



Seccional Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ORIENTADO A PROMOVER LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO Y LA EVOLUCIÓN FAVORABLE DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA DE PIEDECUESTA S.A.

DIRECTOR DEL PROYECTO
Msc. LINA PATRICIA MÉNDEZ

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FLORIDABLANCA
JULIO DE 2013



Seccional Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ORIENTADO A PROMOVER LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO Y LA EVOLUCIÓN FAVORABLE DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA DE PIEDECUESTA S.A.

NATHALIA TORRES HERNÁNDEZ
OPTA POR EL TÍTULO DE PSICOLOGA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FLORIDABLANCA
JULIO DE 2013

Formato para la Presentación del Informe Final De Pasantía y Servicio Social

Agradecimientos y dedicatoria (opcional)

Agradecimientos de manera especial a Lina Méndez, directora del proyecto que me brindo su constante acompañamiento y apoyo mi propuesta de trabajo, a la Clínica de Piedecuesta S.A liderada por el doctor Freddy Ceballos Rivera, en donde se me posibilitó ejercer el rol de psicóloga con autonomía y fortalecer mi crecimiento profesional y personal.

Tabla de contenido

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
Justificación	9
objetivo general.....	13
objetivos especificos	13
MARCO TEORICO.....	14
METODOLOGÍA.....	22
Participantes.....	22
Instrumentos.....	22
Procedimiento	23
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN.....	36
ACTIVIDADES SATÉLITES.....	40
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS.....	56
ANEXOS	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Factores que intervienen en la adherencia terapeutica.....	16
Figura 2. Enfermedades prevalentes en el servicio de hospitalización	24
Figura 3. Enfermedades prevalentes en los participantes	25
Figura 4. Genero de los participantes	26
Figura 5. Edades de los participantes.....	26
Figura 6. Evaluacion de la sesion 2.....	29
Figura 7. Evaluacion de la sesion 3.....	30
Figura 8. Evaluacion de la sesion 3.....	31
Figura 9. Evaluacion de la sesion 4.....	32
Figura 10. Edades de la poblacion atendida	41
Figura 11. Numero de sesiones.....	41
Figura 12. Motivos de consulta.....	42
Figura 13. Poblacion atendida	43
Figura 14. Alteraciones presentes en los pacientes hospitalizados.....	43
Figura 15. Poblacion participe de la guia pediatrica	44
Figura 16. Edades de los pacientes pediatricos	45
Figura 17. Evaluacion sesion 1 de la dependencia de consulta externa.....	46
Figura 18. Evaluacion sesion 1 de la dependencia de farmacia	47
Figura 19. Evaluacion sesion 2 de la dependencia de archivo y estadistica	48
Figura 20. Evaluacion sesion 2 de la dependencia de consulta externa.....	49
Figura 21. Evaluacion sesion 2 de la dependencia de farmacia	50
Figura 22. Evaluacion sesion 3 de la dependencia de enfermeria	51
Figura 23. Evaluacion sesion 4 de la dependencia administrativa	53
Figura 24. Evaluacion sesion 4 de la dependencia de laboratorio	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Evaluación de la sesión 1	27
Tabla 2. Puntuaciones de cada uno de los factores.....	33
Tabla 3. Media y desviación típica del pre-test	34
Tabla 4. Media y desviación típica del pos-test.....	34
Tabla 5. Correlaciones del pre-test y pos-test	35
Tabla 6. Evaluación sesión 1 de la dependencia de consulta externa	47
Tabla 7. Evaluación sesión 1 de la dependencia de farmacia.....	48
Tabla 8. Evaluación sesión 2 de la dependencia de archivo y estadística.....	49
Tabla 9. Evaluación sesión 2 de la dependencia de consulta externa	50
Tabla 10. Evaluación sesión 2 de la dependencia de farmacia.....	51
Tabla 11. Evaluación sesión 3 de la dependencia de enfermería.....	52
Tabla 12. Evaluación sesión 4 de la dependencia administrativa.....	53
Tabla 13. Evaluación sesión 4 de la dependencia de laboratorio	54

Resumen, palabras claves, abstract y key words

TITULO: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ORIENTADO A PROMOVER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA EVOLUCIÓN FAVORABLE DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA DE PIEDECUESTA S.A.

AUTOR(ES): NATHALIA TORRES HERNÁNDEZ

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): LINA PATRICIA MÉNDEZ

RESUMEN

En el presente trabajo se diseñó e implementó un protocolo orientado a la adherencia al tratamiento de pacientes hospitalizados en la Clínica de Piedecuesta S.A. El protocolo se direccionó teniendo en cuenta los diagnósticos médicos y referentes teóricos que interviene en la adherencia como: la percepción del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento, la relación médico- paciente y la redes de apoyo, así pues el protocolo se desarrolla a través de cuatro talleres reflexivos organizados en cuatro sesiones que se fundamentan en la teoría científica de la psicología y aportes de áreas del conocimiento afines. Como una media pre y post test se aplicó a los participantes la adaptación de la Lista de chequeo de variables psicológicas y comportamentales de adhesión al tratamiento (VPAD) Piña, corrales, Mungaray & valencia (2006) con el objetivo de medir el impacto del protocolo en la adherencia al tratamiento. Como instrumentos complementarios se utilizaron las historias clínicas de cada paciente y los reportes diarios del personal de enfermería. La población estuvo conformado por 30 pacientes; (9) NAC, (7) diabetes Mellitus tipo 2, IVU (7) Diabetes Mellitus tipo 1 (4), EPOC (2) TVP (1), se encontró que la edad de mayor prevaecía en los pacientes son los 63 años, se destaca el género femenino como tendencia en la población. En relación a la medida pre y post-test se manifiestan diferencias significativas ($p < .001$) en los factores competencias conductuales pasadas y competencias presentes, en el factor comportamientos de adhesión ($p < .002$) así, se evidencia el impacto que se generó en los pacientes a partir de la implementación del protocolo lo que permite inferir que un paciente que posee información acerca de su diagnóstico y tratamiento, que cuenta con redes de apoyo y mantiene una buena relación con su médico tratante posibilita la presencia de conductas de adhesión.

PALABRAS CLAVES: Protocolo, Adherencia, Paciente hospitalizado, Evolución, diagnostico.

TITLE: PROTOCOL OF INTERVENTION ORIENTATED TO PROMOTING THE ADHERENCE TO THE TREATMENT AND THE FAVORABLE EVOLUTION OF THE PATIENTS HOSPITALIZED IN PIEDECUESTA'S CLINIC S.A.

AUTHOR(S): NATHALIA TORRES HERNÁNDEZ

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: LINA PATRICIA MÉNDEZ

ABSTRACT

In the present work there was designed and implemented a protocol orientated to the adherence to the patients' treatment hospitalized in Piedecuesta's Clinic S.A. The protocol having counts the medical diagnoses and theoretical modals that it intervenes in the adherence as: the perception of the patient on his disease medical and his treatment, the relation - patient and the redes of support, the protocol develops across four reflexive workshops organized in four meetings that are based on the scientific theory of the psychology and contributions of areas of the knowledge be precise. As measurement pre and post test applied to the participants the adjustment of the List of checkup of psychological variables and comportamentales of adhesion to the treatment (VPAD) Piña, corrales, Mungaray and valencia (2006) with the aim to measure the impact of the protocol in the adherence to the treatment. Since complementary instruments were in use the clinical histories of every patient and the daily reports of the personnel of infirmary. The population was shaped by 30 patients; (9) NAC, (7) diabetes Mellitus type 2, IVU (7) Diabetes Mellitus type 1 (4), EPOC (2) TVP (1),), found that the age of major was prevailing in the patients they are 63 years, the feminine kind is outlined as trend in the population. In relation to the measure pre and post-test significant differences demonstrate ($p < .001$) in the factors past behavioral competitions and present competitions, in the factor behaviors of adhesion ($p < .002$) there is demonstrated the impact that generated in the patients from the implementation of the protocol what allows to infer that a patient who possesses information brings over of his diagnosis and treatment, which possesses networks of support and a good relation with his medical dealer makes possible the presence of conducts of adhesion.

KEYWORDS: Protocol, Adherence, hospitalized Patient, Evolution, I diagnose.

Introducción

INTRODUCCIÓN

El Protocolo de intervención orientado a potenciar la adherencia al tratamiento y la evolución favorable de los pacientes hospitalizados en la Clínica de Piedecuesta, posibilita generar reflexión y psicoeducar a los participantes, acerca de su diagnóstico y tratamiento los cuales al ser comprendidos adecuadamente por el paciente y su familia, generan cambios que están en concordancia con las especificaciones médicas, lo que a su vez implica que exista una mejor adherencia terapéutica. El protocolo comprende cuatro sesiones tipo taller reflexivo; “Reconozco mi condición médica”, “Me informo sobre mi tratamiento”, “Mi relación con el médico” y “Mis redes de apoyo me fortalecen”, cada sesión cuenta con una duración de 30 minutos y un proceso de evaluación. Para el diseño del protocolo se tuvieron en cuenta los diagnósticos médicos de los pacientes y referentes conceptuales acerca de la adherencia.

Como instrumento, se adaptado la Lista de chequeo de variables psicológicas y comportamentales de adhesión al tratamiento (VPAD) Piña, corrales, Mungaray & valencia (2006) que se aplicó previo y posterior al implementación del protocolo, con el objetivo de medir el impacto del protocolo en la adherencia al tratamiento y evolución favorable de los pacientes, de igual manera se hizo uso de las historias clínicas de los pacientes y los reportes del personal de enfermería. Se tuvieron como criterios para la participación de la población, estar en estado de alerta, así como mostrar disponibilidad e interés para participar, su permanecía en la institución debe ser superior a cuatro días y tener un diagnostico prevalente (diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, Neumonía adquirida en la comunidad (NAC), Las trombosis venosas profunda (TVP), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Infección de Vías Urinarias (IVU) e Hipertensión (en presencia de los anteriores diagnósticos).

JUSTIFICACIÓN

Los aspectos subjetivos y del comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad constituyen parte sustantiva y esencial del objeto de estudio de la Psicología de la Salud. En este sentido, la adherencia al tratamiento ha sido estudiada por esta disciplina desde los primeros años de su surgimiento como rama independiente. Ya en la década del 70 del siglo XX aparecieron en Estados Unidos las primeras revisiones generales sobre el tema (Rodríguez Marín, 1995 citado por libertad, 2003).

Las revisiones efectuadas en Norteamérica y España estuvieron dirigidas básicamente a la discusión sobre la formulación teórica de los conceptos cumplimiento y adherencia y a la sistematización de los factores determinantes del cumplimiento. En la década del 90 aparece en la revista “Health Psychology” un artículo de revisión, bajo la autoría de Victoria Ferrer (1995) de la Universidad de Islas Baleares, España. El artículo puede considerarse paradigmático ya que contiene sistemáticas definiciones y polémicas teóricas existentes sobre el tema (libertad, 2003).

En los últimos años se aprecia un avance en los estudios sobre la adherencia a los tratamientos a nivel internacional, donde continúan destacados los trabajos de España y de algunos países latinoamericanos como Colombia, México y Chile. Se realizan investigaciones dirigidas fundamentalmente a la identificación de factores que están influyendo en el comportamiento de las personas hacia la adherencia o no a los tratamientos y a la determinación de su frecuencia a través de estudios cuantitativos y cualitativos realizados con pacientes que padecen diversas enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma broquial, esquizofrenia e insuficiencia renal, entre otras. Se destaca de manera significativa la

proliferación de trabajos realizados desde el año 2000 hasta la actualidad sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH (Martín, 2009).

La OMS ha revelado la importancia de atender el problema de la adherencia a los tratamientos de larga duración en el marco de la salud pública. En el año 2001 el Grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de esta organización lanzó como iniciativa mundial un “Proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo” encaminado a abordar este problema en varias enfermedades crónicas y se generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004 dirigido básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud donde se hace un llamado a realizar acciones investigativas y de intervención en una dificultad de elevada magnitud y con efectos importantes para los resultados de salud de la población y la eficiencia económica del sector (OMS, 2004).

Actualmente los profesionales de la salud se enfrentan al grave problema de cómo maximizar el cumplimiento de los planes terapéuticos en los pacientes, algunos investigadores en el área han ofrecido afirmaciones que claramente reflejan la gravedad de la situación, de acuerdo con Horwitz & Horwitz (1993) citado por D’Anello (2000): “la no adherencia a los regímenes médicos es un problema monumental para el cuidado de la salud” (p. 269). Este problema está presente en todas las áreas de la práctica clínica. De hecho, han sido ampliamente reportadas las bajas tasas de adherencia a los tratamientos en una variedad de situaciones, condiciones y poblaciones (D’Anello, 2000).

Según Sotoca & Codina (2006) “la falta de adherencia al tratamiento oscila, según la patología, entre el 30 y el 60% de los pacientes, y que al menos en la mitad de éstos los beneficios potenciales de la terapia prescrita se ven mermados a causa de este incumplimiento” (p.39). Así pues, en el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de

adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios (OMS, 2004).

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, 2003, p.1).

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). En la esfera de la orientación vocacional y laboral del enfermo puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan su vida económica e interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que tiene en la familia (Martín & Grau, 2004, 2005).

Si bien resulta ser una práctica común, la falta de adherencia es poco detectada por los profesionales de la salud. La variación sustancial de los estimados del incumplimiento y el fracaso para reconocerlo, son probablemente el resultado de dos limitaciones en los esfuerzos para comprender el fenómeno de la adherencia: medidas imprecisas de adherencia (Johnson, Tomer, Cunningham, y Henretta, 1990) y escasa comprensión y conocimiento de los factores que la afectan (D’Anello, 2000).

