salud y *teoría de acción razonada*. (18)

## **TEORIA DE ACCION RAZONADA (TAR)**

La teoría de acción razonada fue presentada en 1967, posteriormente ha sido refinada, desarrollada y aprobada por los mismos autores (Fishben y Ajzen 1975 Fishben y Ajzen 1980, Morales, et. Al 1999). Es una teoría general de la conducta humana que trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento. (19)

La teoría de acción razonada representa una importante aportación al estudio del comportamiento humano. Se utiliza para explicar diferentes comportamientos en contextos disimiles, como puede ser la salud, la cultura, el ámbito laboral o propiamente el social. Se afirma que la intensión de una persona para llevar a cabo una conducta o no es la determinante inmediata de una acción. De esta forma la teoría se relaciona con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y cambiar las intenciones conductuales. (20)

## **DEFINICION Y MEDICION DE LA CONDUCTA**

Conocer el grado de determinación de la actitud sobre la conducta ha sido la preocupación constante. Para Fishbein y Ajzen el propósito final de esta teoría es predecir y comprender una conducta individual, comienzan por aclarar que ciertas conductas no son dependientes del contexto situacional y en consecuencia virtualmente predictibles a partir de la medición de actitudes.(21)

Para distinguir si una conducta es independiente del contexto situacional se hace necesario construir un concepto operacional de la conducta de interés diferenciado entre una conducta y su resultado, así como reconocer las diferencias entre una acción simple específica, y un conjunto de acciones.(22)

## **PREDICION DE LA CONDUCTA**

Precisamente esta teoría trata de predecir conductas a través de una cadena causal de los siguientes elementos: intención de realizar la conducta, actitud hacia la conducta, evaluación de los resultados, norma subjetiva, creencias normativas, creencias conductuales y motivación general para cumplir. (23)

En relación con la correspondencia entre intención y conducta; para predecir un criterio conductual a partir de una intención, debe asegurarse de la medida de la intención que corresponda a la medida de la conducta. Al igual que las conductas, las intenciones pueden estar constituidas, como ya se menciono anteriormente por los elementos de acción, objetivo, contexto y tiempo. La intención y la conducta corresponden a la magnitud con la que sus elementos sean idénticos. (24)

En la estabilidad de las intenciones, dada la relación entre intención y conducta, el conocimiento de las determinantes de las intenciones es suficiente y necesario para comprender e influir en la acción humana. Sin embargo, una medida de la intención no siempre será una predicción de la conducta. Las intenciones pueden cambiar con el tiempo, de tal forma que, es importante medir la intención tan

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cercana como sea posible de la observación de la conducta para obtener una predicción más exacta (Fishbein y Ajzen 1990).(25)

Profundizar en la comprensión de las determinantes de la conducta implica para Fishbein y Ajzen ir mas allá de la descripción de la actitud y de la norma subjetiva; implica conocer determinantes de ambos componentes, esto nos obliga a ahondar en las creencias que los individuos tienen o manifiestan hacia sí mismos.(26)

La teoría sostiene que los individuos hacen uso sistemático de la información que poseen sobre el medio ambiente. Con esta información intentan realizar o no una determinada conducta social. De tal suerte que su intención, voluntad y razonamiento generalmente dirigen la mayoría de las acciones sociales de la conducta de los individuos. Así las creencias del individuo determinan su actitud y la norma subjetiva, porque finalmente son las creencias quienes también determinan intenciones y su conducta. (27)

### **LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

La *adherencia terapéutica* es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia, es un comportamiento humano (o, más bien, un repertorio comportamental) modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. En opinión de los presentes autores, es una categoría que refleja fehacientemente el objeto de estudio de la psicología de la salud. (28)

La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. El padecimiento de una enfermedad ya implica de suyo una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la

realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas. Se describen como conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento las siguientes: dificultades para comenzarlo; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento); ausencias a consultas e interconsultas, y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad; se destaca también la práctica de la automedicación (Ferrer, 1995; Puente, 1984).(29)

Además de los problemas físicos derivados de la enfermedad, de su tratamiento y rehabilitación, de las dificultades que muchas enfermedades generan en la autoimagen y la autoestima, de los miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, la repercusión estresante de la mayoría de las enfermedades se pone de manifiesto en la esfera de la reorientación vocacional y laboral al tener el paciente que reajustar metas y propósitos; se ve afectada su vida económica y la comunicación con las otras personas, y se producen cambios en los roles habituales y en las responsabilidades de la familia, aumentando así el sufrimiento de los allegados (Friedman y DiMatteo, 1989; Grau, 2002; Martín y Grau, 1993; Martín y cols., 1993). (30)

La adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere. La enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o, incluso, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás. En función de ello, el paciente adopta su rol de enfermo. (31)

La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes del mismo son aspectos psicológicos muy importantes para la adherencia, la cual podemos considerar como un contenido del rol de enfermo, un repertorio de conductas que se adoptan después de que la persona asume su condición de enfermedad. Sin embargo, no por esto deja de tener un papel protector, pues sin lugar a dudas contribuye a que no progrese la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud. Así, este componente del proceso de enfermar puede adquirir, a su vez, un carácter salutogénico. (32)

La adherencia se ha analizado a partir de modelos clásicos propuestos para explicar otras conductas de salud en el marco conceptual de la psicología de la salud. Inicialmente, se intentó explicarla a partir de hipótesis situacionales o de personalidad, al considerarla una tendencia de la personalidad y, por tanto, algo relativamente estable y difícil de modificar. Dicho punto de vista resultó inadecuado, por lo que más tarde se trató una explicación desde modelos operantes, focalizados en los estímulos ambientales para felicitar la acción; aunque más adecuado, tal enfoque resultó insuficiente. Esta insuficiencia llevó a recurrir a los modelos cognitivo-conductuales (Friedman y Di Matteo, 1989; Leventhal, 1993). De esta forma, surgieron explicaciones basadas en los modelos de comunicación, de aprendizaje social y cognitivos de decisión, entre los que se incluyen los modelos de creencias en salud, y la teoría de la acción razonada, que son los más empleados para explicar el origen y mantenimiento de la adherencia (Bandura, 1977, 1978, 1982, 1986, 1989; Becker, 1974; Leventhal, 1993; Rosenstock, 1974, 1985; Rosenstock y Kirscht, 1982). Tales modelos teóricos constituyen intentos valiosos pero aún insuficientes para explicar en toda su magnitud la complejidad de este fenómeno psicosocial relacionado con la salud. Aun siendo el modelo de creencias de salud uno de los más utilizados en la investigación y el trabajo de intervención en el tema de la adherencia terapéutica,

se le señalan importantes problemas metodológicos, así como limitaciones teóricas en su concepción (Vargas y Robles, 1996). (33)

Ha sido de gran interés en las ciencias de la salud encontrar los móviles que llevan a las personas a incumplir los regímenes terapéuticos; no obstante, no existe aún una respuesta acabada acerca del modo en que se pueda explicar dicha situación. Los resultados de las investigaciones no apuntan hacia una sola dirección, y los factores que se consideran influyentes o determinantes son múltiples y de diversa naturaleza. (34)

### **PROBLEMAS TEORICOS DE LA ADHERENCIA**

El investigador que decida emprender el estudio de esta significativa cuestión se habrá de encontrar con un primer problema: la definición del concepto. En otras palabras: ¿qué se debe entender por adherencia terapéutica? En la bibliografía suelen emplearse diversos términos para referirse a un mismo fenómeno, algunos de los cuales aportan matices diferentes, pero sin llegar a un concepto que sea aceptado por todos y empleado de forma habitual por los investigadores y profesionales interesados en el tema. Los más utilizados son el de “cumplimiento” (*compliance*) y “adherencia” (*adherence*), aunque se han propuesto muchos otros, como cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia (Basterra, 1999).(35)

Con respecto al término “cumplimiento”, si bien no existe un consenso general en su definición, la que tiene mayor aceptación es la propuesta por Haynes (1979): “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. En la práctica médica, este concepto suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos de una forma determinada por parte del paciente (Basterra, 1999), sin incluir aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar

ejercicios físicos regulares, evitar el estrés, llevar a cabo visitas médicas periódicas o cumplir con las programadas para el seguimiento.(36)

Dicho término ha generado grandes polémicas, y sobre todo se señala su alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar, pues se considera que suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, con lo que asume el paciente un rol pasivo y sumiso; así, el enfermo sería incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen (Ferrer, 1995). También se ha señalado que se trata de una definición con importantes deficiencias (Károly, 1993), en el sentido de que tiende a ser unidimensional. Las personas son “cumplidoras” o “no cumplidoras”, pese a las múltiples posibilidades que puede haber en relación con dicho cumplimiento. Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento. Además, es reduccionista, pues sólo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aspectos subjetivos de otro orden, como las creencias y motivaciones del paciente, por ejemplo.

