

UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

DIFERENCIAS EN LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS ENTRE LOS PACIENTES  
PROFESIONALES DE LA SALUD Y NO PROFESIONALES DE LA SALUD

Sergia Licelot De Los Santos Rojas

---

Mentor

Dra. Madeline Fonseca Fonseca

Diciembre 2018

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación **a mi madre**, aunque no está físicamente, siempre estarás viva en cada momento, en cada meta, en cada desafío que se presente en este caminar y aprendizaje continuo, el cual llamamos vida. Siempre serás mi pilar para continuar y seguir adelante, de ti aprendí que nunca hay que rendirse y que no importa la situación siempre tenemos que enfrentarlo con alegría y una actitud positiva; que venimos a este mundo a servir y no a ser servido, de ahí parte mi vocación del servicio al prójimo, de la empatía del dolor ajeno de ayudar a los demás no importando su raza, color, ideología política o religiosa, su orientación sexual, estatus socioeconómico. También me dejaste claro que no debemos cargar con rencor ni debemos de atarnos a un pasado, que debemos de fluir poniendo toda nuestra fe en Dios.

También dedico esta tesis **a mi hija**, la cual ha sido mi motor para seguir hacia delante y poder llegar hasta donde he llegado, tú has sido mi mayor inspiración para lograr esta meta. Muchas veces pensé en rendirme, pero cuando me detenía, observaba que alguien más seguía mis pasos y eso me hacía más fuerte para continuar.

Cabe mencionar a una mujer muy especial, que con mucho sacrificios y esfuerzos ha logrado que este trabajo se hiciera realidad. Desafiando cada circunstancia y enfrentándose a cada obstáculo presentado en este arduo camino. Para poder lograr, un peldaño más el cual ha sido de gran ayuda para crecer no solo de manera profesional, sino que también a crecido como: mujer y madre, a **Sergia Licelot De los Santos Rojas**.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco eternamente **a Dios**, por permitirme estar aquí y mantenerse siempre a mi lado y no dejar que desmayara en el camino. Este trabajo se realizó gracias a su voluntad y a su infinito amor por mí. Sin él, nada hubiera sido posible.

Agradezco nuevamente **a mi madre**, porque sus palabras susurraban a mis oídos, vamos tú puedes ya que queda poco para llegar a la meta.

Infinitamente agradecida, a mi preceptora la **Dra. Madeline Fonseca Fonseca**, por su empeño, dedicación y esfuerzo para que este proyecto se realizara. Su trabajo en su rol como preceptora fue crucial para poder alcanzar la meta.

A mis **compañeros colegas** que juntos comenzamos este largo camino y cada uno a su paso fuimos alcanzando nuestra meta. Por el apoyo mutuo durante clase, luego del paso inminente del devastador huracán María en septiembre 20 del 2017.

**A mis profesoras** la Dra. Mayra Pedroza, Dra. Carmen López, Sra. Lizandra Rivera por su aportación de sus conocimientos y ser facilitadoras para mi desarrollo profesional. Fui pupila de ustedes, la cual sus instrucciones no solo fue en el ámbito profesional sino también en lo personal, gracias por sus colaboraciones.