En un estudio conducido en, aproximadamente 2.000 pacientes con diferentes enfermedades, Kaplan & Simón (1990) citado por D’Anello (2000) encontraron que el 45 % de

los pacientes incumplían la toma de la medicación como había sido prescrita. Igualmente, el 49% de los pacientes postinfartados abandonaban, durante el primer año, el cumplimiento de los ejercicios físicos. Este problema se exagera en pacientes de bajos ingresos económicos, en quienes se han reportado tasas de incumplimiento de hasta 65%. Igualmente, en pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos, se ha reportado que un 80% no llevan a cabo, al menos, un elemento del régimen sugerido en pacientes asmáticos, según medidas objetivas han documentado que sólo cerca del 50% de la medicación inhalada es tomada, y que el apego al tratamiento no mejora a medida que la enfermedad se hace más severa (Milgrom, Bender, Ackerson, Bowry, Smith y Rand, 1996 citados por D'Anello, 2000).

Zambrano, Duitama, posada & Flórez, (2012) afirman que :

En Colombia, las afecciones cardiovasculares constituyen un gran problema de salud pública; la hipertensión arterial se encuentra en un 22,8% de la población nacional, el consumo de tabaco en un 12,8%, la obesidad en 13,7%, el consumo de alcohol en 7,6% y el colesterol anormal en un 7,8%. Este grupo de afecciones representan la segunda causa de muerte en Colombia. Una vez establecida la enfermedad cardiovascular, puede acompañar a la persona durante mucho tiempo, empeorar su estado o conducirla a la muerte; sin embargo, el comportamiento de las personas podrá desempeñar un papel importante en esta evolución e incluso alargar su vida, si se adhiere adecuadamente al estilo de vida que exige la enfermedad cardiovascular. (p.164)

Actualmente se reconoce a la adherencia una gran importancia en el manejo de las enfermedades crónicas, puesto que la falta de ella hace ineficaz el tratamiento prescrito aumentando la morbilidad y mortalidad, al igual que los costos de asistencia hospitalaria. Aun cuando, en las últimas décadas, se han realizado múltiples esfuerzos para mejorar los procesos diagnósticos y el enfoque terapéutico frente a las diferentes problemáticas de salud, la falta de

adherencia a los regímenes terapéuticos continúa siendo un obstáculo para cumplir con el propósito de mejorar la salud y, con ello, la calidad de vida para muchos pacientes (Zambrano, Duitama, posada & Flórez, 2012).

Para la Clínica de Piedecuesta S.A., principal institución promotora de salud del municipio de Piedecuesta, resulta primordial direccionar procesos de acompañamiento a los pacientes hospitalizados en relación a la adherencia terapéutica, debido al gran volumen de pacientes con enfermedades crónicas que se atienden bajo un esquema que no responde a las necesidades integrales del paciente hospitalizado, lo cual incide negativamente en el paciente y en la evolución de su enfermedad.

OBJETIVO GENERAL: Diseñar e implementar un protocolo de intervención orientado a promover la adherencia al tratamiento y la evolución de los pacientes hospitalizados en la Clínica de Piedecuesta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los diagnósticos médicos prevalentes en los pacientes que ingresan a la unidad de hospitalización en la Clínica de Piedecuesta.
- Delimitar los dominios teóricos pertinentes acerca de la adherencia terapéutica.
- Diseñar el protocolo de intervención orientado a promover la adherencia al tratamiento de los diagnósticos encontrados de mayor prevalencia en la institución.
- Implementar el protocolo de adherencia al tratamiento en la población identificada.
- Evaluar el efecto de la implementación del protocolo de adherencia al tratamiento mediante la medición pre-test y post-test de variables psicológicas y comportamentales de adhesión al tratamiento, utilizando como herramienta la lista de chequeo adaptada (VPAD) Piña, corrales, Mungaray & Valencia, 2006.

Marco teórico

La psicología de la Salud ha sido definida como una rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud. Le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población. En el plano práctico se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de salud mental, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y las personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población (Libertad, 2003).

Libertad & Grau (2004) plantean que el tema de adherencia al tratamiento constituye una categoría que refleja fehacientemente el objeto de estudio de la psicología de la salud y por tanto debe ser comprendido y abordado. En 2004 la Organización Mundial de la Salud definió el término "Adherencia Terapéutica" como “el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (p.4).

De acuerdo con Sánchez (2006) el término “adherencia” es usado para denotar el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud. El empleo de la palabra adherencia en lugar del cumplimiento proviene de diversos autores que argumentan que el término cumplimiento connota a un paciente pasivo que sigue fielmente las indicaciones e

instrucciones del profesional al cuidado de la salud, en cambio, el término adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente (p. 98).

Asimismo Silva, Galeano & Correa (2005) definen la adherencia, como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas. De igual manera, contraponen el término de “no adherencia” definido como la falla en el cumplimiento de dichas instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal basada en la importancia de factores como: Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación, la percepción de gravedad de la enfermedad, la credibilidad en la eficacia de la medicación y aceptación personal de los cambios recomendados (p.269).

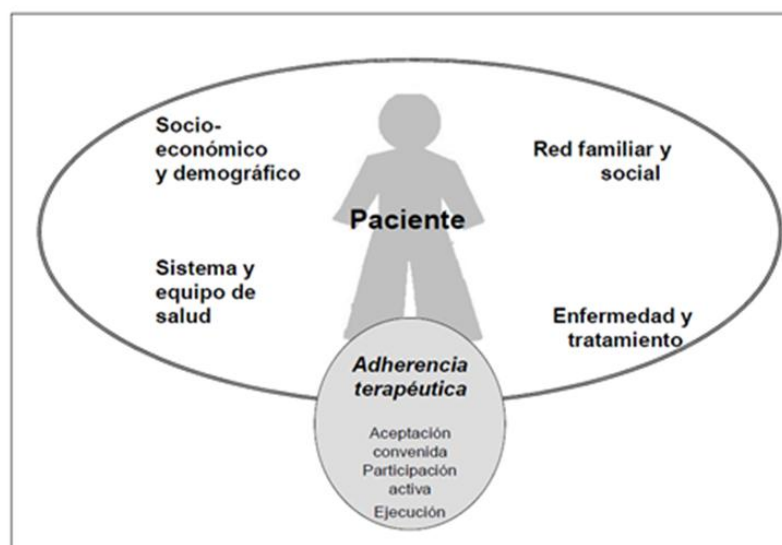
Martín, (2004), propone que para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes: a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos; b) Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta; c) Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento y d) El carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las

acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

El comportamiento humano y el estilo de vida tienen en la actualidad, destacada importancia como determinante del proceso salud enfermedad, en unión de otros factores de tipo biológico, ambientales y sociales (Flórez-Alarcón, 2005). Los comportamientos desempeñan un papel importante en el curso de las enfermedades y, en este contexto, el cumplimiento por parte del paciente de las prescripciones médicas es una manifestación de lo planteado. Según Orueta (2005) señala que la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos.

Por su parte la OMS (2004) resalta cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica: factores socioeconómicos y demográficos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento, factores relacionados con la red familiar y social y factores relacionados con el paciente (ver figura 1).

Figura 1. Factores que intervienen en la adherencia terapéutica



En relación a los factores socioeconómicos y demográficos la OMS señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos aspectos socioeconómicos tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica (OMS, 2004). El informe técnico de la OMS (2004) reporta las siguientes variables socioeconómicas como importantes en la adherencia: analfabetismo, desempleo, suministro limitado de medicamentos y elevado costo de la medicación.

Si bien los beneficios económicos para el sistema de salud y el estado de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad o crisis, en atención médica aprovechada y la utilización adecuada de la producción de medicamentos (Gottlieb, 2000). Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales y personales (Gálvez, 1999). La OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en un 20 % los costos de la salud pública (OMS, 2003).

Sobre los factores sociodemográficos, Ferrer (1995) en su trabajo de revisión sobre el tema señala que muchos autores (Becker y Maiman, 1975; Becker y Rosenstok, 1984; Cluss y Epstein, 1985; Daniels, René y Daniels, 1994; DiMatteo y DiNicola, 1982; Dunbar y Stunkard, 1979; Funke y Nicholson, 1993; Haynes, 1976; King, 1983; Kirscht y Rosenstock, 1979; Meichenbaum y Turk, 1987; Turk y Meichenbaum, 1991) muestran su acuerdo en considerar

que ni el sexo, ni la edad, ni el nivel socioeconómico, ni el nivel educativo, ni el estado civil, ni la raza, ni la religión han demostrado ser predictores adecuados en sí mismos de la adherencia o cumplimiento (libertad, 2003).

Lo que sí parece cierto es que la combinación de algunas variables incide sobre la adherencia y que algunas de ellas aparecen relacionadas con la adherencia terapéutica en unas circunstancias pero no en otras (Peterson y Way, 1993, Blom, 1998, Meichenbaum y Turk, 1978; Sarafino, 1990 citados por Ferrer). También se ha observado que el factor modulador no es la presencia de la característica demográfica en sí misma sino ciertos factores habitualmente asociados a ella. Ejemplo: en ancianos, el déficit cognitivo, el olvido, la incapacidad para leer etiquetas y prospectos (Ferrer, 1995; DiMatteo y DiNicola, 1982, citados por libertad, 2003).

En cuanto a los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, la OMS plantea el efecto de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas y la falta de incentivos para ello. También trata la necesidad de que en la formulación de políticas de salud y en la actuación de los directivos sanitarios se contemplen las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente, para evitarlas; esta demanda impone la necesidad de elevar, el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica, a estrategia prioritaria del sistema de salud lo cual puede ser reflejado en las propuestas de objetivos y acciones de los programas de atención, prevención y control de las enfermedades, sobre todo las crónicas (OMS, 2004).

La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la satisfacción del paciente con el proceso de atención de salud y las características de la

comunicación que establece con los profesionales sanitarios. La satisfacción del paciente incluye un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional, en la cual se distinguen la satisfacción específica y la global. Los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento (Macía y Méndez, 1999 citado por libertad, 2003).

La comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes es fundamental. Los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación contribuyen a la falta de adherencia al mismo. De igual forma, la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento (libertad, 2003).

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). Según Zaldívar la comunicación eficiente de las prescripciones, basada en principios básicos como atención, aceptación y comprensión, facilita su cumplimiento (Zaldívar, 2003). Morales señala en el proceso de comunicación la importancia del reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención (Morales, 1999).

Los factores del tratamiento tienen un carácter básicamente médico y se refiere a las características del régimen terapéutico. La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio comportamental que exige el tratamiento, si implica cambios en los hábitos y estilos de

vida o exige pautas nuevas de comportamiento. También son variables relacionadas con la complejidad el número, la frecuencia del consumo y la combinación de distintos tipos de medicamentos. Se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento (Basterra, 1999, Zaldívar, 2003).

Otra cuestión es la duración del tratamiento. Si es corto se fracasa menos en el cumplimiento, mientras que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas y este incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo (Basterra, 1999). También se destaca la presencia de efectos secundarios o indeseables. Los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia puesto que estos pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad. Los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos, produciendo un descenso en la adherencia (Macía y Méndez, 1999).

Incluya ayuda enfocada al problema de salud (Ferrer, 1995; Rodríguez Marín, 1995). Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten a las indicaciones médicas. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso, también contribuye a animar al enfermo a mantener el régimen y a volver a la vida normal. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red puede contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones de salud y (o) terapéuticas (Ferrer, 1995; Rodríguez Marín, 1995). Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida el apoyo de otros puede ser especialmente necesario como refuerzo para iniciar y mantener los cambios (Ferrer, 1995; Rodríguez Marín, 1995; Barra,

2003).

Según libertad (2003) en el proceso de adherencia al tratamiento intervienen aspectos psicológicos cognitivos, motivacionales y volitivos. Los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la misma(p.18)

Las creencias del paciente relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad, la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida (Becker, 1974; Rosenstock, 1985; Rosenstock y Kirscht, 1982), la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria: autoeficacia percibida (Bandura, 1977, 1978, 1982, 1986, 1989), la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta: utilidad percibida y la motivación por la salud integradas en el Modelo de Creencias en Salud han sido utilizadas para explicar por qué las personas no se adhieren a conductas saludables y a las indicaciones médicas(Ortiz & Ortiz, 2007 citados por libertad, 2003).

Si el paciente está motivado por mantener su salud, su comportamiento se dirige con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven. Es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo, desde una óptica optimista y positiva como una vía para vivir más plenamente lo cual tiene un fuerte potencial incentivador en oposición a la motivación desde una óptica más pesimista cuyo componente fundamental es el miedo a la enfermedad y la muerte (Roca, 2000).

Participantes-Sujetos (Con quiénes):

La población está constituida por los pacientes de la unidad de hospitalización de la clínica de Piedecuesta, se tuvieron como criterios de inclusión:

- Permanencia en la institución superior a cuatro días
- Tener un diagnóstico prevalente (diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, Neumonía adquirida en la comunidad (NAC), Las trombosis venosas profunda (TVP), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Infección de Vías Urinarias (IVU) e Hipertensión (en presencia de los anteriores diagnósticos).
- Poseer un nivel de conciencia adecuado para participar y llevar a cabo las actividades propuestas.