Con el fin de superar esas limitaciones, se han introducido otros términos, como “adherencia” o “alianza terapéutica”, para expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente (Basterra, 1999); de este modo, se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, del cual se haría depender la conducta del paciente; se tendría en cuenta no sólo su propia responsabilidad, sino también las acciones efectuadas por el médico en cuanto a la claridad de las indicaciones y el uso adecuado de los recursos de la comunicación. (36)

El término “*adherence*” se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982), y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

representa un significativo avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido. Los vocablos “alianza”, “colaboración”, “cooperación” y “adherencia” parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir, o al menos que ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. De ese modo, implicaría un papel activo de la persona.(37)

Los autores interesados en este tema optan por uno u otro término. Friedman y DiMatteo (1989), por ejemplo, prefieren hablar de “cooperación” para enfatizar la naturaleza bilateral de las interacciones profesional de la salud-enfermo; sin embargo, los términos “cumplimiento” o “incumplimiento” siguen siendo los más utilizados en la práctica médico-farmacéutica (Basterra, 1999). Es también muy frecuente el uso de “cumplimiento” y “adherencia” indistintamente y empleados como sinónimos (Ferrer, 1995). Epstein y Cluss (1982), a su vez, definen “adhesión” o “cumplimiento de las prescripciones médicas” como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre su salud o prescripciones que ha recibido. Sin embargo, Meichembaum y Turk (1987) distinguen entre el “cumplimiento” y la “adhesión”; el primero de tales términos coincide con la definición de Epstein y Cluss (1982), mientras que al segundo le otorgan una implicación más activa y colaborativa del paciente. Según Ferrer (1995), en el idioma español ninguno de estos términos parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto a un ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y, simultáneamente, una involucración activa del paciente en ellas. (38)

No menos importante resulta el hecho de que la adherencia al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que éste ofrezca

verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por su paciente y dedique a este proceso el tiempo necesario. Como puede inferirse, estamos ante un fenómeno muy complejo por su carácter multidimensional y multifactorial, y esto constituye un reto cardinal para su estudio.

La adherencia no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen, a saber: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Zaldívar, 2003); estas conductas se desarrollan básicamente a partir de la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto de los componentes de las conductas mencionadas ni sobre las condiciones que las explican (Amigó, Fernández y Pérez, 1998). El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica comprende el realizar una serie de tareas que requieren *saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer*. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad (Amigó y cols., 1998). Por otro lado, es importante lograr que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones (Bayés, 2000).(39)

Puede suponerse entonces que se trata de una conducta que debe ser entendida a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud. (40)

Por otro lado, una gran cantidad de autores (Amigó y cols., 1998; Barra, 2003; Basterra, 1999; Duque y Ortiz, 2002; Ferrer, 1995; Macía y Méndez, 1999; Sarró y Pomarol, 2003; Zaldívar, 2003) plantean la existencia de un amplio grupo de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

factores que influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando asimismo elementos de naturaleza psicosocial, médica, de relación médico-paciente y de corte gerencial.(41)

Un primer grupo de factores determinantes está constituido por variables propias de la *interacción con el profesional sanitario*, donde se hallan la *satisfacción del paciente* en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las *características de la comunicación* que éste establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, en la cual se distinguen la satisfacción específica y la global, la primera determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda como una apreciación más general que establece el paciente. Parece ser que los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento (Macía y Méndez, 1999). La comunicación permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla (Rodríguez-Marín, 1995). (42)

Morales (1999) señala la importancia de los siguientes factores: la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención. Además, la satisfacción se relaciona básicamente con el nivel de expectativas del paciente respecto del servicio que aspira recibir. Según diversos autores, la satisfacción es en mayor medida “calidad sentida” y constituye el espectro de los aspectos subjetivos de las características de la atención.(43)

El segundo grupo de factores tiene un carácter básicamente médico y está relacionado con las *características del régimen terapéutico*, entre las cuales se distingue, en primer lugar, la *complejidad del tratamiento*, que se refiere al grado de cambio comportamental requerido —cuando implica cambio en los hábitos o

exige pautas nuevas— y que produce una tasa de cumplimiento baja (Rodríguez-Marín, 1995). El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y especialmente la duración del tratamiento, son todas ellas variables relacionadas con la complejidad (Macía y Méndez, 1999). Peck y King (1985) apuntan a que entre el 20 y el 30% de los pacientes sometidos a tratamientos breves falla en cumplirlos, y que fracasa entre el 30 y 40% de los sujetos cuando son cortos y de naturaleza preventiva; las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50% de los enfermos al momento de comenzarlas, y tal incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo. También la *relación costo-beneficio del régimen de tratamiento* puede resultar relevante, ya que los costos pueden ser diversos (económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales...), mientras que los beneficios se dirigen a la convicción de que las enfermedades se han curado. La *presencia de efectos secundarios* se refiere a que los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia porque pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad; los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos y producir así un descenso en la adherencia (Macía y Méndez, 1999). (44)

Un tercer grupo está referido a la *naturaleza de la enfermedad*. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas, y sobre todo en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (Amigó y cols., 1998; Friedman y Di Matteo, 1989). Parece resultar más difícil seguir recomendaciones profilácticas que terapéuticas cuando los síntomas están produciendo malestar (Macía y Méndez, 1999).(45)

El cuarto grupo de determinantes está constituido por un amplio conjunto de factores convencionalmente llamados *psicosociales*, y se relaciona en primer lugar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con las *creencias del paciente* asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar, o vulnerabilidad percibida (Becker, 1974; Rosenstock, 1974, 1985; Rosenstock y Kirscht, 1982); en segundo término, con la creencia de la persona de que puede ejecutar la respuesta necesaria (autoeficacia percibida) (Bandura, 1977, 1978, 1982, 1986, 1989), y, por último, con la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida). Se supone que la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de su cumplimiento. Kaplan, Atkins y Reinsch (1984), por ejemplo, quienes aplicaron tres procedimientos psicológicos a sesenta pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) para involucrarlos en un programa de ejercicios físicos, comprobaron que la autoeficacia incrementada por una técnica cognitiva predijo significativamente el grado de cumplimiento durante el seguimiento. (46)

El *apoyo social y familiar* también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico; de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros, puede ser especialmente necesario ese refuerzo de los allegados para iniciar y mantener los cambios (Barra, 2003; Ferrer, 1995; Rodríguez-Marín, 1995).

Reconocer tal diversidad de factores presupone tenerlos en cuenta al explicar por qué las personas siguen o no una conducta de cumplimiento. Sin embargo, su incidencia no ocurre de manera lineal; entre ellos se deben producir complejas interacciones e integraciones que hacen muy difícil la interpretación de los resultados de una investigación. Dichas interacciones e integraciones deben ser asimismo objeto de investigación. (47)

## V. JUSTIFICACION

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento (Basterra, 1999; Nichols y Poirier, 2002).

Desde el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de los medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente (Basterra, 1999). La Organización Mundial de la Salud asegura que *“el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes (OMS, 2003a,).*

Por otra parte, puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida (Ginarte, 2001).

Se requiere de trabajos investigativos que permitan estimar las tasas de adherencia terapéutica en diferentes enfermedades y grupos poblacionales y que aporten evidencias científicamente fundamentadas acerca de las causas del incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la salud produzcan los Resultados esperados (OMS, 2004).

## **VI.OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la adherencia farmacológica en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en HGZ2 imss Aguascalientes

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.1 Identificar factores sociodemograficos de los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis al HGZ2 imss Aguascalientes
- 1.2 Caracterizar la prescripción médica por parte del paciente
- 1.3 Identificar la conducta de la prescripción ante la toma de medicamentos por parte del paciente.

## VII. MATERIAL Y METODOS.

### **Tipo de estudio.**

Es tipo descriptivo, transversal, simple. .

### **Unidad de observación:**

Pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en el Hospital General de Zona No. 2 IMSS Aguascalientes

### **Población blanco:**

Pacientes que acuden a la sesión de hemodiálisis en el HGZ 2

### **Unidad de análisis:**

Pacientes con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis del servicio de nefrología Delegación IMSS Aguascalientes.

### **Universo:**

Todos los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis de las unidades familiares de la Delegación Aguascalientes en el periodo de febrero de 2011.