**A cada uno de ustedes muchas gracias.**

## ABSTRACTO

La no adherencia al tratamiento por parte de los pacientes profesionales y no profesionales de la salud tiene consecuencias negativas relacionadas a la morbilidad y mortalidad. El propósito del estudio era determinar si existe diferencia entre los pacientes profesionales de la salud y los no profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos. Los objetivos principales del estudio eran: (1) Determinar si existe diferencia entre los pacientes profesionales de la salud y los no profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos; (2) Identificar los factores que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud. El estudio se realizó utilizando un diseño no experimental, descriptivo de tipo transversal. La recopilación de datos se realizó a través de un cuestionario aplicado a pacientes profesionales de la salud y pacientes no profesionales de la salud, en una institución hospitalaria en el área metropolitana. La muestra estuvo compuesta de 30 participantes. Los hallazgos encontrados fueron: en el perfil demográfico el género que prevaleció fue el de las féminas, las primeras dos condiciones de salud presentes en los participantes estaban relacionada a la presión arterial y a los niveles de glucosa en la sangre. Estudio reflejó que no existen diferencias entre ambos grupos. Más sin embargo de acuerdo a los hallazgos ambos grupos manifestaron distribuciones bajas de adherencia a los tratamientos. Entre los factores significativos en el estudio que influyen en la adherencia o no adherencia al tratamiento se encontraron los relacionados al conocimiento y la percepción de los pacientes. El no adherirse a su tratamiento el paciente (profesional o no profesional de la salud) tiene unas repercusiones que pueden afectar aún más su salud actual, su situación económica, su relación familiar, su calidad de vida entre otras cosas. El Especialista Clínico en su competencia de asesor y guía debe demostrar no solo su peritaje sino fomentar medidas de prevención de enfermedades o prevención de complicaciones para el logro de las metas terapéuticas del paciente y su familia a través de la educación a paciente.



## TABLA DE CONTENIDO

Portada .....	
Página aprobatoria .....	ii
Dedicatoria .....	iii
Agradecimientos .....	iv
Abstracto .....	v
Tabla de Contenido .....	vi
Lista de Tablas .....	ix
Lista de figuras .....	xi
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
Introducción .....	1
Antecedentes del problema .....	1
Planteamiento del problema .....	4
Propósito del estudio .....	5
Justificación del Problema de Investigación .....	5
Marco Conceptual y aplicación .....	7
Preguntas de Investigación.....	9
Objetivos de Investigación .....	10
Definiciones de conceptos relacionados con el estudio .....	10
Definiciones operacionales de las variables .....	10
Resumen .....	10
<b>CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
Introducción .....	12
Literatura relacionada con el tema de estudio .....	12

Resumen .....	18
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>19</b>
Introducción .....	19
Diseño .....	19
Variables del estudio .....	19
Población y muestra .....	19
Criterios de inclusión y exclusión .....	20
Inclusión .....	20
Exclusión .....	20
Instrumento .....	20
Validación de Instrumentos .....	21
Procedimiento para colección de datos .....	21
Protección de los Derechos Humanos .....	22
Análisis estadístico .....	23
Resumen .....	23
<b>CAPÍTULO IV. HALLAZGOS .....</b>	<b>25</b>
Introducción .....	25
Presentación de datos sociodemográficos .....	25
Presentación de los datos a base de los objetivos del estudio .....	28
Resumen de hallazgos .....	47
<b>Capítulo V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>48</b>
Introducción .....	48
Análisis de los hallazgos por objetivo .....	48
Análisis basado en el marco conceptual .....	50
Conclusiones .....	51

Implicación para enfermería .....	51
Limitaciones del estudio .....	52
Recomendaciones .....	52
REFERENCIAS .....	53
APÉNDICES .....	57
Apéndice A. Carta Exenta Protocolo IRB .....	57
Apéndice B. Cuestionario/Instrumento .....	59
Apéndice C. Hoja informativa del estudio .....	62
Apéndice D. Resultado del Cuestionario por Tipo de Paciente .....	64

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los pacientes por premisas del cuestionario .....	35
Tabla 2. Tabla de contingencia: Tipo de Paciente vs Adherencia al tratamiento según ordenado por el médico .....	37
Tabla 3. Estadístico de prueba: Adherencia a los tratamientos ordenados por el médico por tipo de paciente .....	37
Tabla 4. De contingencia: Tipo de Paciente vs detención de tratamiento cuando mejoran los síntomas o malestares de la condición .....	38
Tabla 5. Estadístico de prueba: Detención del tratamiento cuando mejoran los síntomas o malestares de la condición por tipo de paciente .....	38
Tabla 6. De contingencia: Tipo de Paciente vs finalización del tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico .....	39
Tabla 7. Estadístico de prueba: Finalización del tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico por tipo de paciente .....	39
Tabla 8. De contingencia: Tipo de Paciente vs motivación para continuar con el tratamiento .....	40
Tabla 9. Estadístico de prueba: Motivación para continuar con el tratamiento por tipo de paciente .....	40
Tabla 10. De contingencia: Tipo de Paciente vs percepción de la efectividad del tratamiento .....	41
Tabla 11. Estadístico de prueba: Percepción de la efectividad del tratamiento por tipo de paciente .....	41