Instrumentos-Recursos (Con qué):

El Protocolo de intervención orientado a promover la adherencia al tratamiento y la evolución de los pacientes hospitalizados en la Clínica de Piedecuesta, está conformado de cuatro sesiones tipo taller reflexivo, “Reconozco mi condición médica”, “Me informo sobre mi tratamiento”, “Mi relación con el médico” y “Mis redes de apoyo me fortalecen”, cada sesión cuenta con una duración de 30 minutos y un proceso de evaluación. Para el diseño del protocolo se tuvieron en cuenta los diagnósticos médicos prevalentes en la unidad de hospitalización y referentes conceptuales acerca de la adherencia.

Como medida Pre-test y post- test a la aplicación del protocolo se le aplicó a los participantes la lista de chequeo adaptada (VPAD) Piña, corrales, Mungaray & Valencia, 2006. (Ver anexo 1.) Como herramientas complementarias, se hizo uso de las historias clínicas de los participantes y los reportes diarios del personal de enfermería.

Procedimiento(Cómo):

Fase 1: Recolección de información, durante un periodo de tres meses se identificaron los diagnósticos prevalentes en la unidad de hospitalización, de igual manera se realizó una revisión teórica de la adherencia terapéutica y búsqueda de instrumentos válidos y confiables para la medición pre-test y post-test.

Fase 2: Diseño del protocolo de intervención, a partir de la información recolectada y la revisión dominios teóricos se procedió a la estructuración del protocolo de intervención.

Fase 3: Implementación del protocolo de intervención, se convocó a la población y se aplicó de manera individual la lista de chequeo adaptada (VPAD) Piña, corrales, Mungaray & valencia, 2006, a partir de ello se procedió a la implementación del protocolo de adherencia; posteriormente se procedió a la aplicación post-test de la lista de chequeo adaptada (VPAD) Piña, corrales, Mungaray & valencia, 2006.

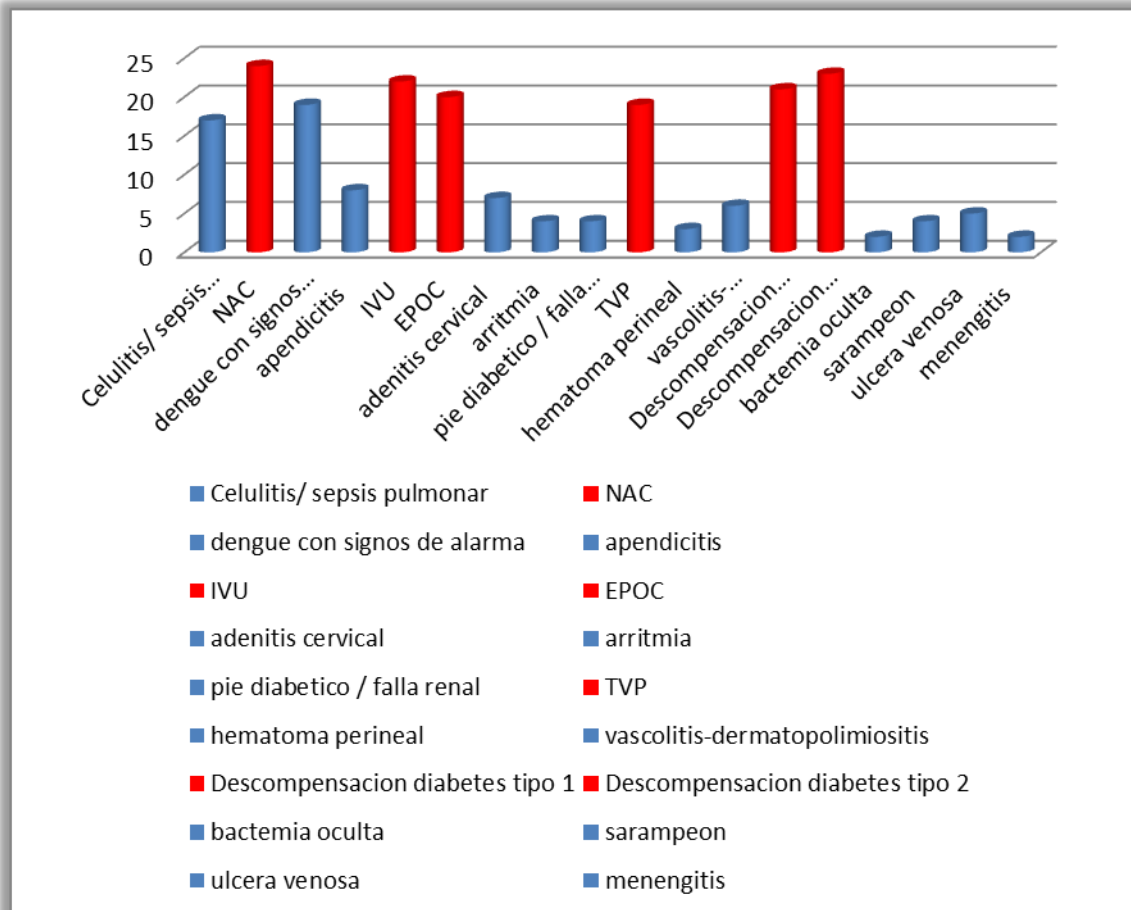
Fase 4: Evaluación del protocolo de intervención, a partir de las mediciones pre-test y post-test.

Resultados

EXPLORACION INICIAL

Durante tres meses se realizó un seguimiento de las enfermedades de mayor dominio en el servicio de hospitalización.

Figura 2. Enfermedades prevalentes en el servicio de hospitalización



Se expresa como enfermedades de mayor prevalencia la Neumonía adquirida en la comunidad, Descompensación diabetes tipo 2 y tipo1, Infección en vías urinarias, enfermedad obstructiva pulmonar y trombosis venosa profunda.

DISEÑO DEL PROTOCOLO

A partir de la revisión de dominios teóricos y la información recolectada en la exploración inicial, se diseñó el protocolo de intervención orientado a favorecer la adherencia al tratamiento y evolución favorable.

Objetivo: Involucrar a los pacientes en procesos de reflexión y psicoeducación acerca de su diagnóstico y tratamiento.

Estructura : tipo taller reflexivo dividido en cuatro sesiones con respectivo proceso de evaluación

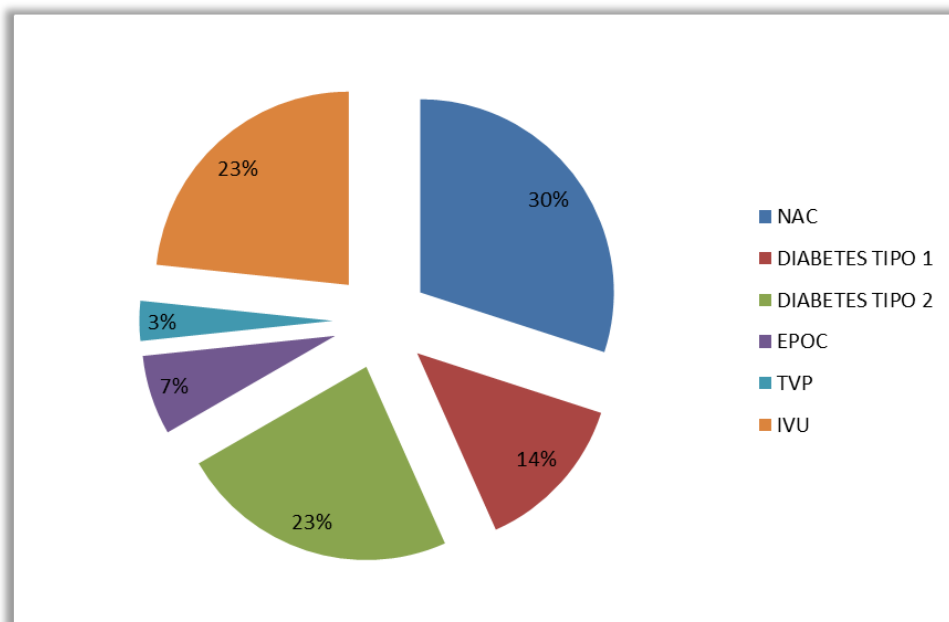
Duración: 30 minutos cada sesión

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO

Se seleccionó a la población teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos, de esta manera se contó con la participación de 30 pacientes de la unidad de hospitalización.

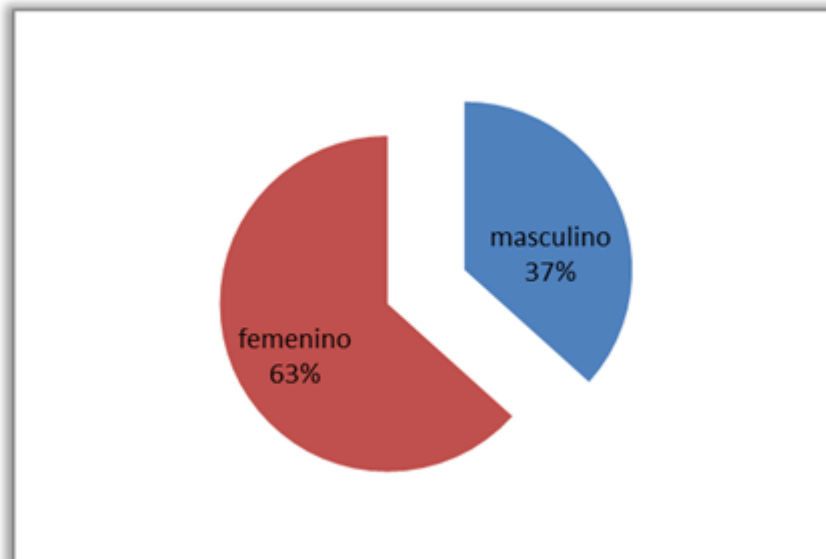
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Figura 3. Enfermedades prevalentes en los participantes



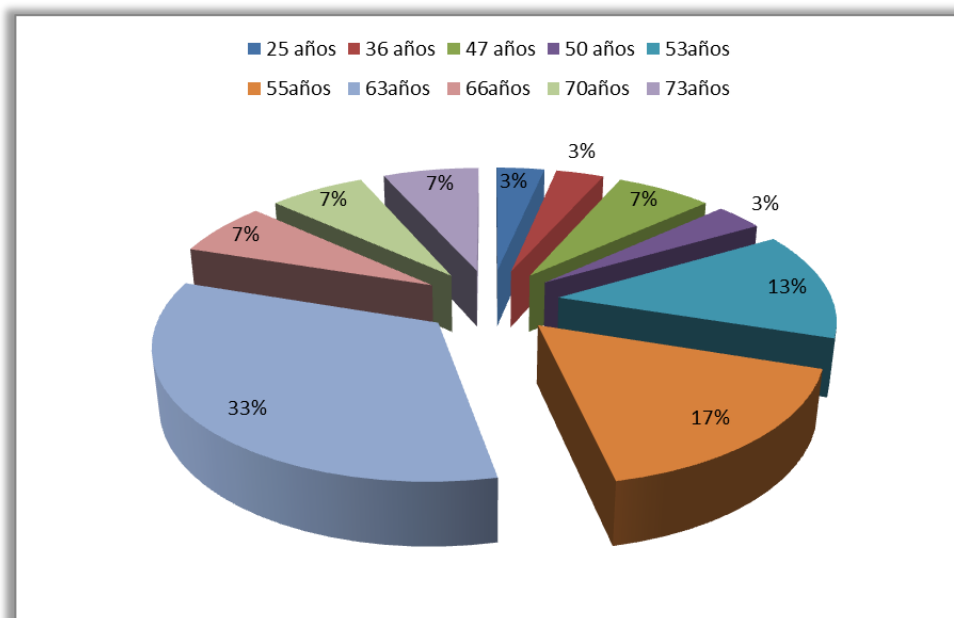
Se evidencia la prevalencia de Neumonía adquirida en la comunidad con un 30%, con un 23% Diabetes tipo 2 e Infección en vías urinarias, con 14% diabetes tipo 1 y finalmente con un 7% y 3% enfermedad obstructiva crónica trombosis venosa profunda respectivamente.

Figura 4. Género de los participantes



Se expresa predominio del género femenino con un 63% en relación al género masculino con un 37%.

Figura 5. Edades de los participantes



Se muestra la tendencia de 63 años con un 33% y con un 7% las edades de 25,36 y 50.

EVALUACION DE LAS SESIONES DEL PROTOCOLO

1 Sesión: Reconozco mi condición medica

Se utilizó como formato de evaluación “ lo que sabía” “lo que aprendí”, a continuación se presentan la respuestas más relevantes de los participantes.