### **Criterios de inclusión:**

- Paciente con insuficiencia renal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.
- Paciente ambulatorio que acuda a sesión de hemodiálisis
- Paciente derecho habiente al IMSS
- Paciente mayor de edad
- Sexo indistinto
- paciente que firme carta de consentimiento informado.

**Criterios de no inclusión.**

- Paciente nefropata que se encuentre hospitalizado.
- Pacientes que presente complicación durante la sesión de hemodiálisis
- Paciente que no tenga tratamiento farmacológico

**Criterios de exclusión**

- Pacientes con hemodiálisis subrogada.
- Paciente que tenga alguna incapacidad física o mental para la contestación del instrumento

**Tipo de muestra**

Se tomo el universo con un total de 120 pacientes en hemodiálisis, adscritos a los Hospitales Generales de Zona 2 Delegación IMSS Aguascalientes

**Marco muestral.**

120 pacientes que se encontraron adscritos a las sesiones de hemodiálisis del Hospital General de Zona No.2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Tamaño de la muestra**

Se por conveniencia se tomo el universo total de pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis.

**Técnica de recolección de datos.**

La técnica que se utilizo fue la de información disponible de los censos actualizados de la unidad de hemodiálisis que se encuentra en el HGZ 2 .El instrumento que se utilizo permito conocer la adherencia farmacológica de los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en hospital general de zona 2.

## **Plan de recolección de datos**

Este protocolo se sometió a escrutinio del Comité de Investigación local obteniendo su aceptación y número de folio R-2011-101-6

Se realizó y se entregó una carta de presentación del proyecto a las autoridades competentes del HGZ 2 para la aprobación y realización del estudio en la unidad de hemodiálisis.

Se les entregó la información pertinente a los directivos y jefes de servicio correspondientes para solicitar la participación de los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis, que cumplieron los criterios de inclusión, por medio de una junta informativa sobre el objetivo del estudio y del llenado de la carta de consentimiento informado.

Solicito a la Dra. Karla Martínez Rivera a los pacientes que acudieron al servicio de hemodiálisis en el periodo de tiempo comprendido febrero del 2011 de los pacientes que provienen de las distintas unidades de medicina familiar.

Se respondieron los ítems que se encuentran en el instrumento "adherencia farmacológica" morisky green, en la sala donde se realizaron las sesiones de hemodiálisis y sala de espera del hospital general de zona 2.

## **Plan de análisis de los datos.**

Los datos que se obtuvieron en los instrumentos de trabajo de campo se capturaron y se almacenaron en forma cotidiana, con un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad del proceso. Mediante la generación de la base de datos, mediante el paquete estadístico SPSS versión 16, que nos permitiera hacer el análisis de los mismos y obtener la información deseada.

En un nivel de estadísticas descriptivas para todas las variables, se obtendrá la distribución de valores absolutos y relativos (razones o porcentajes), con el fin de

caracterizar al objeto del estudio. Para la graficación de las variables cualitativas (escala ordinal) se uso el graficas de barras y tablas de datos. Para el comparativo por estratos se utilizara tablas de contingencia con porcentuales.

### **Consideraciones éticas.**

El estudio fue dirigido y supervisado por un equipo médico de trabajo calificado y de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y bajo la consideración del comité de ética e investigación de la institución de adscripción, apegado a los criterios éticos de Helsinki y sus modificaciones en Tokio, se cuidara y se guardara la confidencialidad, así mismo se firmara la hoja de consentimiento bajo información.

Con la autorización por parte de los comités de ética e investigación del hospital de acuerdo a las normas internacionales establecidas para realizar investigaciones en seres humanos (Categoría III) de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos para la investigación en seres humanos se llevara bajo la consideración de buenas prácticas clínicas. La naturaleza, propósitos y riesgos potenciales del estudio serán explicados ampliamente a cada participante. Se respetara el derecho de abstenerse de contestar la encuesta sin verse obligado de forma física o moral.

## VIII. RESULTADOS Y GRAFICAS

Se estudio a un total de 98 pacientes de los cuales el 43.9% es del sexo femenino 56.1% sexo masculino, analfabetas 3.1, primaria incompleta 9.2% primaria terminada 27.6%, secundaria 33.7%, bachillerato 23.5%, licenciatura 3.1% casados 51, unión libre 10.2%, divorciado 3.1%, soltero 30.6%, ama de casa 31%, desempleado 38%, años, jubilado 24.5%, estudiante 5.1%, procedencia urbana 61%. Rural 37%, edad promedio 38.1, con una desviación estándar 19.8, rango de edad 18- 88 años.

Se realizaron pruebas estadísticas no paramétricas para identificar si existían diferencias entre las variables demográficas respecto a la adherencia farmacológica, mostrando resultados significativos solo en el sexo  $U= 790$ ,  $p<.01$ , siendo las mujeres mas adherentes: y en la ocupación  $\chi^2 = 10.5$ .  $p < .01$ , mostrando mas adherencia amas de casa seguido de estudiantes, quedando en ultimo lugar desempleados.

Tras análisis del test Morisky- Green, las principales causas de no adhesión al régimen farmacológico son, “deja de tomar la medicación cuando les sienta mal” (40.8%) y un 36,7% “se olvida alguna vez de tomar los medicamentos”; sin embargo más del 99% de los pacientes toman la medicación a la hora indicada y no suspenden el tratamiento cuando se encuentran bien.

**TABLA CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

| VARIABLE            | FRECUENCIA | PORCENTAJE | TOTAL |
|---------------------|------------|------------|-------|
| <b>SEXO</b>         |            |            |       |
| femenino            | 43         | 43.9       | 98    |
| masculino           | 55         | 56.1       |       |
| <b>ESCOLARIDAD</b>  |            |            |       |
| analfabeta          | 3          | 3.1        | 98    |
| primaria incompleta | 9          | 9.2        |       |
| primaria terminada  | 27         | 27.6       |       |
| secundaria          | 33         | 33.7       |       |
| bachillerato        | 23         | 23.5       |       |
| licenciatura        | 3          | 3.1        |       |
| <b>ESTADO CIVIL</b> |            |            |       |
| casado              | 50         | 51.0       | 98    |
| unión libre         | 10         | 10.2       |       |
| divorciado          | 3          | 3.1        |       |
| viudo               | 5          | 5.1        |       |
| soltero             | 30         | 30.6       |       |
| <b>OCUPACION</b>    |            |            |       |
| ama de casa         | 31         | 31.6       | 98    |
| desempleado         | 38         | 38.8       |       |
| jubilado            | 24         | 24.5       |       |
| estudiante          | 5          | 5.1        |       |
| <b>PROCEDENCIA</b>  |            |            |       |
| urbano              | 61         | 62.2       | 98    |
| rural               | 37         | 37.8       |       |

Promedio de edad 38.1 años DE = 19.8, rango 18 a 88 años

TABLA VI

olvida alguna vez tomar su medicamento

|          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid si | 36        | 36.7    | 36.7          | 36.7               |
| no       | 62        | 63.3    | 63.3          | 100.0              |
| Total    | 98        | 100.0   | 100.0         |                    |

Fuente :Instrumento de evaluación Morisky-Green

TABLA VII

tome medicación a la hora indicada

|          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid no | 1         | 1.0     | 1.0           | 1.0                |
| si       | 97        | 99.0    | 99.0          | 100.0              |
| Total    | 98        | 100.0   | 100.0         |                    |

Fuente Instrumento de evaluación Morisky-Green

TABLA VIII

cuando se encuentra bien deja alguna vez tomar su medicamento

|          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid si | 10        | 10.2    | 10.2          | 10.2               |
| no       | 88        | 89.8    | 89.8          | 100.0              |
| Total    | 98        | 100.0   | 100.0         |                    |

Instrumento de evaluación Morisky-Green

TABLA IX

si alguna vez se siente mal deja de tomar su medicación

|          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid si | 40        | 40.8    | 40.8          | 40.8               |
| no       | 58        | 59.2    | 59.2          | 100.0              |
| Total    | 98        | 100.0   | 100.0         |                    |