Tabla 12. Prueba estadística: premisas del cuestionario por premisa ¿Sigue usted el tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio y otros) según fueron ordenada por su médico? .....	43
Tabla 13. Prueba estadística: premisas del cuestionario por premisa ¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico? .....	44
Tabla 14. Prueba estadística: premisas del cuestionario por premisa ¿Está usted motivado para continuar su tratamiento? .....	45
Tabla 15. Prueba estadística: premisas del cuestionario por percepción sobre la efectividad del tratamiento ordenado .....	46

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Distribución porcentual de los participantes del estudio por tipo de profesión (profesional de la salud o no es profesional de la salud) .....	25
Figura 2. Distribución porcentual de los participantes por género .....	26
Figura 3. Distribución de los participantes del estudio por grupos de edades .....	26
Figura 4. Distribución porcentual de los participantes del estudio por tipo de Enfermedad .....	27
Figura 5. Distribución porcentual de los participantes del estudio por escolaridad .....	27
Figura 6. Distribución de los participantes del estudio por condición de salud .....	28
Figura 7. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y género .....	29
Figura 8. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y grupos de edades .....	29
Figura 9. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y tipo de enfermedad .....	30
Figura 10. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y escolaridad .....	31
Figura 11. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y condición de salud .....	31

# CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

## **Introducción**

En este capítulo se presenta el trasfondo y antecedentes de la adherencia a los tratamientos por parte del paciente profesional y no profesional de la salud. Se expone el planteamiento del problema, propósito y justificación del estudio. En el mismo se incluye la relación del estudio con el marco teórico de Nola J. Pender, Modelo de la Promoción de la Salud. Además, se presenta la pregunta de investigación, los objetivos, la definición de conceptos y la definición operacional de las variables.

## **Antecedentes del problema**

Hoy día, el profesional de la salud se enfrenta, a manejar casos que requieren tratamientos para distintas condiciones en el paciente, muchas de ellas enfermedades crónicas. Este manejo tiene como fin atenuar o curar los signos y síntomas de una población que tiene la necesidad de mejorar su calidad de vida. En la mayoría de las ocasiones, los tratamientos son complejos y difíciles de seguir por los pacientes. Es aquí, donde es necesario el rol del profesional de la salud como un defensor del paciente para que se adhiera a un tratamiento y, por ende, mejore su calidad de vida (Cabret, 2017). La adherencia al tratamiento ha sido examinada desde un sinnúmero de perspectivas científicas logrando el consenso general de muchos investigadores como un determinante de la efectividad del tratamiento en los pacientes (Ehrenzweig, 2007).

La adherencia en el paciente, al pasar de los años, ha tenido diferentes visiones. Por ejemplo, en el 1976 la adherencia fue definida por Sackett “como el grado en el cual la conducta del paciente (tomar medicinas, seguir dietas o ejecutar otros cambios en el estilo de vida) coincide con la prescripción clínica privada”. En el 1979 Haynes la definió como “la medida en que las conductas de una persona (de toma de medicamentos, seguimiento de dietas o de

realización de cambio de estilos de vida) coincide con el consejo médico o sanitario” (Cabret, 2017). En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2004 se adopta la definición de la adherencia terapéutica como el grado del “comportamiento de una persona para que tome el medicamento, siga un régimen alimentario y ejecute cambios en su modo de vida, siguiendo las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud”.