Tabla 1. Evaluación de la sesión 1

“Lo que sabía”	“Lo que aprendí”
<ul style="list-style-type: none"> - “Que soy diabético y debo seguir ciertas recomendaciones del médico” - “La aplicación de insulina, según me lo indico el médico. ” - “Debo aplicarme insulina porque me ayudo a regular los niveles de azúcar en mi cuerpo” - “Tener cuidados especiales cuando se me presente la neumonía” - “Que tengo una enfermedad crónica “ - “según lo que me dijo el médico, 	<ul style="list-style-type: none"> - “ Que mi enfermedad se debe a que mi cuerpo no puede utilizar adecuadamente el azúcar” - “Debo tener más hábitos saludables, como practicar un deporte y comer según la dieta que me recomendó el medico” - “Puedo seguir con mi vida normal, que tener diabetes no me incapacita” - “A reconocer los síntomas de la neumonía”. - “Tomar conciencia de mi hábitos como fumador como agudizan mi enfermedad” - “Reconocer que soy diabético, y las

<p>tengo diabetes”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “ Tengo neumonía y debo seguir las recomendaciones del médico para evitar una recaída” - “Fumar no ayuda a mejorar mi enfermedad” - “El médico me diagnostico infección en la vías urinarias, estoy en un proceso de antibióticos” - “Me diagnosticaron trombosis venosas. 	<p>implicaciones que tiene para mi vida”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Conocí que pasa en mi cuerpo cuando me da neumonía, uno desconoce lo que pasa internamente en el cuerpo y también porque se da” - “Reflexionar como pongo en riesgo mi salud, aun sabiendo que el cigarrillo me hace daño para mi enfermedad” - “Siempre debo seguir los medicamentos al pie de la letra” - “Saber los síntomas de una trombosis venosa profunda”
--	--

2 Sesión: Me informo sobre mi tratamiento

Evalué la sesión según su criterio personal, marcando **SI** o **No** en cada uno de los enunciados que se presentan a continuación:

Aprendí información que desconocía sobre mi tratamiento médico

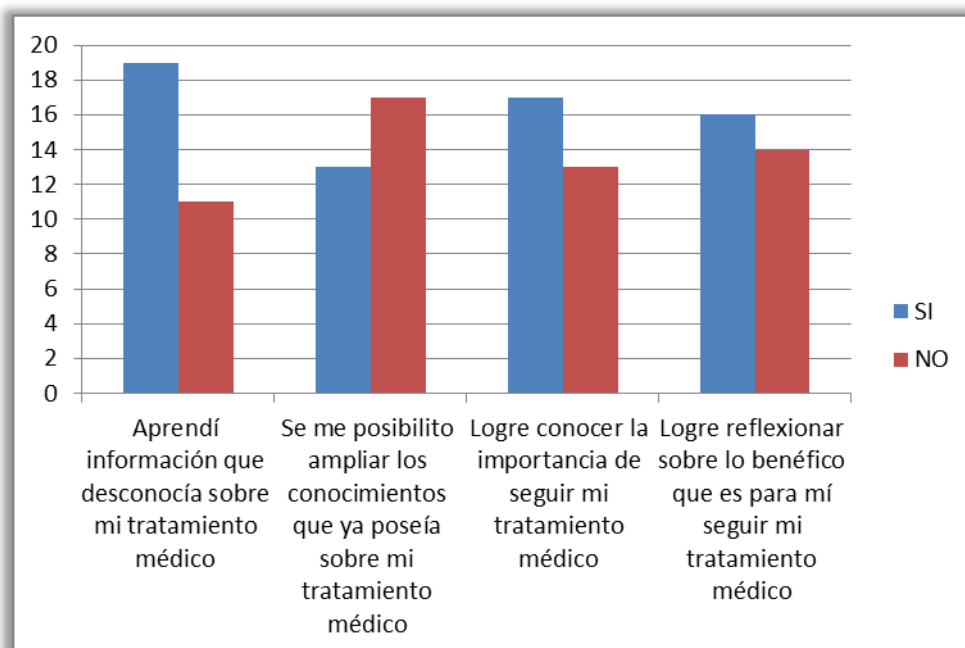
Se me posibilito ampliar los conocimientos que ya poseía sobre mi tratamiento médico

Logre conocer la importancia de seguir mi tratamiento médico

Logre reflexionar sobre lo benéfico que es para mí seguir mi tratamiento médico

A partir de formato de evaluación de la sesión, se encontró:

Figura 6. Evaluación de la sesión 2



Se evidencia que significativamente se logró aprender información que se desconocía sobre el tratamiento médico, sin embargo en relación a lograr reflexionar sobre lo benéfico que es seguir el tratamiento médico los niveles no son significativamente altos.

3 Sesión: Mi relación con el medico

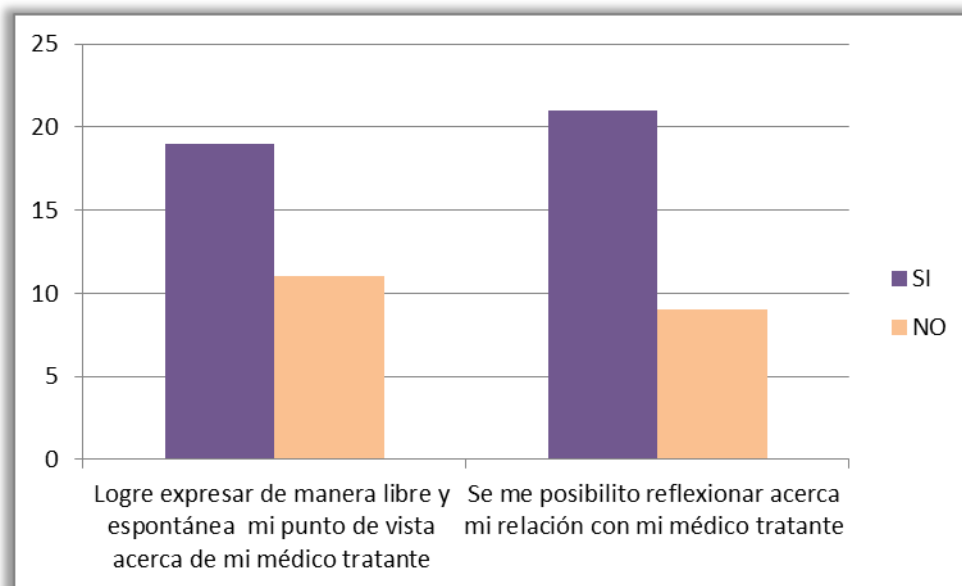
Evalúe la sesión según su criterio personal, marcando **SI** o **NO** en cada uno de los enunciados que se presentan a continuación.

Logre expresar de manera libre y espontánea mi punto de vista acerca de mi médico tratante

Se me posibilito reflexionar acerca mi relación con mi médico tratante

Según el proceso de evaluación se manifiesta que:

Figura 7. Evaluación de la sesión 3



Se expresa en un nivel superior la posibilidad de reflexionar acerca de la relación con el médico tratante y en un nivel inferior la posibilidad de expresar de manera libre su punto de vista acerca del médico tratante.

4 Sesión: Mis redes de apoyo me fortalecen

Durante la sesión se contó con la participación de los pacientes y (19) familiares.

Evaluación dirigida a pacientes

Evalué la sesión según su criterio personal, marcando **SI** o **NO** en cada uno de los enunciados que se presentan a continuación.

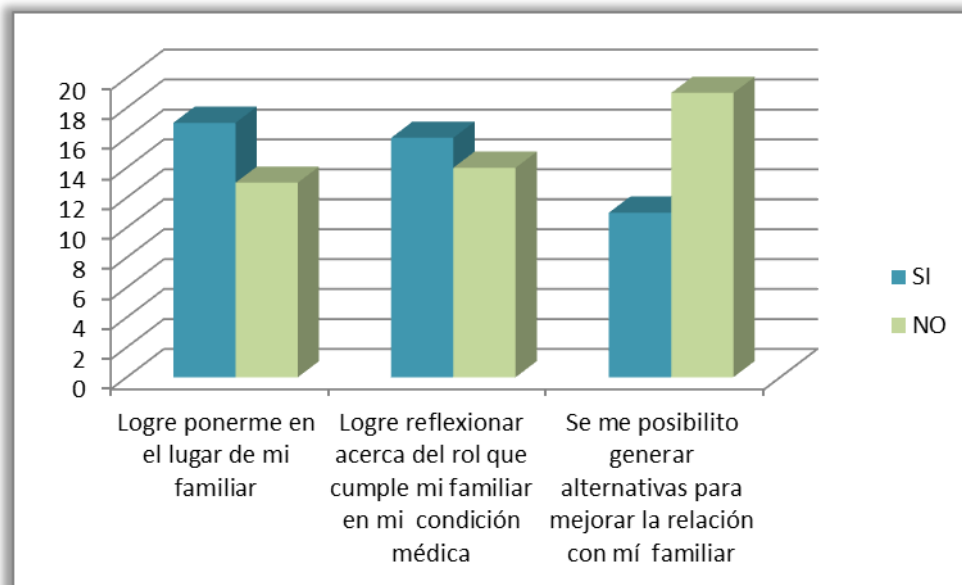
Logre ponerme en el lugar de mi familiar

Logre reflexionar acerca del rol que cumple mi familiar en mi condición médica

Se me posibilitó generar alternativas para mejorar la relación con mi familiar

Conforme la evaluación de la sesión se expresa:

Figura 8. Evaluación de la sesión 3



Se expresa significativamente que no se posibilitó generar alternativas para mejorar la relación familiar, sin embargo si se logró que los pacientes se pusieran en el lugar de su familiar.

Evaluación dirigida a familiares de los pacientes

Evalué la sesión según su criterio personal, marcando **SI** o **NO** en cada uno de los enunciados que se presentan a continuación.

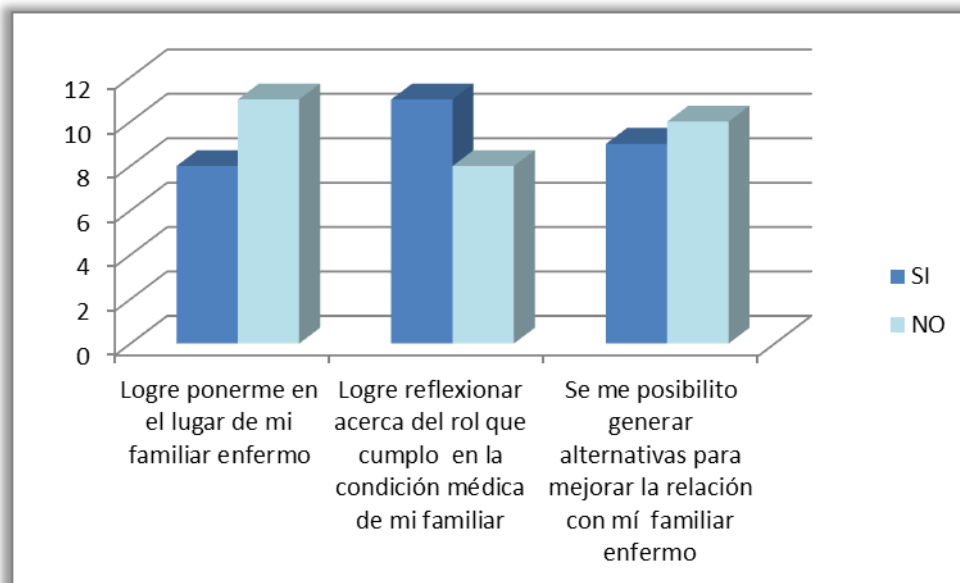
Logre ponerme en el lugar de mi familiar enfermo

Logre reflexionar acerca del rol que cumpla en la condición médica de mi familiar

Se me posibilitó generar alternativas para mejorar la relación con mi familiar enfermo

A partir de formato de evaluación de la sesión, se evidencia que:

Figura 9 .Evaluación de la sesión 4



Se manifiesta que no se logró que los familiares se pusieran en el lugar de su familiar enfermo, al igual que no se posibilitó generar alternativas para mejorar la relación familiar sin embargo, se logró reflexionar acerca del rol que cumple en la condición médica de su familiar.

APLICACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST

La lista de chequeo adaptada (VPAD) Piña, corrales, Mungaray & Valencia, 2006, comprende cuatro factores: competencias conductuales pasadas, motivos para practicar o no la adhesión, comportamientos de adhesión y competencias presentes.

Cada uno de los factores se mide en una escala de 0 a 5 a excepción del factor motivos que se mide de 0 a 4.

A continuación se expresa cada una de las puntuaciones mínimas y máximas de cada uno de los factores que comprenden el instrumento.

Tabla 2. Puntuaciones de cada uno de los factores

Factor: Competencias conductuales pasadas

Puntuación mínima	5
Puntuación máxima	25

Factor: Motivos para practicar o no la adhesión

Puntuación mínima	8
Puntuación máxima	32

Factor: Comportamientos de adhesión

Puntuación mínima	7
Puntuación máxima	35

Factor: Comportamientos presentes

Puntuación mínima	4
Puntuación máxima	20

Los resultados se presentan a partir de los análisis realizados por medio del programa IBM SPSS Statistics 19, inicialmente se muestra la descripción de la medición pre y post (Véase tabla 3 y tabla 4). En un segundo momento se presentan los análisis realizados entre los factores del pre-test y posrt-test.

Tabla 3. Media y desviación típica del pre-test

Factor	Media	Desviación típica
Competencias conductuales pasadas	18,33	1,028
Motivos para practicar o no la adhesión	21,47	3,267
Comportamientos de adhesión	22,63	2,632
Comportamientos presentes	15,57	2,112

Tabla 4. Media y distribución típica del post-test

Factor	Media	Desviación típica
Competencias conductuales pasadas	18,90	1,242
Motivos para practicar o no la adhesión	23,63	3,000
Comportamientos de adhesión	23,10	2,771
Comportamientos presentes	16,10	2,155

Tabla 5. Media, Desviación típica y significancia de cada uno de los factores del pre-test y pos-test

	Media	Desviación típica	Sig.
Competencias conductuales pasadas (pre)	-,567	,817	,001
Competencias conductuales pasadas (post)			
Motivos para practicar o no la adhesión(pre)	-2,167	,986	,000
Motivos para practicar o no la adhesión(post)			
Comportamientos de adhesión(pre)	-,467	,730	,002
Comportamientos de adhesión(post)			
Comportamientos presentes(pre)	-,533	,819	,001
Comportamientos presentes(post)			

Se expone la significancia entre los factores a manera pre y post, en donde se destaca el factor competencias conductuales pasadas y comportamientos presentes ($p < ,001$), el factor comportamientos de adhesión ($p < ,002$).