Instrumento de evaluación Morisky- Green

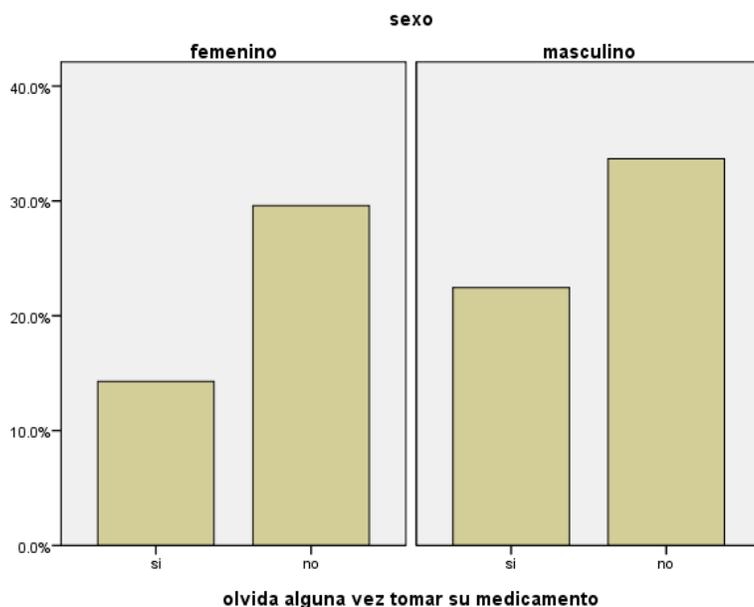
TABLA X

es adherente al tratamiento

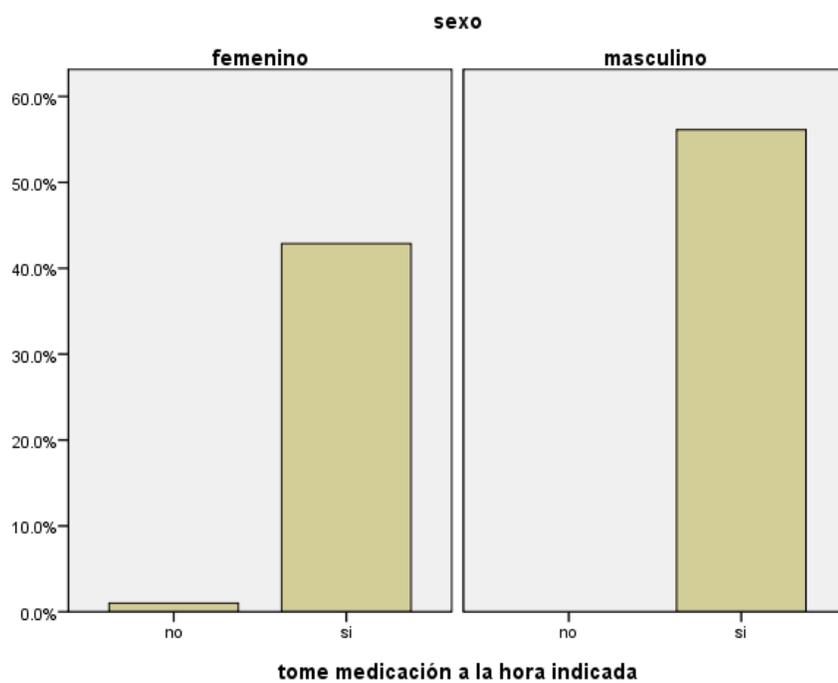
|          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid si | 41        | 41.8    | 41.8          | 41.8               |
| no       | 57        | 58.2    | 58.2          | 100.0              |
| Total    | 98        | 100.0   | 100.0         |                    |

Instrumento de evaluación Morisky-Green

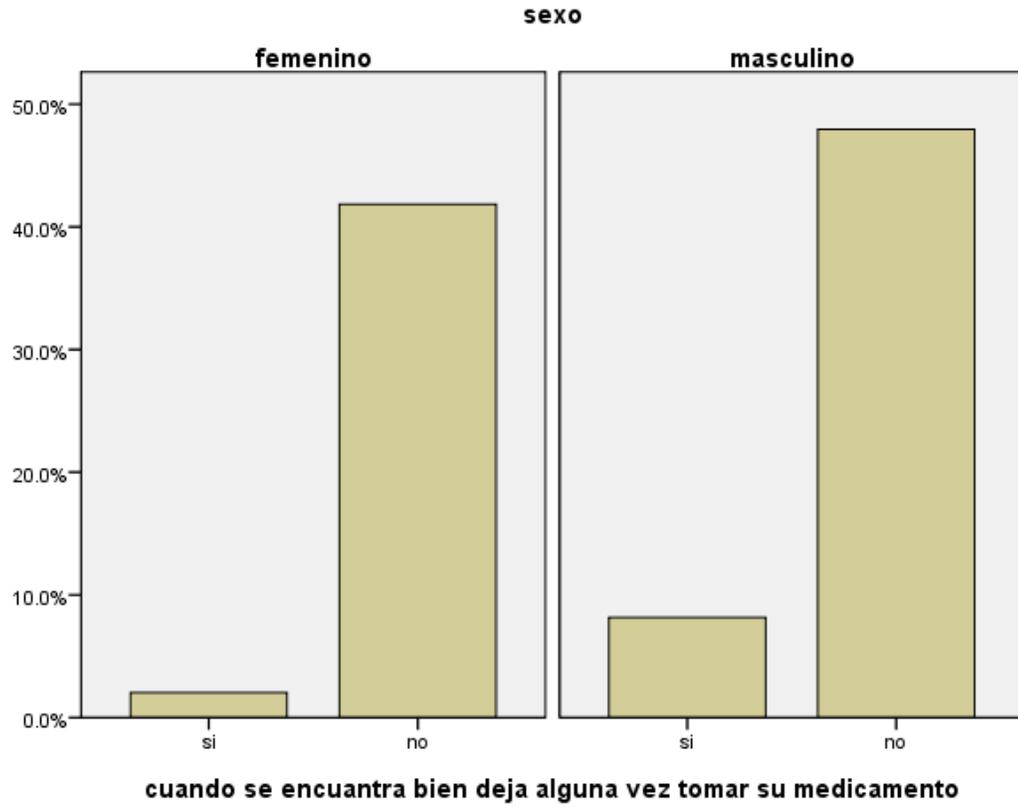
Se hicieron pruebas estadísticas no paramétricas para identificar si existían diferencias entre las diferentes variables demográficas respecto a la adherencia terapéutica, mostrando resultados significativos solo en el sexo  $U=790$ ,  $p < .001$  siendo las mujeres más adherentes; y en la ocupación  $X^2=10.5$ ,  $p < .01$ , mostrando más adherencia las amas de casa seguido de los estudiantes, quedando en último lugar los desempleados.

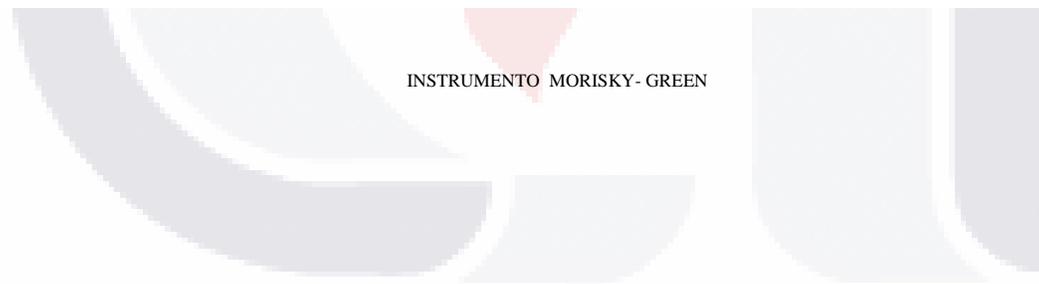
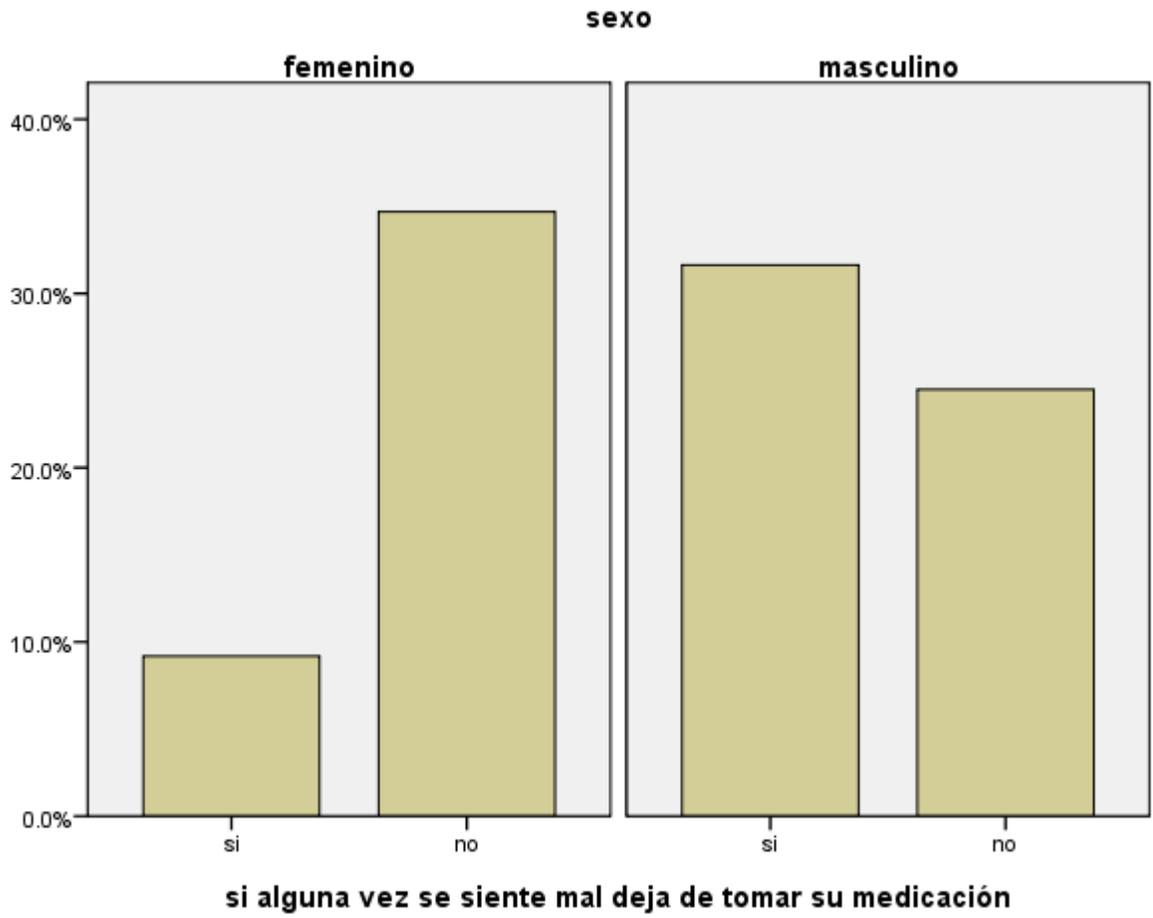