El término de adherencia también se usa en la literatura el seguimiento al tratamiento por los pacientes. La adherencia responde a las recomendaciones del profesional de la salud, participando en conjunto y de forma responsable, los pacientes y los profesionales de la salud. En esta definición se reconoce como comportamientos terapéuticos la búsqueda de atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación de forma apropiada, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones pertinentes, desde la higiene personal hasta el autocuidado, entre otros ejemplos, por lo cual se considera un proceso complejo (Martin & Grau, 2004).

Cabret (2017) en su artículo, cita a DiMatteo quien presenta que la magnitud de la adherencia está en la naturaleza del régimen, su duración, complejidad, efectos secundarios, costos, beneficios, consecuencias y posiblemente otros factores como la satisfacción del paciente. “Desde los años cuarenta comenzó la investigación sobre este fenómeno, esto debido a una creciente carga en cuanto a la cronicidad de las enfermedades de la época y la necesidad de lograr el autocuidado por el paciente”. Datos históricos recogen la visión de la medicina preventiva y de la necesidad de que el paciente cumpla con un tratamiento, es decir, desde años se tiende a orientar al paciente hacia su mejoría siguiendo un tratamiento (García, 2001).

Junto con el torbellino de avances tecnológicos, se han desarrollado medicamentos que permiten el incremento en la esperanza de vida, siendo capaces de prevenir, detener y hasta curar la progresión de una serie de enfermedades. Sin embargo, la eficacia de tales medicamentos es



directamente proporcional al seguimiento del tratamiento e indicaciones por parte de los pacientes (Silva, et al. 2005).

Hoy día, existe una controversia en cuanto adherirse o no a un tratamiento. Así se reveló en un informe del 2004 de la OMS sobre una iniciativa mundial lanzada por su Grupo Orgánico sobre Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. La OMS presentó una reseña crítica acerca de la adherencia a los tratamientos a largo plazo e invitó a reflexionar y debatir sobre el tema por su gran complejidad y su abordaje necesario desde un enfoque de sistemas. Según la OMS (2004) “en los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50 por ciento, y resulta mucho menor en los países en desarrollo”; y añade: “la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo”.

Ante tanta controversia relacionada con la falta o no de adherirse a un tratamiento, investigadores DiMatteo, et al. (2011) validan la necesidad del rol del profesional de la salud en cuanto a brindar información continua al paciente sobre la importancia de la adherencia rompiendo barreras y apoyándolos durante todo su tratamiento. Esto demuestra que la información es un requisito previo para un cambio en el comportamiento, y una decisión del paciente.

Según Martín & Grau (2004), para que se produzca la adherencia al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso lo siguiente:

- 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 que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- b) Cumplimiento del tratamiento como la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.

c) Participación en el cumplimiento, entendido como el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

d) 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.

### **Planteamiento del Problema**

La adherencia a tratamientos es un proceso complejo, influenciado por varios factores, que se vincula a la práctica clínica diaria, por lo que los profesionales de la salud en su desempeño deben tener en cuenta esos factores. Se considera como un conjunto de actitudes que se toman en respuesta a componentes subjetivos, pero también influenciados por factores objetivos externos, entre los que se encuentran el sistema del conocimiento y los criterios (verdaderos o no) que el paciente tenga acerca de su enfermedad, así como su deseo de recobrar la salud o de ajustarse a su condición de enfermo (Valdés & Pantaleón, 2016).