Discusión

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, si bien la adhesión al tratamiento es un asunto comportamental en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con el personal sanitario, su familia, y el sistema de salud.(Martin, 2004)

A partir de la significación en las medición pre y post que involucra a las competencias conductuales pasadas, competencias presentes y comportamientos de adhesión, se manifiesta el efecto de la implementación del protocolo que abordo factores en relación al información que posee el paciente de su enfermedad y tratamiento, la vinculación médico- paciente y las redes de apoyo, lo cual corrobora que la incidencia de adhesión terapéutica esta mediada por la presencia estos factores.

En relación a la información que posee el paciente la literatura resalta que los grados de información que van desde el conocimiento total de su enfermedad hasta el total desconocimiento de la misma, pasando por la sospecha y el conocimiento dudoso, provocado muchas veces por informaciones contradictorias. Estos diferentes niveles de información podrán tener diferentes consecuencias en el plano de la adaptación psico-social de los enfermos y en relación a su adherencia. La información ambigua, o con un elevado grado de incertidumbre, parece tener consecuencias más devastadoras que una información completa o incluso que la ausencia total de información (Laranjeira, 2011).

El paciente toma las decisiones sobre su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias sobre la salud, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera que cree que debe hacerle frente, por ello una buena información contribuye a que el paciente considere las prescripciones médicas y practique conductas adherentes.(Larrea & Martínez, 2004)

Por su parte Bohórquez (2004) señala que :

La relación médico - paciente (RMP) ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina. El acto médico se fundamenta en un convenio de confianza que obliga al médico a ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes. Se vislumbra como encuentro entre dos personas que implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes. Para alcanzar esta posibilidad se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera interacción. (p.1)

Según Carrera (2005) señala que:

Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un tipo de interacción con el paciente del que depende en gran parte el éxito terapéutico. De hecho, la relación médico-paciente se ha considerado como uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento de

las recomendaciones terapéuticas.(p10)

Maté, González, & Trigueros, (2010) menciona que varios estudios (Buendia, 1991) (Cortés & Cantón, 1999) han puesto de manifiesto que los lazos sociales actúan no sólo como soporte para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que sobre la salud pueden producir determinados acontecimientos de la vida. A pesar de los beneficios demostrados para la salud y la adherencia, el apoyo social, en ocasiones, también puede inhibir la adhesión (Meichenbaum & Turk, 1991). Así, diversas investigaciones han demostrado que un familiar muy intrusivo o sumamente crítico; un cónyuge que genera culpabilidad; o unos padres excesivamente ansiosos, indulgentes, rígidos y controladores, pueden provocar un "efecto boomerang" que resulte en un deterioro de la condición del paciente y en un aumento de la falta de adhesión terapéutica. Asimismo, la falta de interés y el rechazo manifestado por personas significativas, puede representar otro obstáculo.

Los "beneficios" que puede obtener el paciente de los cuidados dispensados por su familia, también, se relacionan con la adherencia. En este sentido, Funch y Gale (1986) demostraron que el mejor predictor de quién permanecería en un tratamiento contra el dolor temporomandibular, era la actitud de la familia hacia el dolor del paciente. Estos autores demostraron que aquellos pacientes que percibían que su familia estaba irritada o disgustada con ellos, y que les brindaba menor apoyo, tenían más probabilidad de permanecer en el tratamiento, mientras que aquellos pacientes que señalaban que su familia era solícita, ante el dolor, tenían más probabilidad de abandonar el tratamiento. El dolor, en estos casos, parecía servir como fuente de ganancias secundarias (Maté, González, & Trigueros, 2010).

De esta manera los comportamientos de adherencia están vinculados por una amplia gama de factores que intervienen, para lo cual resulta necesario abordar este fenómeno desde una mirada multicausal. La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores, la creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento (OMS, 2004).

Según la OMS (2004) La capacidad de los pacientes para seguir los tratamientos de una manera óptima se ve comprometida con frecuencia por más de una barrera. Las intervenciones para promover la adherencia requieren varios componentes para superar estas barreras y los profesionales de la salud deben seguir un proceso sistemático para evaluar todas las barreras posibles.

La OMS (2004) plantea que :

Dado que se cuenta con intervenciones, ¿por qué ha persistido el problema de la adherencia terapéutica? Una explicación trata su ejecución. Ha habido una tendencia a centrarse en los factores unidimensionales (principalmente factores relacionados con el paciente). Las cinco dimensiones (factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo y los sistemas de atención sanitaria, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con la enfermedad), deben considerarse en una exploración sistemática de los factores que influyen sobre la adherencia y las intervenciones dirigidas a mejorarla.(P.51)

Se ha observado que los enfoques más efectivos son los de múltiples niveles, que enfocan más de un factor con más de una intervención. Varios programas que recurrieron a enfoques de equipo de múltiples niveles han logrado buenos resultados. Los ejemplos incluyen al Grupo de Investigación en el Ensayo de Intervención de Factores de Riesgo Múltiple, (1982) y al Grupo Cooperativo del Programa de Detección y Seguimiento de la Hipertensión, (1979) De hecho, existen pruebas adecuadas para apoyar el uso de una atención sanitaria innovadora, en lugar de la práctica unidimensional tradicionalista.(OMS,2004).

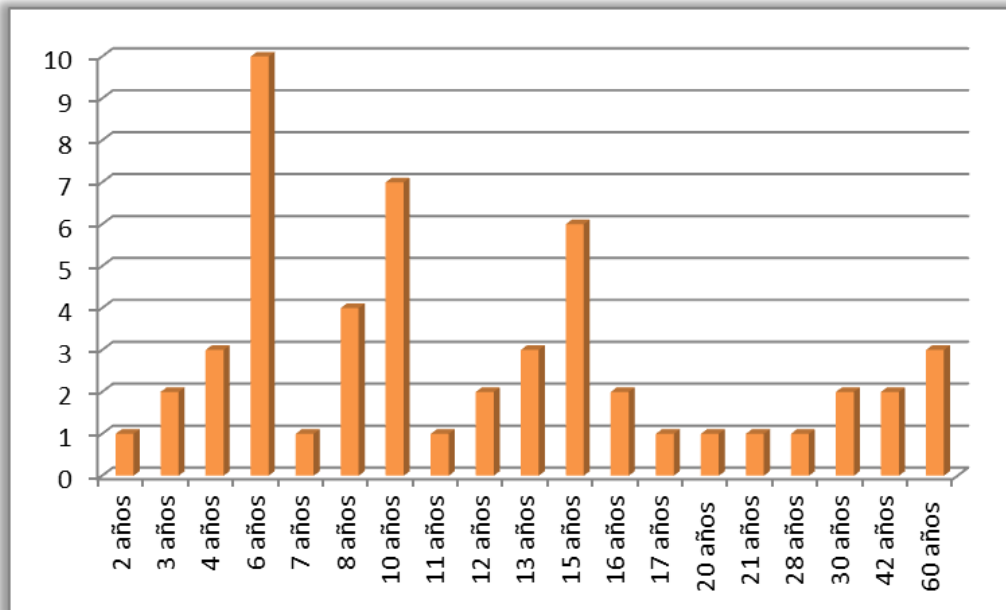
Actividades satélites

ATENCION POR CONSULTA EXTERNA

Objetivo: Propiciar el desarrollo de una óptima calidad de vida de los pacientes a través de las intervenciones psicológicas en sus diferentes áreas de aplicación.

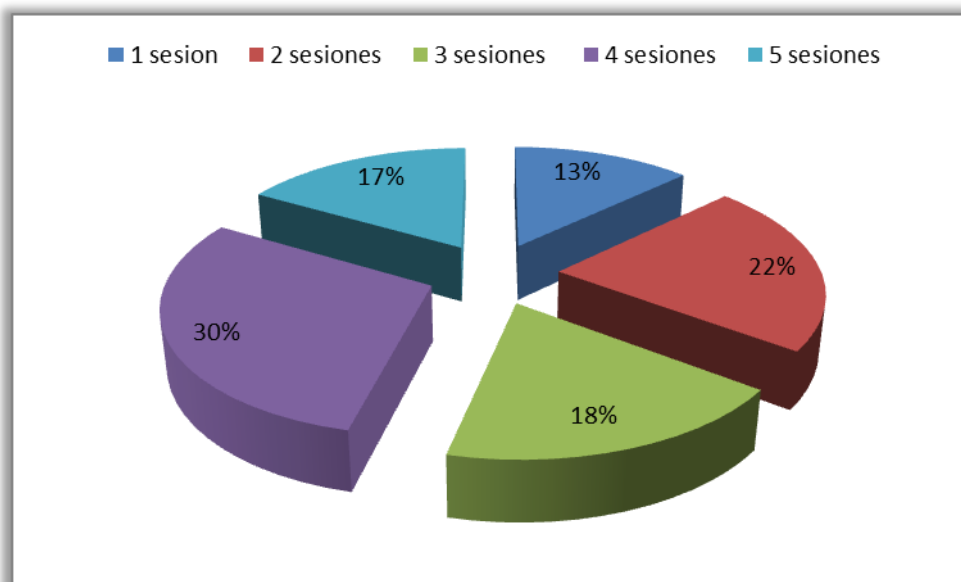
CARACTERIZACION DE LA POBLACION

Figura 10. Edades de la población atendida



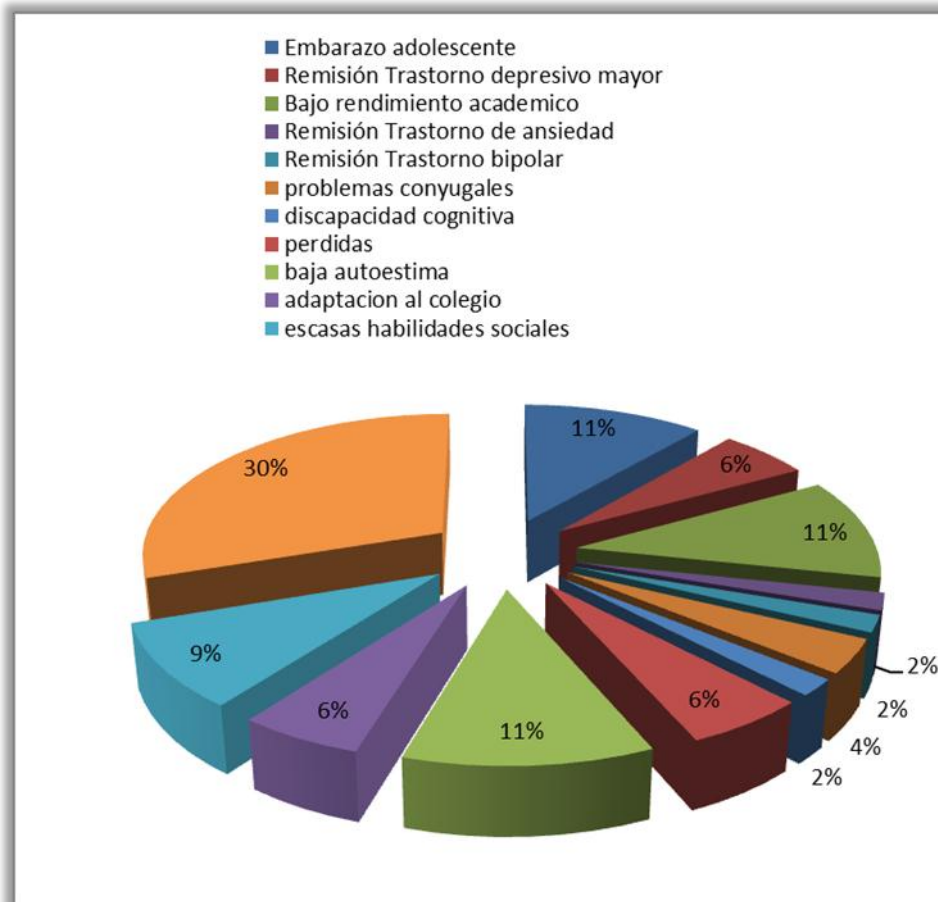
Se muestra como edad prevalente 6 años, seguida de 10 años y 15 años.

Figura 11. Numero de sesiones



Se expresa significativamente la asistencia de los pacientes a 4 sesiones con un 30%.

Figura 12. Motivos de consulta

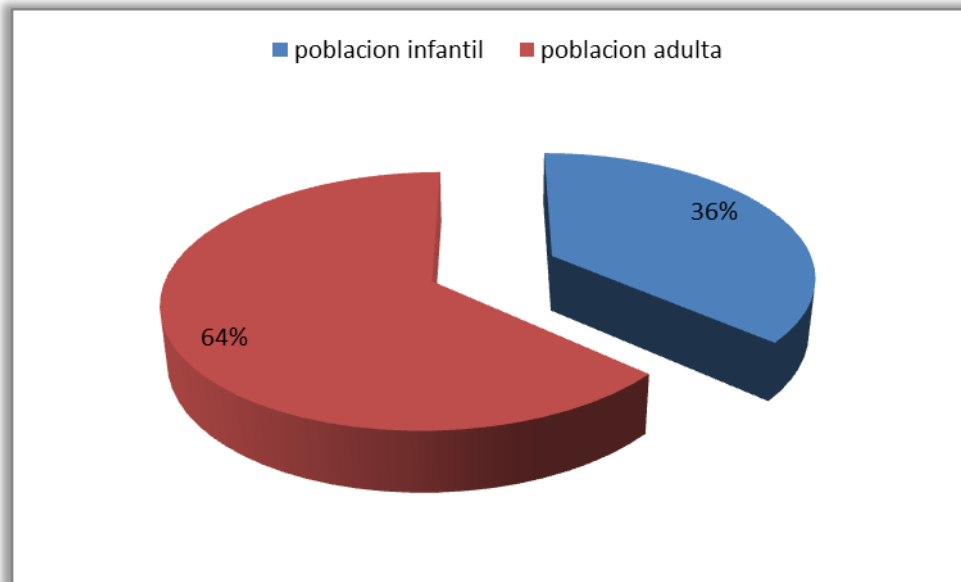


Se evidencia que significativamente como motivo de consulta problemas parentales con un 30%, seguido de embarazo adolescente, baja autoestima y bajo rendimiento académico con 11%.