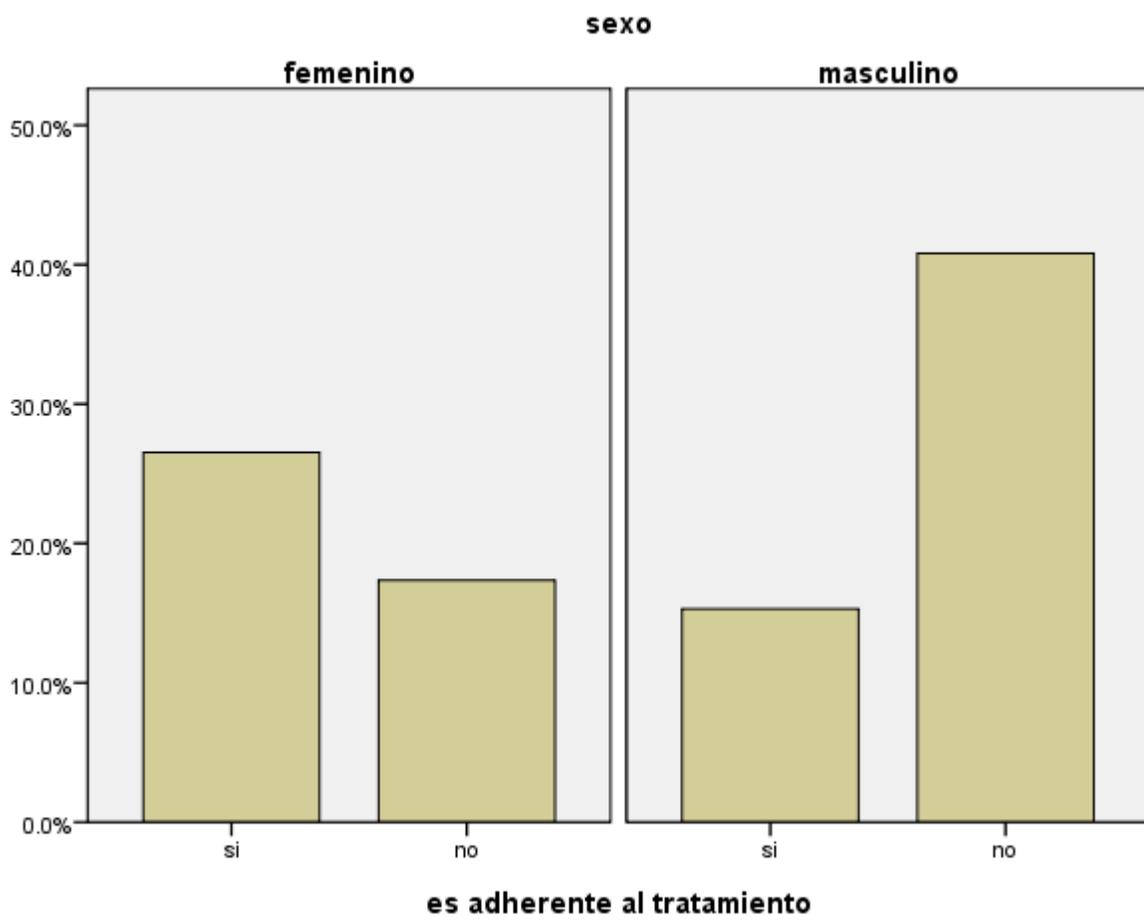
INSTRUMENTO MORISKY-GREEN

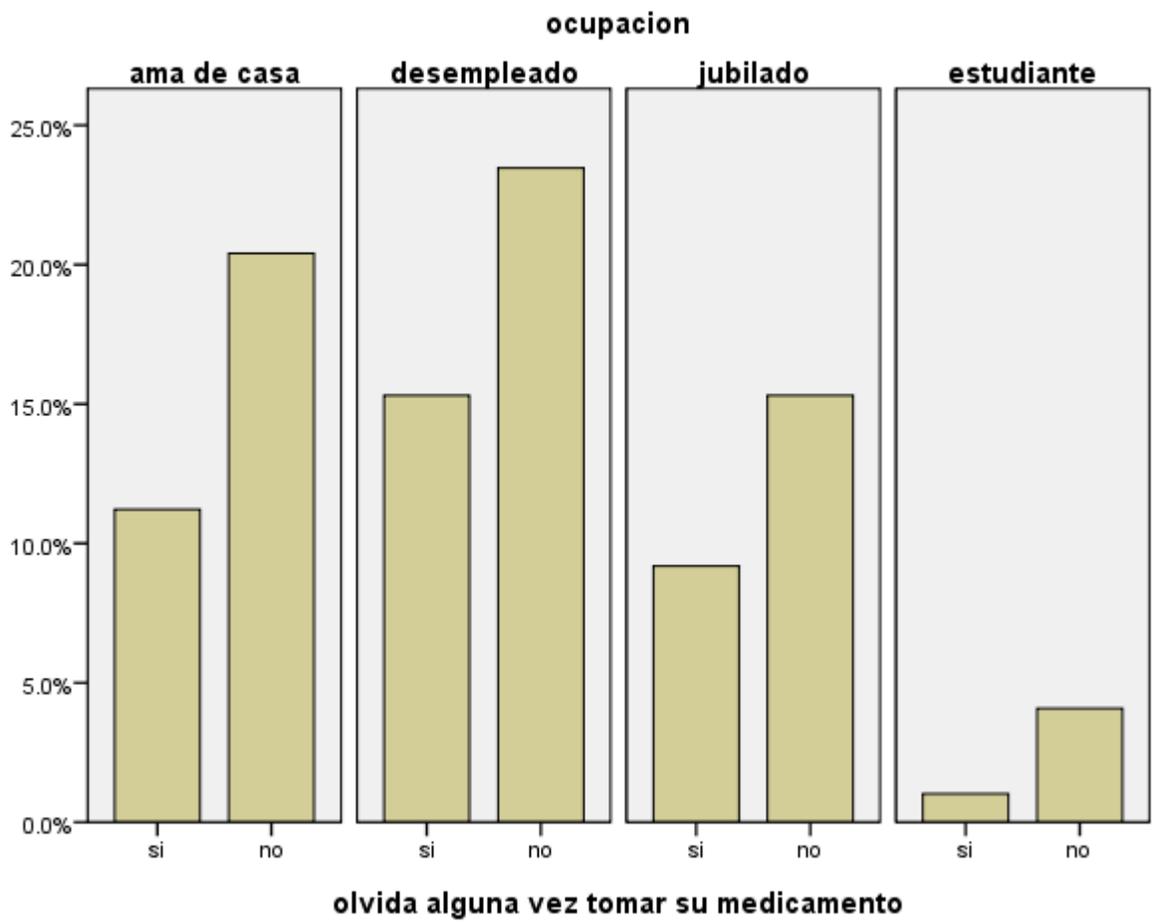


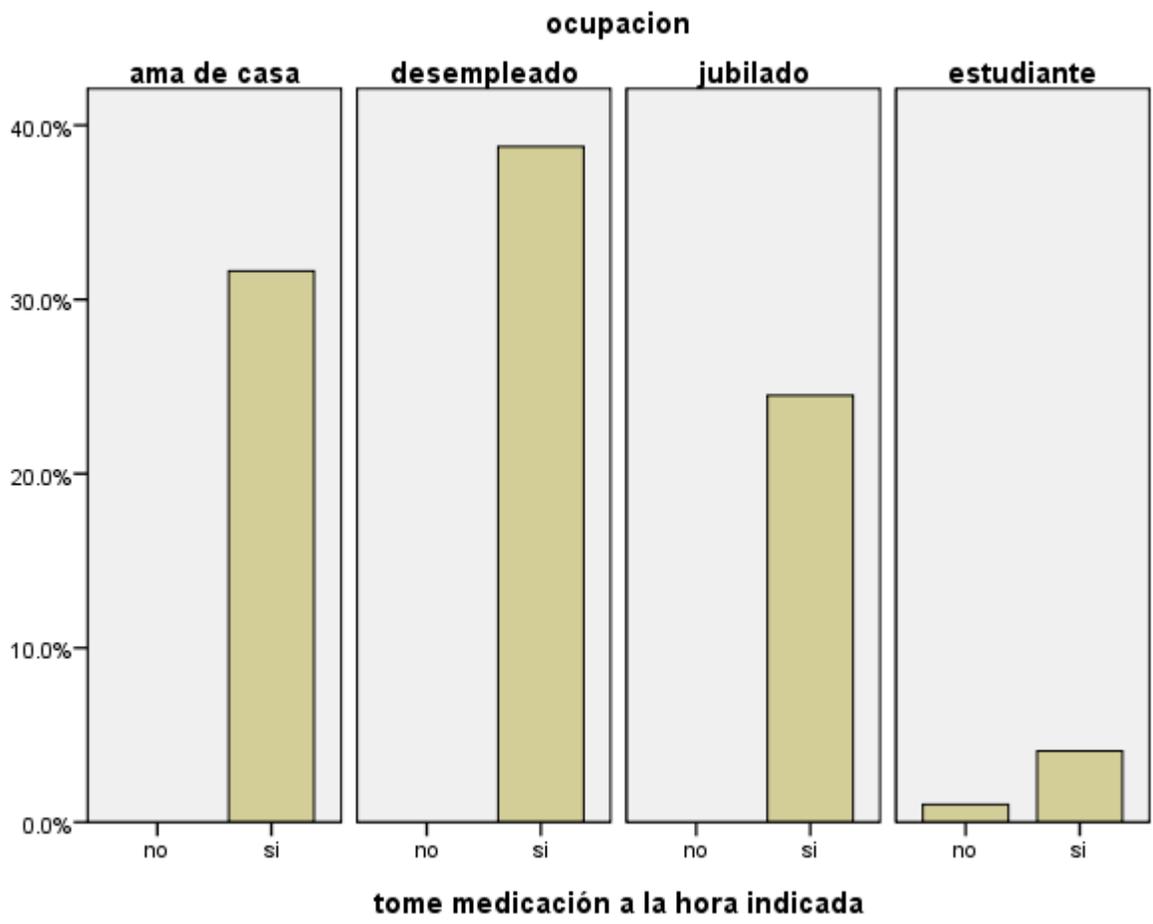
INSTRUMENTO MORISKY- GREEN

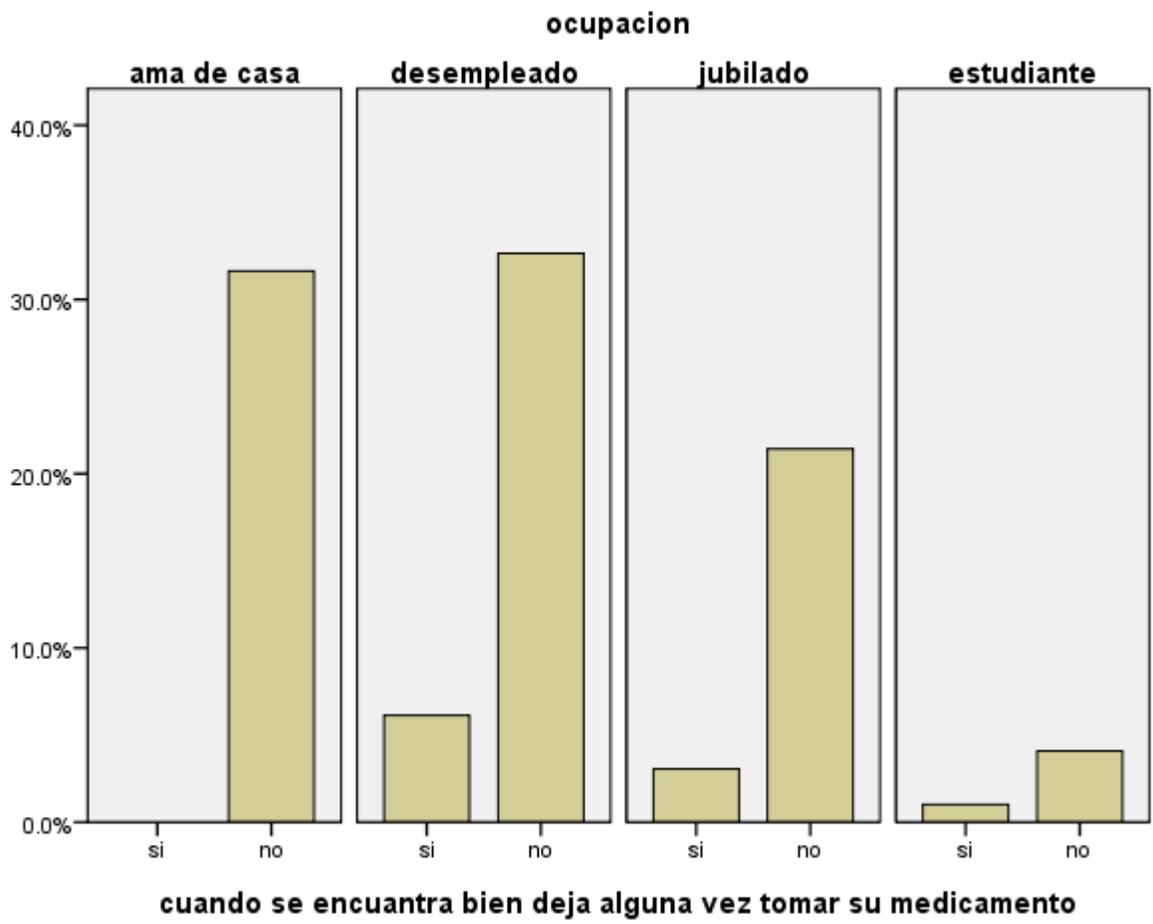


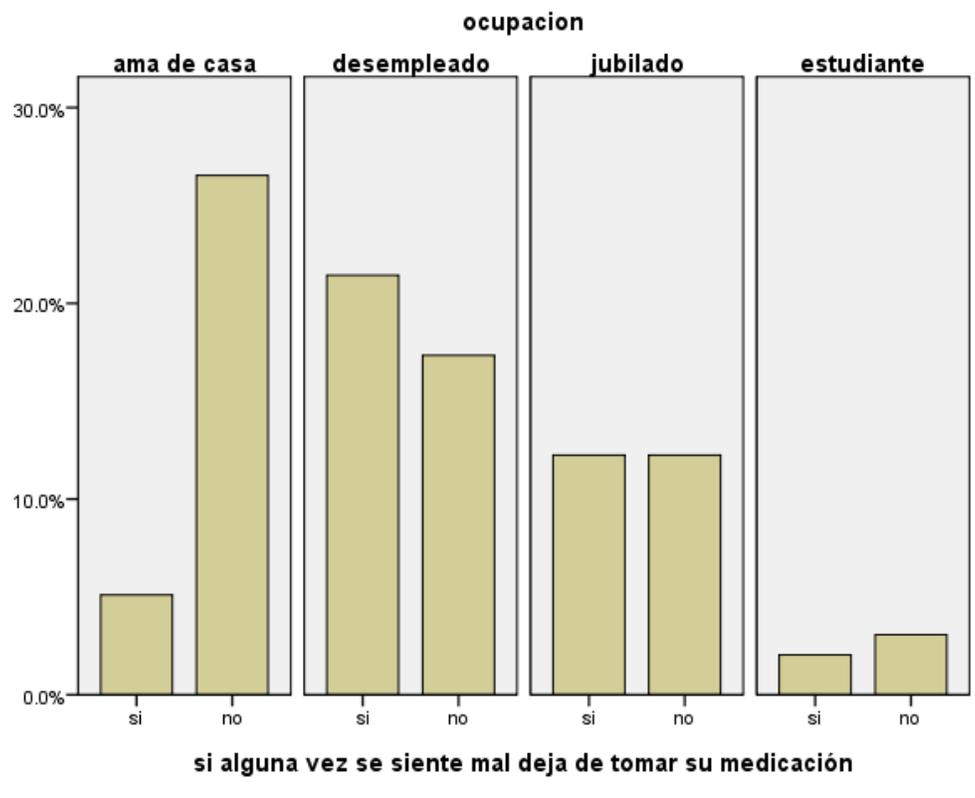












## IX. DISCUSIONES

El presente estudio midió la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en el hospital general de zona numero 2 delegación IMSS Aguascalientes .

Después del análisis del test de Morisky- Green se determino que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico se debe a que el paciente deja de tomar su medicación si se siente mal y cuando se le olvida tomar su medicamento.

Así como en este presente estudio y en otros como el realizado por Ochoa-García-Hernández 2007, se demostró la falta de adherencia al tratamiento farmacológico debido a que los pacientes dejan de tomar su medicamento cuando se sienten mal 40% y olvidan tomar su medicamento 17.4%.

La adherencia al tratamiento farmacológico se ve influenciada por la valoración que el paciente tiene sobre los beneficios potenciales del tratamiento, así mismo es más difícil tener adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tratamiento prolongado, la principal causa de la falta de adherencia en este trabajo ha sido dejar de tomar el medicamento cuando se siente mal, debemos de tomar en cuenta la cantidad de medicamentos que toman los pacientes que acuden a hemodiálisis y las reacciones adversas.

Los resultados obtenidos deben tener implicaciones educativas, operativas y motivacionales para realizar actividades que modifiquen la falta de adherencia al tratamiento

## X. CONCLUSIONES

El presente estudio sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en el Hospital General de Zona número 2 IMSS Aguascalientes se detectó que el sexo femenino presentan mayor adherencia, las cuales son casadas y tienen un grado de escolaridad de secundaria y son amas de casa, por lo tanto el sexo masculino tienen menos adherencia al tratamiento farmacológico.

Por lo que hay un alto porcentaje de pacientes que son incumplidos por no conocer bien el tratamiento farmacológico a pesar de recibirlo escrito por parte de los médicos, además de las explicaciones de enfermería.

La falta de adherencia a los fármacos produce una disminución de la efectividad del fármaco en los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital general de zona número 2 de Aguascalientes.

La administración de pautas de tratamiento más espaciadas y simples para los pacientes como formulaciones semanales o mensuales pueden mejorar la adherencia respecto a la dosis diaria.

Las características socio demográficas de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en el hospital general de zona número 2 IMSS Aguascalientes no fueron significativa.

Está demostrando que la adherencia al tratamiento farmacológico disminuye las estancias hospitalarias, por lo tanto reduciendo las complicaciones y facilitando una mejor evolución de la enfermedad.

## XI. RECOMENDACIONES

- Para el medico familiar

Es imprescindible que el medico familiar acepte el desafío de mantener una buena relación medico paciente y mantener una atención integral basada en la calidad de la atención.

- Para las autoridades

La educación en salud es una herramienta que permite a las personas asumir un rol activo, en la modificación de las conductas que promueven la salud, a partir de la incorporación que se entregaría por parte de los profesionales de la salud. En las enfermedades crónicas y particularmente en pacientes con insuficiencia renal que acuden al servicio de hemodiálisis, la educación no solo permite que los pacientes incrementen sus conocimientos e ideas acerca de la enfermedad, ya que a través de la educación se mejora la adherencia al tratamiento farmacológico.