ATENCION ASISTENCIAL

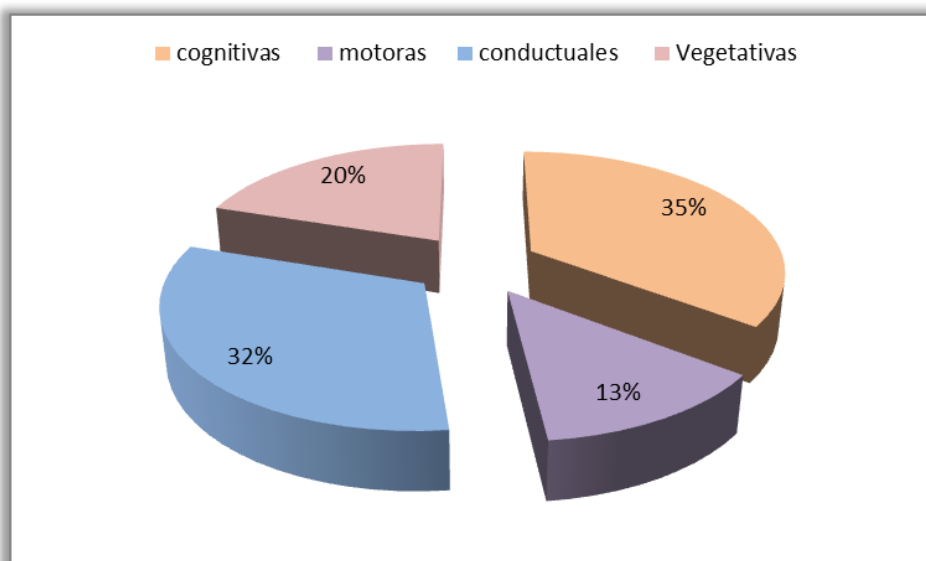
Objetivo: Brindar un apoyo psicológico y emocional para mejorar la calidad de vida del paciente hospitalizado.

Figura 13. Población atendida



Se expresa que la mayor población atendida corresponde a la adulta con un 64% en relación al 36% población infantil.

Figura 14. Alteraciones presentes en los pacientes hospitalizados



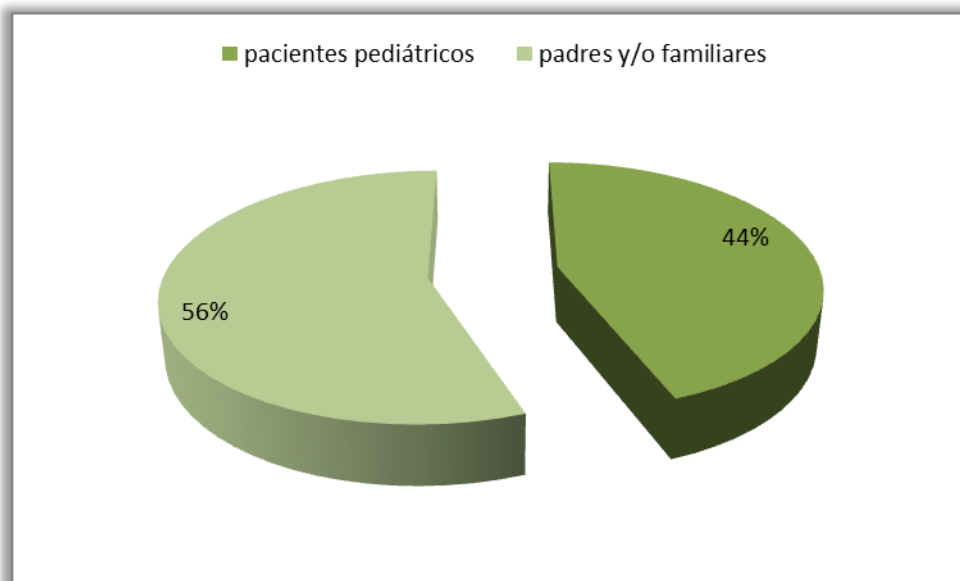
Se manifiesta la presencia de alteraciones de tipo cognitivas con un 35% que hace referencia a miedo, irritabilidad, minusvalía, percepción de la pérdida de control sobre autonomía, con un 32% alteraciones conductuales como evitación y huida, con 20% alteraciones vegetativas como palpitaciones, disnea, náuseas e hiperhidrosis, finalmente con un 13% alteraciones de tipo motoras como lenificación para estados depresivos temblor y tensión muscular que refiere trastorno de ansiedad.

GUÍA INFORMATIVA Y PRACTICA PARA NIÑOS HOSPITALIZADOS

Se diseñó e implementó una guía dirigida a pacientes pediátricos debido a las constantes necesidades de brindar una atención oportuna a este tipo de población en el ámbito hospitalario.

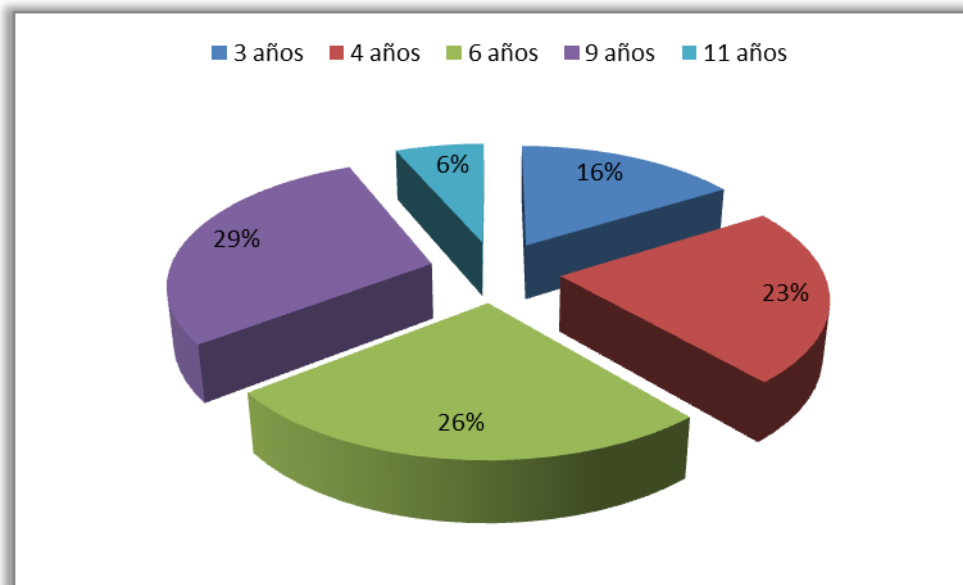
Objetivo: Brindar herramientas a los padres y/o familiares que ayuden al proceso de adaptación de los pacientes pediátricos al servicio de hospitalización.

Figura 15. Población participe de la guía pediátrica



Se evidencia que los padres y/o familiares tuvieron una participación de 56% y los pacientes pediátricos un 44%.

Figura 16. Edades de los pacientes pediátricos



Se expresa la prevalencia de la edad de 6 años en los pacientes con un 26%

CIRCULO DE TALLERES DIRIGIDOS AL PERSONAL

Se diseñó y ejecutó cuatro sesiones dirigidos a los empleados de las diferentes dependencias.

Objetivo: Desarrollar habilidades personales y profesionales que contribuyan en su desempeño laboral.

Sesión 1: ‘Me motivo’

La sesión se desarrolló en la dependencia de consulta externa y farmacia, para la selección de estas dependencias se tomó en cuenta la incidencia de desmotivación en una entrevista previa.

Evalué la sesión según las siguientes escalas
Excelente (5) Bueno (4) Regular (3) Malo (2) Deficiente (1)

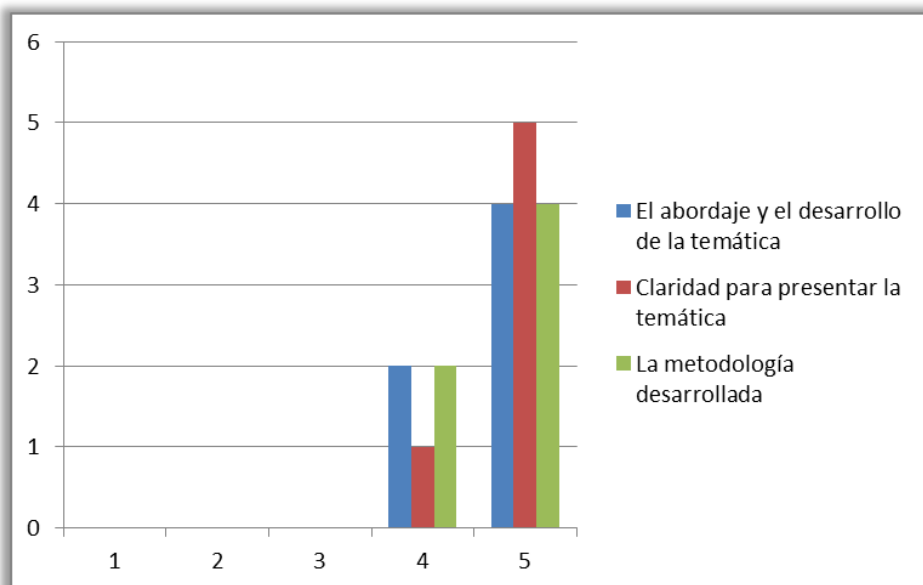
El abordaje y el desarrollo de la temática
Claridad para presentar la temática
La metodología desarrollada

¿Qué logre reflexionar a partir de la sesión?

DEPENDENCIA DE CONSULTA EXTERNA

A partir del proceso de evaluación se encontró:

Figura 17. Evaluación sesión 1 de la dependencia consulta externa



Se hace prevalente la claridad para presentar la temática.

Algunas de las manifestaciones encontradas:

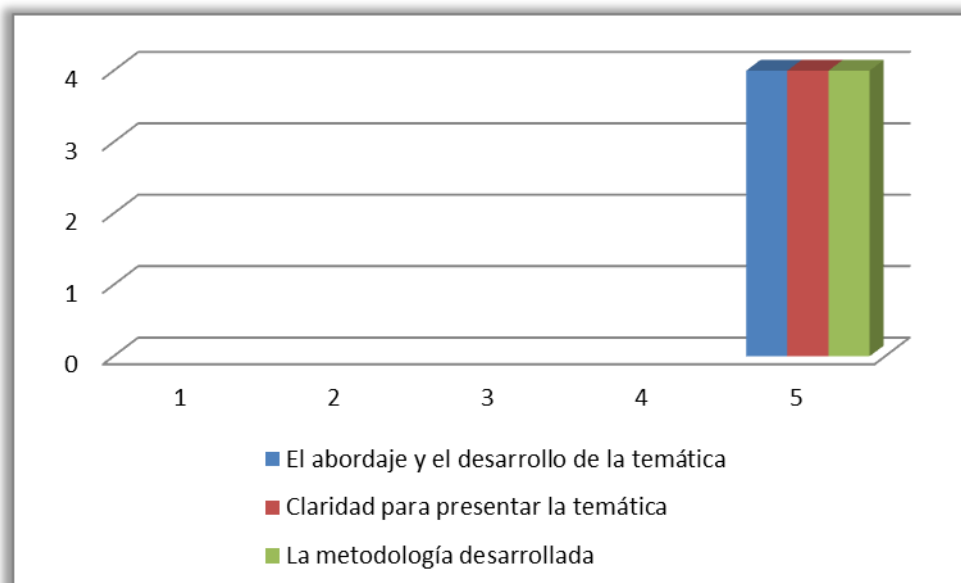
Tabla 6. Evaluación sesión 1 de la dependencia consulta externa

¿Qué logre reflexionar a partir de la sesión?
“Me ayudo a evaluar y valorar mis motivaciones internas por encima de las exteriores”
“Puede ser más consciente que no siempre las motivaciones externas son más importantes”
“Me di cuenta que para mí es más importante los motivaciones externas, sin embargo debo orientarme hacia hacer un balance en las motivaciones externas e internas. ”
“Debo fortalecer más mis motivaciones internas sobre las externas , eso me ayudara a establecer nuevas prioridades y ver mi vida personal y laboral desde otro punto de vista”

DEPENDENCIA DE FARMACIA

Según el formato de evaluación se manifiesta que:

Figura 18. Evaluación sesión 1 de la dependencia de farmacia



Se expresa homogeneidad en relación de cada uno de los aspectos evaluados.

Tabla 7. Evaluación sesión 1 de la dependencia de farmacia

¿Qué logre reflexionar a partir de la sesión?