- Para las autoridades de investigación

Promover estudios en el área de investigación de educación medica

## XII. ANEXOS

### ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE   | DEFINICION  | DIMENSIONES             | INDICADORES   | ITEMS   | TIPO DE VARIABLE  | ESCALA  |
|--|---|-------------------------|---|---------|-------------------|---|
| Adherencia farmacológica en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en HGZ2 IMSS Aguascalientes | Es el grado en que la conducta del paciente coincide con las prescripciones del médico. | -Conducta del paciente. | -Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?.<br>-Toma los fármacos a la hora indicada?<br>-Cuando se encuentra bien deja alguna vez de tomarlos?<br>-Si alguna vez le sienta mal, deja de tomar la medicación. | 1,2,3,4 | I<br>Cualitativas | Dicotómica<br>Si o No<br><br>Si o No<br><br>Si o No<br><br>Si o No<br><br>ADHERENCIA:<br>Si contesta no a todas las Preguntas |

**ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL AGUASCALIENTES

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS EN HGZ2 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES.

INSTRUCCIONES: Subraye con un lápiz o conteste las siguientes preguntas que considere es la más adecuada.

| <b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>    |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>INICIALES</b>                  |   |
| <b>Número de Seguridad Social</b> |   |
| <b>Fecha de nacimiento</b>        |   |
| <b>Edad</b> <b>sexo</b>           |   |
| <b>Escolaridad</b>                | a) Analfabeta<br>b) Primaria incompleta<br>c) Primaria completa<br>d) Secundaria<br>e) Bachillerato<br>f) Licenciatura<br>g) Otro |
| <b>Estado Civil</b>               | a) Casado (a)<br>b) Unión libre<br>c) Divorciado(a)<br>d) Viudo(a)<br>e) Soltero (a)  |
| <b>Ocupación</b>                  | a) Ama de casa<br>b) Empleado (a)<br>c) Desempleado (a)<br>d) Jubilado (a)  |
| <b>Procedencia</b>                | a) Urbana (vive en la ciudad)<br>b) Rural (vive en el campo)  |

**ANEXO 3 TEST DE MORISKY GREEN**

|   |                |  |
|---|----------------|--|
| 1. Se olvida alguna vez de tomar el medicamento                 | 1) Si<br>2) No |  |
| 2. Toma la medicación a la hora indicada                        | 1) Si<br>2) No |  |
| 3. Cuando se encuentra bien deja alguna vez de tomar medicación | 1) Si<br>2) No |  |
| 4. Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación     | 1) Si<br>2) No |  |

PUNTUACION

SI CONTESTA SI A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS NO EXISTE ADHERENCIA TERAPEUTICA

GRACIAS

## **ANEXO 4 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

### **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

#### **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS EN HGZ2 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES**

Por medio de la presente acepto participar en el Proyecto de Investigación “ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA 2 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES”, registrado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social No. R-2011-101-6

El objeto de este estudio es identificar la adherencia farmacológica en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis en hospital general de zona 2, delegación IMSS Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar un cuestionario sobre la adherencia farmacológica en pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el Proyecto de Investigación, dedicar algunos minutos para contestar las preguntas del cuestionario.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario, así como de responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con Proyecto de Investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del Proyecto de Investigación en cualquier momento que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que se deriven de esta investigación y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