- “A autoevaluarme y reconocer mis propias motivaciones”
- “Reconocer que no siempre son más importantes las motivaciones externas”
- “ Me di cuenta que el dinero no siempre me motiva”

Sesión 2: “Como me comunico”

Se ejecutó en la dependencia de estadística y archivo, consulta externa y farmacia

Evalué la sesión según las siguientes escalas

Excelente (5) Bueno (4) Regular (3) Malo (2) Deficiente (1)

El abordaje y el desarrollo de la temática

Claridad para presentar la temática

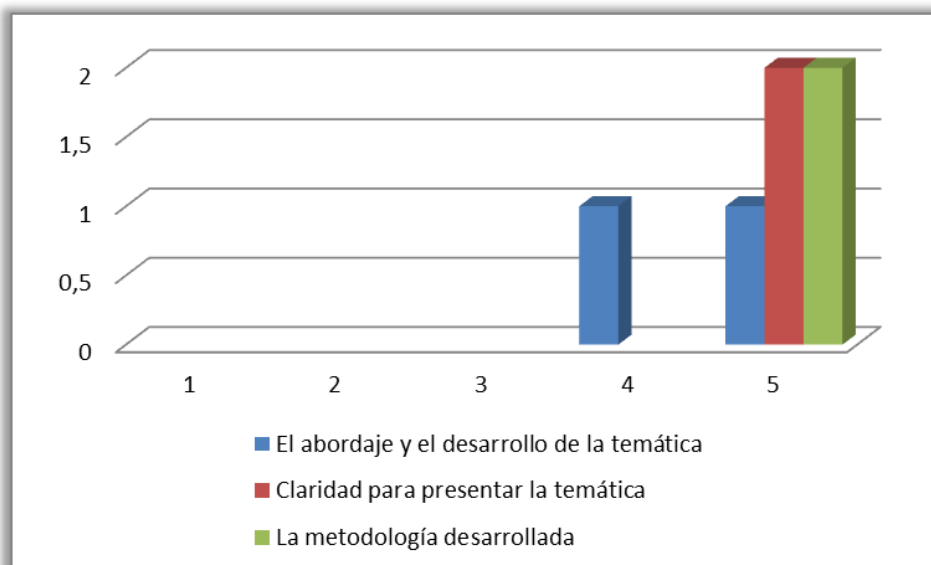
La metodología desarrollada

¿Qué me apporto a nivel personal y laboral la sesión?

DEPENDENCIA DE ESTADISTICA Y ARCHIVO

Según el formato de evaluación se manifiesta :

Figura 19. Evaluación sesión 2 dependencia de archivo y estadística



Se expresa la prevalencia de la claridad para presentar la temática y la metodología desarrollada.

Tabla 8. Evaluación sesión 2 dependencia de archivo y estadística

¿Qué me apporto a nivel personal y laboral la sesión?

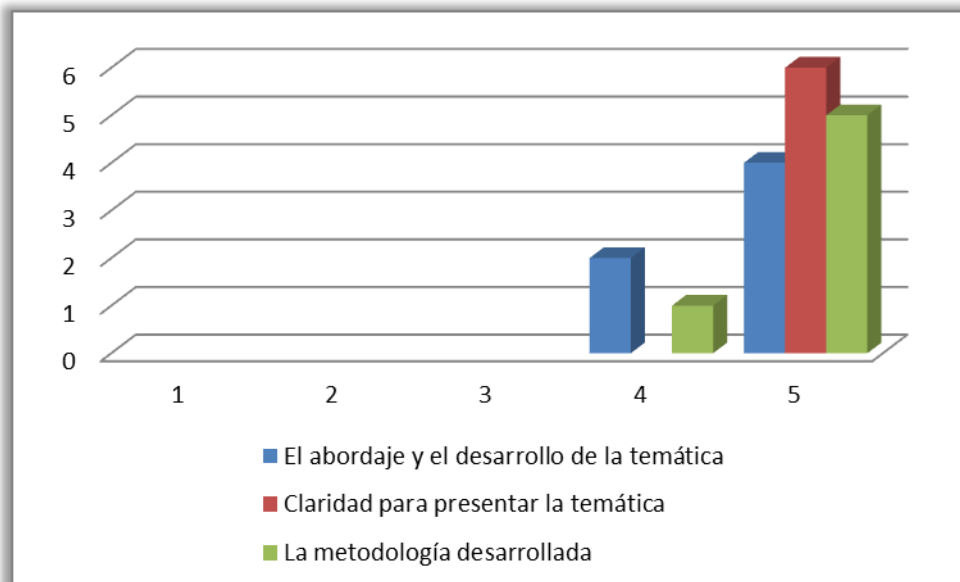
“saber que siempre estaremos rodeados de diferentes tipos de personas y que a pesar de las actitudes de cada uno debemos mantener la cordura”

“como atender al usuario y velar por mi comportamientos ante el mismo”

DEPENDENCIA DE CONSULTA EXTERNA

A partir del formato de evaluación se evidencio que:

Figura 20. Evaluación sesión 2 dependencia de consulta externa



Se expresa como prevalente la claridad para presentar la temática.

Tabla 9. Evaluación sesión 2 dependencia de consulta externa

¿Qué me apporto a nivel personal y laboral la sesión?

“ la importancia de tener una buena comunicación con los pacientes y compañeros, tanto comunicación verbal como no verbal”

“ aprender a manejar cualquier paciente de manera correcta, siempre brindando un buen servicio”

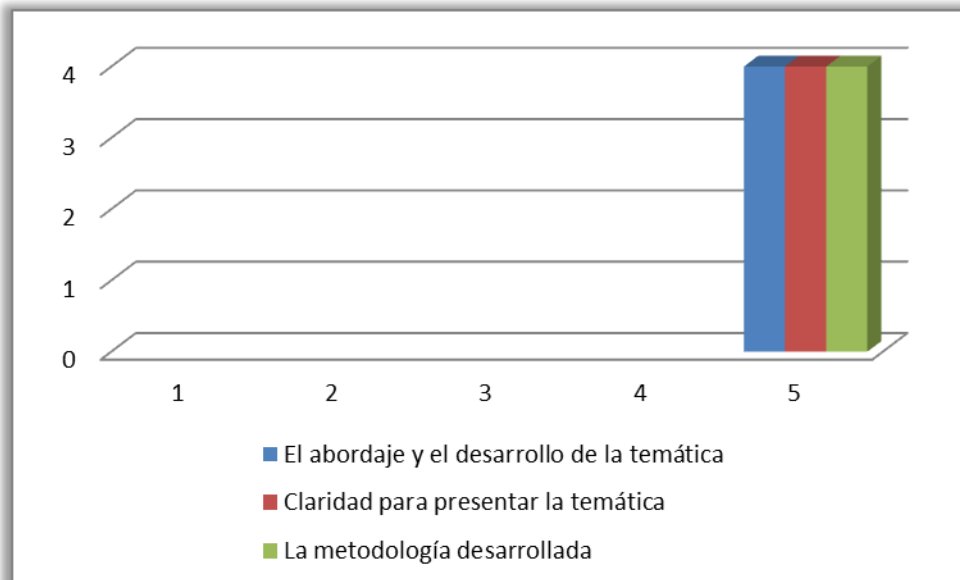
“ mejorar el trato con los usuarios”

“ autocontrol”

DEPENDENCIA DE FARMACIA

Según los resultados del formato de evaluación se expresa que:

Figura 21. Evaluación sesión 2 de la dependencia de farmacia



Se manifiesta homogeneidad en relación de cada uno de los aspectos evaluados.

Tabla 10. Evaluación sesión 2 de la dependencia de farmacia

¿Qué me apporto a nivel personal y laboral la sesión?

“me ayudo a reflexionar sobre mi manera de ser con los usuarios”
 “ como comprender al paciente y como darle un buen manejo al usuario”
 “ debo siempre atender al usuario de manera cordial y oportuna “

Sesión 3: el buen uso del lenguaje

La sesión se desarrolló en la dependencia de enfermería, teniendo en cuenta que la temática era exclusivamente para el personal asistencial.

Evalué la sesión según las siguientes escalas
 Excelente (5) Bueno (4) Regular (3) Malo (2) Deficiente (1)

El abordaje y el desarrollo de la temática

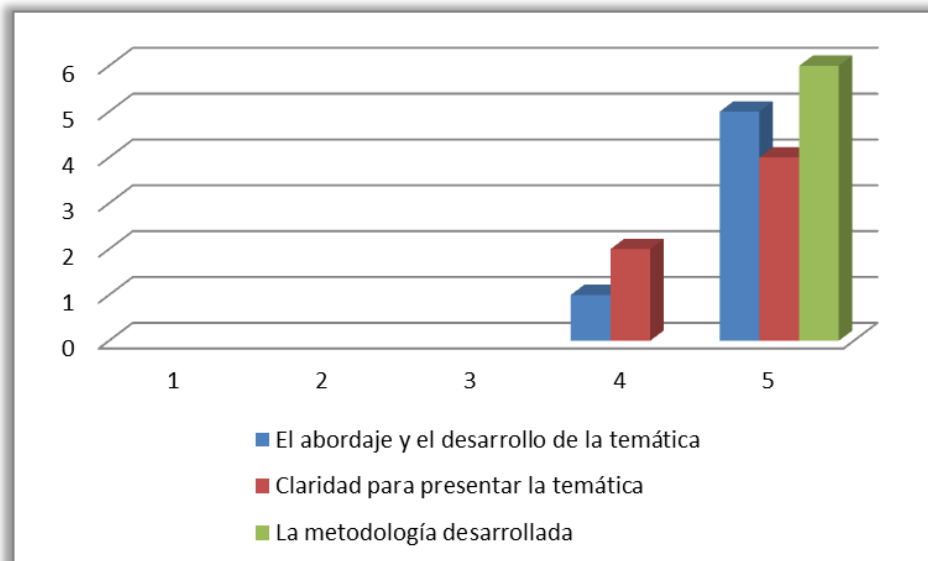
Claridad para presentar la temática

La metodología desarrollada

¿Qué aprendí de la sesión?

Según la información recolectada del formato de evaluación se manifiesta que:

Figura 22. Evaluación sesión 3 de la dependencia de enfermería



Se manifiesta como prevalente la metodología desarrollada en la sesión.

Tabla 11. Evaluación sesión 3 de la dependencia de enfermería

¿Qué aprendí de la sesión?

“reflexione sobre la ética profesional y el impacto que genera en los paciente cada vez que me dirigió o ellos”

“aprender a desarrollar más la escucha atenta, ya que en mi laboral diaria es fundamental”

“ saber que un mal diagnostico o una palabra usada fuera de contexto puede ser perjudicial para la salud emocional y psicológica de los pacientes”

Sesión 4: yo trabajo en equipo

La sesión se desarrolló en la dependencia administrativa y laboratorio, teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar habilidades de trabajo en grupo según el rol que desempeñan.

Evalué la sesión según las siguientes escalas

Excelente (5) Bueno (4) Regular (3) Malo (2) Deficiente (1)

El abordaje y el desarrollo de la temática

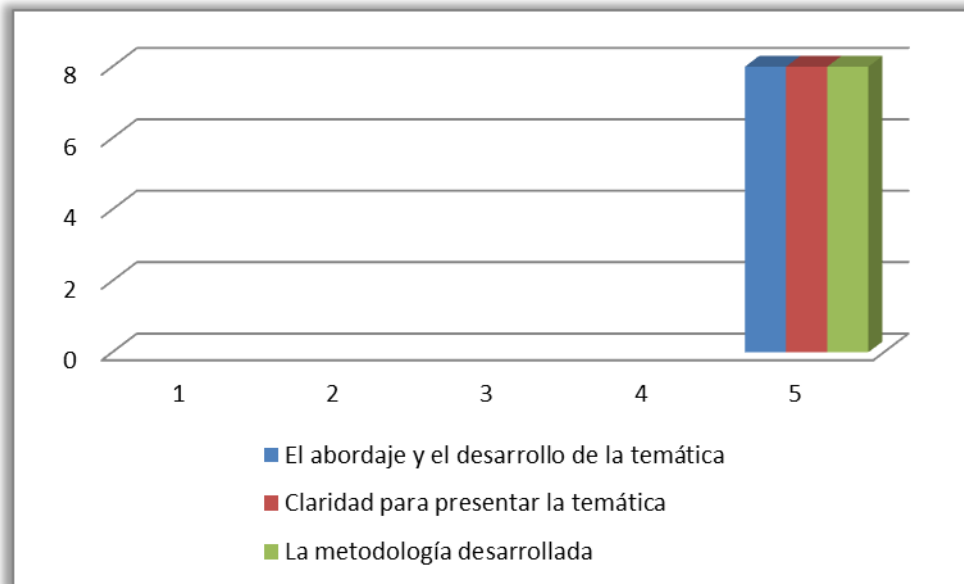
Claridad para presentar la temática

La metodología desarrollada

¿Qué aprendí de la sesión?

Según la información recolectada del formato de evaluación se evidencio que:

Figura 23. Evaluación sesión 4 de la dependencia administrativa

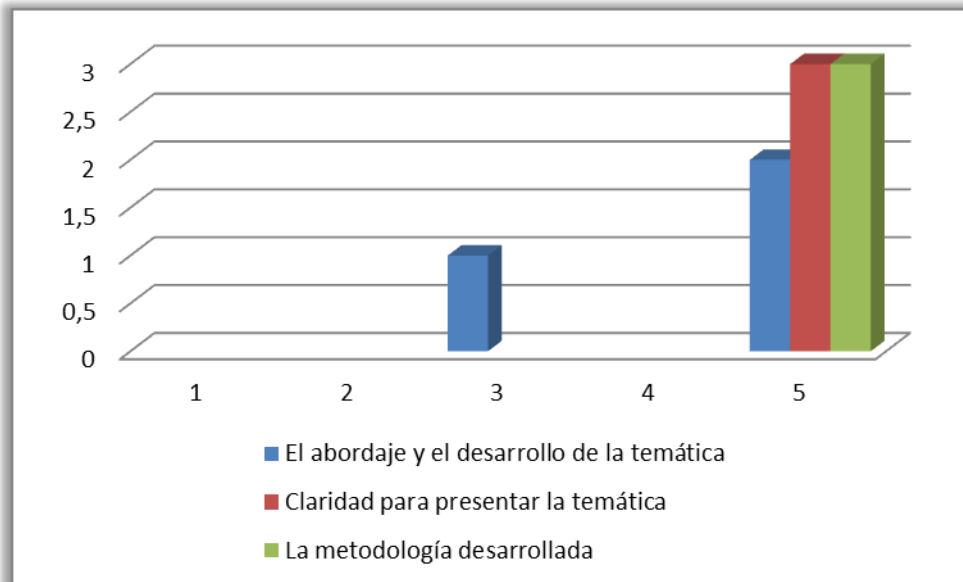


Se manifiesta homogeneidad en relación de cada uno de los aspectos evaluados.