---

Karla Martínez Rivera

Mat. 99012180

---

Nombre y firma de la paciente

---

Testigo

---

Testigo

### ANEXO 5 CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN

| ACTIVIDADES  | 2010    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | 2011    |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|  | FE<br>B | MA<br>R | AB<br>R | MA<br>Y | JU<br>N | JU<br>L | AG<br>O | SE<br>P | OC<br>T | NO<br>V | DI<br>C | EN<br>E | FE<br>B | MA<br>R | AB<br>R | MA<br>Y |
| Acopio de Bibliografía.                                      |         |         |         |         |         | X       | X       | X       | X       | X       | X       |         |         |         |         |         |
| Revisión de literatura.                                      |         |         |         |         |         | X       | X       | X       | X       | X       | X       |         |         |         |         |         |
| Diseño de protocolo.   |         |         |         |         |         |         |         |         | X       | X       | X       |         |         |         |         |         |
| Antecedentes   |         |         |         |         |         |         |         |         | X       | X       | X       |         |         |         |         |         |
| Justificación.   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |         |         |
| Introducción.  |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |         |         |
| Hipótesis.   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |         |         |
| Revisión de Protocolo.                                       |         |         |         |         |         |         |         |         | X       | X       | X       |         |         |         |         |         |
| Registro del protocolo ante el comité de investigación local |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |         |
| Aprobación del Protocolo                                     |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |         |
| Financiamiento   |         |         |         |         |         | X       | X       | X       | X       | X       | X       | X       | X       |         |         |         |
| Prueba piloto.   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |         |
| Trabajo de campo.  |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |         |
| Acopio de Datos.   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       | X       |         |         |         |
| Captura de datos y Tabulación de datos.                      |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |
| Revisión de resultados                                       |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |
| Análisis De Resultados                                       |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |
| Validación de Resultados.                                    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |
| Interpretación de resultados.                                |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |
| Revisión de investigación                                    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |
| Autorización   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |
| Elaboración de tesis.  |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | X       |         |         |         |