Tabla 12. Evaluación sesión 4 de la dependencia administrativa

¿Qué me apporto a nivel personal y laboral la sesión?
“ me apporto el hecho de reconocer la importancia de trabajar en equipo con mis compañeros, lo cual contribuye a mi crecimiento personal, profesional y desde luego a mi institución”
“ a nivel personal, manifestar mi espíritu de colaboración y liderazgo, a nivel laboral por medio del compañerismo y ayuda alcanzamos una meta en común”
“ aprender a reconocer mis habilidades y las de mis compañeros para sacar el mayor provecho y solucionar cualquier tarea”
“ personal: seguridad y confianza, laboral : trabajo en equipo, comunicación y respeto”
“ es importante trabajar en equipo ya que las actividades son más fáciles de realizar”
“ bajo ni nivel de estrés y brindarle un valor más importante al trabajo en grupo”

Figura 24. Evaluación sesión 4 de la dependencia de laboratorio



Se evidencia homogeneidad en relación a la claridad de la temática y la metodología desarrollada.

Tabla 13. Evaluación sesión 4 de la dependencia de laboratorio

¿Qué me apporto a nivel personal y laboral la sesión?

“ que debemos trabajar en equipo”

“ el trabajo en equipo ayuda a distribuir bien el trabajo”

“me apporto que se debe trabajar en equipo y aunque en ocasiones este desacuerdo con mis compañeros, lo importante es establecer acuerdos para llegar a una meta en común”

Conclusiones

La adherencia terapéutica corresponde al comportamiento de una persona en relación a tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida que corresponde con las recomendaciones médicas, la adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo que incorpora las creencias y actitudes del paciente.

La adherencia debe ser abordada con una mirada multidimensional que incluya factores de tipo socioeconómico y demográfico, de la enfermedad y su tratamiento, del sistema sanitario, de la red social y familiar entre otros, que alejándose de un tradicional abordaje que señala al paciente como único factor determinante en su tratamiento.

Resulta pertinente direccionar investigaciones y herramientas que ayuden a comprender a la adherencia, si bien los países latinoamericanos han generado precedentes aun el fenómeno presenta dificultades para su abordaje e implementación en los sistemas de salud. Adicionalmente el padecimiento de la población de enfermedades crónicas aumenta considerablemente lo cual hace necesario brindar una atención integral en donde la adhesión sea participe dentro de políticas sanitarias y esquemas de salud.

De igual manera, desde una visión económica fomentar la adherencia en los pacientes resultaría más provechoso para el sistema salud ya que evitaría pérdidas en medicamentos y tratamientos de pacientes que abandonan sus procesos, lo cual incide en altos costos.

Recomendaciones

- Determinar qué factores generar mayor incidencia en la presencia de conductas adherentes, lo cual ayudara significativamente a establecer criterios para el abordaje de adherencia.
- Realizar medidas posteriores que permitan evidenciar el fortalecimiento de los resultados obtenidos, lo que generaría nuevos panoramas de estudio.
- En relación al trabajo desarrollado con el personal asistencial se hace necesario instaurar espacios que ayuden a fomentar habilidades personales y profesionales.

Referencias

Barra, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo, Editora Ltda.

Bohórquez, F. (2004) El diálogo como mediador de la relación médico paciente. *Revista electrónica de la Red de Investigación Educativa* 1, (1) Recuperado de <http://www.revista.iered.or>

Carrera J. (2005). *Evolución de la relación médico paciente*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 27 de Abril de 2013 en <http://www.monografías.com/trabajos16 /trabajos16/médico-paciente.shtml>

D^o Anello, S (2000). *Cumplimiento del tratamiento médico aspectos psicosociales .Aportes a la psicología social de la salud*. Universidad de los Andes Mérida Venezuela

Flórez-Alarcón L. (2005). *La dimensión psicológica de la prevención y la promoción en salud*. Manuscrito en preparación. Bogotá: Universidad de Bogotá. Departamento de Psicología

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

Laranjeira, C. (2011). De la incertidumbre a la aceptación de quien espera un veredicto médico. *Revista Cubana de enfermería* 27(1)66-78.

Larrea, P., & Martínez, M. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema de Salud* ,28(5), 113-120.

Libertad, M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Publica*, 29(3) ,275- 281.

Libertad, M., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un Problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.

Macia, D. & Méndez, F. (1999). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC, eds. *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.

Maté, M, González, S & Trigueros, M. (2010). El apoyo social. OCW Universidad de Cantabria. Recuperado de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.5.7-el-apoyo-social>

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública* v.30 n.4. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext

Martín, L., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: *Psicología y Salud*. Instituto de investigaciones psicológicas. Universidad Veracruzana 14(1),89-99

Martín, L. & Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: (Ed) Universidad de Guadalajara. *México Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* :567-590

Martín, L. (2009). Estado actual de la investigación de la adherencia al tratamiento: revisión de trabajos publicados entre 2003 y 2007. Manuscrito en preparación. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.

- Morales, F. (1999). *Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- OMS. (2003). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Comunicado de prensa; Ginebra.
- OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Recuperado de <http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
- Pina, J.A., Corrales, A.E., Mungaray, K. y Valencia, M.A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, 217-228.
- Roca, M. (2000). *Apoyo Social: su significación para la Salud Humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Sánchez, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 14, 98-101.
- Silva, G., Galeano, E. & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30 (04), 268-273.
- Sotoca, J. & Codina, C. (2006). Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. Recuperado el 12 de noviembre del 2012
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1605//39/1v0n1605a13090312pdf001.pdf>
- Zambrano, C., Duitama, M., Posada, V. & Flórez, A. (2012). Percepciones de la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Facultad Nacional de salud pública*, 30 (2), 163-174.

Anexos

ANEXO 1.

Versión adaptada de Lista de chequeo para medir Variables psicológicas y comportamentales de adhesión (VPAD) Piña, corrales, Mungaray & Valencia, 2006.

Las preguntas de 1 a las 5 tiene que ver con si usted practicaba y con qué frecuencia diferentes comportamientos antes de que usted le notificaran su condición médica.

1. Antes de recibir el diagnóstico, si usted se sentía físicamente o enfermaba por ejemplo, del estómago, de gripe, de bronquitis, etcétera, ¿acudía con un médico para que lo revisara y le diera tratamiento?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

2. Antes de recibir el diagnóstico, si usted acudía con su médico y éste le daba algún tratamiento ¿seguía usted las instrucciones que le daban al pie de la letra, es decir, consumía los medicamentos tal y como se lo indicó su médico?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

3. Antes de recibir el diagnóstico, si usted enfermaba y al acudir con su médico éste le pedía, por ejemplo, que guardara reposo o que descansara en casa, ¿seguía usted las instrucciones que le daba su médico?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

4. Antes de recibir el diagnóstico, si usted enfermaba y su médico le pedía que evitara el consumo de determinados alimentos o de sustancias como alcohol, por ejemplo, ¿seguía usted las indicaciones que le daba su médico?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

5. Antes de recibir el diagnóstico, si su médico le pedía que se realizara estudios diversos de laboratorio (sangre, orina, excremento, rayos x, etcétera), ¿seguía usted las indicaciones que le daba su médico?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) En general, la mitad de las veces
- (2) Muy pocas veces
- (1) Nunca

Las preguntas de la 6 a la 17 tienen que ver con variables psicológicas que se relacionan con la práctica de diferentes comportamientos, a partir de que a usted se le diagnosticó.

6. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted todos los medicamentos de acuerdo con las instrucciones que le dio su médico?

- (5) Todos los días de la semana (seguir con las preguntas 7, 8, 9 y 10)
- (4) La mayoría de los días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14)
- (3) En general, la mitad de los días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14)
- (2) Muy pocos días de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14)
- (1) Ningún día de la semana (seguir con las preguntas 11, 12, 13 y 14)

Si usted siguió las instrucciones de su médico y consumió los medicamentos todos los días de la semana, ¿nos podría decir qué tan determinante fue cada uno de los motivos que se mencionan?

7. He experimentado sus beneficios

- (4) Fue un motivo bastante determinante
- (3) Fue un motivo más o menos determinante
- (2) Fue un motivo poco determinante
- (1) No fue un motivo determinante

8. Porque el médico me lo pidió

- (4) Fue un motivo bastante determinante
- (3) Fue un motivo más o menos determinante
- (2) Fue un motivo poco determinante
- (1) No fue un motivo determinante

9. Lo hice por personas cercanas a mí

- (4) Fue un motivo bastante determinante
- (3) Fue un motivo más o menos determinante
- (2) Fue un motivo poco determinante

10. Porque tengo deseos de mantenerme saludable el mayor tiempo posible

- (4) Fue un motivo bastante determinante
- (3) Fue un motivo más o menos determinante
- (2) Fue un motivo poco determinante
- (1) No fue un motivo determinante

Si usted no siguió las instrucciones de su médico, es decir, que NO consumió los medicamentos todos los días de la semana, ¿nos podría decir cuál fue el motivo y qué tan determinante fue cada uno de ellos?

11. Me provocan efectos secundarios demasiado molestos

- (4) Fue un motivo bastante determinante
- (3) Fue un motivo más o menos determinante
- (2) Fue un motivo poco determinante
- (1) No fue un motivo determinante

12. Por voluntad o decisión propia

- (4) Fue un motivo bastante determinante
- (3) Fue un motivo más o menos determinante
- (2) Fue un motivo poco determinante
- (1) No fue un motivo determinante

13. No tengo confianza en los beneficios de los medicamentos

- (4) Fue un motivo bastante determinante
- (3) Fue un motivo más o menos determinante
- (2) Fue un motivo poco determinante
- (1) No fue un motivo determinante

- (4) Fue un motivo bastante determinante
- (3) Fue un motivo más o menos determinante
- (2) Fue un motivo poco determinante
- (1) No fue un motivo determinante

15. Si en el transcurso de la semana usted se sintió bien física o psicológicamente, ¿consumió los medicamentos todos los días de acuerdo con las instrucciones de su médico?

- (5) Todos los días de la semana
- (4) La mayoría de los días de la semana
- (3) En general, la mitad de los días de la semana
- (2) Muy pocos días de la semana
- (1) Ningún día de la semana

16. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted sustancias como alcohol o drogas, a pesar de saber que pueden afectar el tratamiento?

- (5) Ningún día de la semana
- (4) Muy pocos días de la semana
- (3) En general, la mitad de los días de la semana
- (2) La mayoría de los días de la semana
- (1) Todos los días de la semana

17. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted algún tipo de alimento que le recomendaron no consumiera por razones especiales relacionadas con el tratamiento?

- (5) Ningún día de la semana
- (4) Muy pocos días de la semana
- (3) En general, la mitad de los días de la semana
- (2) La mayoría de los días de la semana
- (1) Todos los días de la semana

Las preguntas de la 18 a la 24 tienen que ver con la forma en la que usted evalúa el grado de dificultad para practicar diferentes comportamientos.

18. ¿Qué tan difícil se le hace a usted seguir con las instrucciones que le proporciona su médico en relación con el consumo de medicamentos?

- (5) Nada difícil
- (4) Un poco difícil
- (3) Más o menos difícil
- (2) Difícil, secas
- (1) Bastante difícil

19. ¿Qué tan difícil se le hace a usted participar de manera activa, junto con su médico, en la toma de decisiones sobre su plan de tratamiento?

- (5) Nada difícil
- (4) Un poco difícil
- (3) Más o menos difícil
- (2) Difícil, secas
- (1) Bastante difícil

20. ¿Qué tan difícil se le hace a usted dejar de consumir sustancias como alcohol o drogas?

- (5) Nada difícil
- (4) Un poco difícil
- (3) Más o menos difícil
- (2) Difícil, secas
- (1) Bastante difícil

21. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantenerse relajado y en calma?

- (5) Nada difícil
- (4) Un poco difícil
- (3) Más o menos difícil
- (2) Difícil, secas
- (1) Bastante difícil

22. ¿Qué tan difícil se le hace a usted evitar situaciones que le provoquen tristeza o que lo depriman?

- (5) Nada difícil
- (4) Un poco difícil
- (3) Más o menos difícil
- (2) Difícil, secas
- (1) Bastante difícil

23. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantener sus relaciones sociales con personas allegadas, como sus familiares, por ejemplo?

- (5) Nada difícil
- (4) Un poco difícil
- (3) Más o menos difícil
- (2) Difícil, secas
- (1) Bastante difícil

24. ¿Qué tan difícil se le hace a usted mantener o iniciar nuevas relaciones de amistad?

- (5) Nada difícil
- (4) Un poco difícil
- (3) Más o menos difícil
- (2) Difícil, secas
- (1) Bastante difícil