### XIII. GLOSARIO

**Adherencia farmacológica**<sup>4</sup>: El Grado en que la conducta del paciente coincide con la prescripción del medico

**Paciente con hemodiálisis**<sup>8</sup>: Tipo de tratamiento renal sustitutivo que utiliza un circuito extracorpóreo para conseguir la depuración sanguínea y eliminación de líquido acumulado del paciente mediante acceso vascular. Se realiza de forma intermitente en un centro hospitalario.

**IMSS**: Instituto mexicano del seguro social

**HGZ2**: Hospital general de zona número dos.

#### XIV. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Holguin, Correa, Arrivillaga y cols. Identificaron la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir los niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento médico. 2006, revista americana de psicología, pag. 75-90
- 2.- Alayon, Mosquera-Vásquez identifican los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico, en pacientes con diabetes mellitus, 2008, revista endocrinología colombiana pag 45-57.
- 3.- Megret-castillo (2006) se identifica la adherencia farmacológica en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y factores asociados. 2006 revista de la habana de cardiología pag. 93 a 120. Vol II.
- 4.- censo de pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital general de zona 2
- 5.- Peralta, Carbajal, Pruneda adherencia al tratamiento revista central de dermatología pascua Vol 17 Num 3 septiembre 2008 pag 84-88
- 6.- Cepeda, Warnner, Borrals locus control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica, revista psicológica vol1, 2007, universidad central de chile, facultad de ciencias pag 1-7.
- 7.- Carballo, Ortega, Lizarraga, Diaz adherencia individual y familiar al tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua, medigraphic, revista de enfermería del imss 2008 pag 13-18.
- 8.- Vilas, Lopez, Picazo, Ponz, Masip, Martinez, análisis del cumplimiento farmacológico de los pacientes en hemodiálisis, revista de medicina interna del hospital secretaria de salud pública Guadalajara, 2009, pag 1-7.
- 9.- Simon, Airaksinen, Timothy, British Journal of clinical Pharmacology, concordance is not synonymus with compliance or adherence 2007, pag 710-713.
- 10.- Martin Alfonso, Acerca del concepto de adherencia terapéutica, revista Cubana salud pública 2004:30(4) .
- 11.- Nunez de Villavicencio C Psicología y salud, la habana, editorial Ciencias medicas 2001.

12.- Libertad, Martin, Alfonso. Aplicaciones en la psicología en el proceso salud enfermedad, revista cubana de salud publica 2003 (3) 275- 281.

13.- Ferrer Perez V adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapeuticas y de salud , concepto y factores psicosociales implicados, Journal of health Pshychology 1995:7 (1).

14.- Ochando Royuela hernandez Lorenzo Paniagua, adherencia terapéutica de los pacientes en una unidad de diálisis, fundación Hospital de alarcon, Madrid, revista de la sociedad Nefrologica Espana 2008.

15.-Ho, Bryson, Rumsfeld Medication adherence university Denver Colorado 2009; 119:3028-3035

16- Zaldivar Perez adherencia terapeutica y modelos explicativos revista Cubana de medicina integral 200;17(5); 502-505.

17.-Rodriguez Reyes luis, teoría de acción razonada, universidada pedagógica de Durango 2009. Pag 1-5

18.- Rodriguez Reyes Luis, teoría de acción razonada, universidada pedagógica de Durango 2009. Pag 7-10

19.- Rodriguez Reyes luis, teoría de acción razonada, universidada pedagógica de Durango 2009. Pag 12-15.

20.- Rodriguez Reyes luis, teoría de acción razonada, universidada pedagógica de Durango 2009. Pag 18-23

21.-Ajzen Fishbein (1974) factors Influencing intentions and the intention behavior new jersey prentice-hall inc

22.- -Ajzen Fishbein (1980) understanding attitudes and predicting social behavior. new jersey prentice-hall inc.

23.- Alvaro Buendia, Murg Sasson (1995) analisis comparativo de las actitudes

24.- Alfaro L (1995) Modelo de Accion Razonada como predictor del uso del condon en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio de VIH, mexico UNAM.

25.- Deustch M, and krauss (1999) teorías en psicologías social, mexico paidos.

26.-Amigó, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigó (Ed.): Manual de psicología de la salud (cap. 13, pp. 229-270). Madrid: Pirámide.

27.-Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.

28.-Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1: 237-269.

29.-Bandura, A. (1982). Self-efficacy: mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37: 122-147.

30.-Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*, 1: 97-106.

31.-Bayés, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En S. Yubero y E. Larrañaga (Eds.): *SIDA: Una visión multidisciplinar* (pp. 95-103). Toledo: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

32.-Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2: 324-473.

33.-DiMatteo, M.R. y DiNicola, D.D. (1982). Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role. New York: Pergamon Press.

34.-Dunbar, J.M. y Agras, W.S. (1980). Compliance with medical instructions. En J.M. Ferguson y C.B. Taylor (Eds.): *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine* (vol. 1). Lancaster: M.T.P.,

35.-Duque, R. y Ortiz, J. (2002). Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. Revisión teórica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

36.-Epstein, L.H. y Cluss, P.A. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 960-971.

37.-Ferrer, V.A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1): 35-61.

38.-Friedman, H.S. y DiMatteo, M.R. (1989). Adherence and practitioner patient relationship. En H.S. Friedman y M.R. DiMatteo (Eds.): *Health Psychology* (pp.

68-100). New York: Prentice Hall.

39.-Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5): 502-505.

40.-Grau, J. (2002). Estrés, salud y enfermedad. En ENSAP (Ed.): *Guía de estudio y bibliografía básica. Módulo 7, Maestría de Psicología de la Salud* (pp. 123-141). La Habana: ENSAP.

41.-Grau, J. y Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Psicología y Salud*, enero-junio: 137-149.

42.-Haynes, R.B. (1979). Introduction. En R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.L. Sackett (Eds.): *Compliance in health care* (pp. 1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

43.-Hoelscher, T.J., Lichstein, K.L. y Rosenthal, T.L. (1986). Home relaxation practice in hypertension treatment: Objective assessment and compliance induction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 217-221.

44.-Leventhal, H. (1993). Theories of compliance and turning necessities into preferences: Application to adolescent health action. En N.A. Krasnegor, L. Epstein, S. Bennett-Johnson y S.J. Yaffe (Eds.): *Developmental aspect of health compliance* (pp. 91-124). Hillsdale, NJ: LEA.

45.-Luscher, T.F., Vetter, H., Siegenthaler, W. y Vetter, W. (1985). Compliance in hypertension: facts and concepts. *Journal of Hypertension*, 3(Suppl.): 3-10.

46.-Martín, M. y Grau, J. (1994). Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas. *Revista de Psicología de la Salud (Bogotá)*, 3: 66-69.

47.-Masur, F.T. y Anderson, H. (1988). Adhesión del paciente al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20: 103-126.

48.-Mayer, J.A. y Frederiksen, L.W. (1986). Encouraging long-term compliance with breast self-examination: the evaluation of prompting strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 9: 179-189.

49.-Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.

50.-Organización Mundial de la Salud (2003). La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento de tratamientos médicos. Disponible en línea: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu) (Fuente: Ginebra, julio).

51.-Orbay, M.C. (2003). Adherencia terapéutica en hipertensos esenciales. Tesis para optar por el título de Master en Psicología de la Salud. La Habana: Policlínico “Plaza de la Revolución”, Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

52.-Peck, C.L. y King, N.J. (1985). Increasing patient compliance with prescriptions. *Journal of the American Medical Association*, 248: 2874-2877.

53.-Puente S., F. (Ed.) (1984). Adherencia terapéutica. Implicaciones para México, D.F. (edición de autor).