Las estadísticas de la adherencia o no al tratamiento varían de acuerdo con las condiciones de los pacientes y una variedad de factores. Febo (2015) en su artículo incluye estadísticas sobre la adherencia en las personas con diabetes tipo 2 indicando que varía entre un 65% y un 85% para el uso de los agentes orales, y entre un 60% y un 80% para la insulina. El impacto económico de esta enfermedad para el año 2013 en América del Norte (Estados Unidos y Canadá) así como en el Caribe, según la *International Diabetes Federation* (IDF), fue de aproximadamente \$263 millones. Corugedo, et al. (2011) en su artículo hacen mención de un informe del 2004 de la OMS, donde se indica que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es solo del 50 %. PFIZER (2009) en su documento hace referencia a estadísticas de la adherencia a tratamientos de acuerdo con la condición y menciona los porcentajes de adherencia en enfermedades crónicas: epilepsia 50-70 %, hipertensión arterial 17-60 %, dislipemias 45-62 %, SIDA 50-80 % y osteoporosis 45-70 %. Con lo mencionado,

vemos diferencias de porcentajes en la adherencia de tratamiento de acuerdo con la condición de los pacientes.

La falta de adherencia limita al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar (Salinas & Nava, 2012). Por lo que es importante determinar la adherencia del profesional de la salud, quienes pueden ser agentes de apoyo para los pacientes en el proceso de la adherencia a sus tratamientos.

Ramos (2015), hace referencia al informe del 2004 de la OMS, donde la organización recomienda diagnosticar problemas, y crear la sensibilización necesaria para el trabajo en conjunto con la dirección de las instituciones dedicadas a la salud, sus profesionales, pacientes y la comunidad, a partir de estrategias necesarias en cada caso particular, de manera que se pueda abordar de forma sistemática “las diversas barreras encontradas por los pacientes y sus familiares en sus esfuerzos diarios para mantener la salud óptima”.

### **Propósito del estudio**

Este estudio tiene el propósito de conocer las diferencias en la adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud.

### **Justificación del Problema de Investigación**

El conocer los factores que influyen entre los profesionales de la salud y los no profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos ayuda al profesional de enfermería en especial a los especialistas clínicos el cual está “capacitado a ofrecer un cuidado de enfermería experto” de acuerdo a la ley 254 de 2015, que regular la práctica de la enfermería en Puerto Rico, en ofrecer servicios preventivos y de promoción de la salud ayudando así a mejorar la calidad de vida del paciente. En el área de promoción de la salud el especialista clínico en su rol de educador va orientado a capacitar a los pacientes para el autocuidado fomentando el compromiso con la salud (Consejería de Sanidad, 2014). Adicional a las funciones indicadas por ley, durante el tiempo



que trabajé como enfermera generalista en la Sala de Emergencias y área de Cirugía en un hospital del área metropolitana puede observar que, en muchos de los casos atendiendo profesionales y no profesionales de la salud, el factor principal por el que los pacientes empeoraban gradualmente en su condición era debido a la poca o ninguna adherencia al tratamiento.

Por el rol de especialista clínico, observaciones y la revisión de literatura entiendo que es importante identificar aquellos factores que llevan al paciente a no adherirse a su tratamiento. El no adherirse a su tratamiento el paciente tiene unas repercusiones que pueden afectar aún más su salud actual, su situación económica y su relación familiar entre otras. Entre los factores que puede presentar un paciente para no adherirse al tratamiento están: los socioeconómicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, los relacionados con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente.

Una de las causas para la no adherencia al tratamiento, en especial los medicamentos, son los altos costos, principalmente en condiciones crónicas. Muchos de estos pacientes no pueden pagar estos tratamientos, por lo que ponen en desequilibrio su integridad física (Cabret, 2017). Está en manos del profesional de la salud minar las diferencias entre el paciente (profesional de la salud y el no profesional de la salud) para que estos cumplan con el tratamiento.

La atención eficaz para tratar los procesos crónicos requiere movilizar al paciente y la comunidad que lo apoya. Muestran los mejores resultados las intervenciones que refuerzan el esfuerzo del paciente para su autocuidado y adaptan la educación a sus necesidades y circunstancias, brindan acceso a los recursos y garantizan la continuidad de la atención. Luga, et al. (2014), enfatiza en derribar las barreras derivadas de las creencias, prejuicios, y miedos respecto a la enfermedad, a lo que se suma lo esencial de la información adecuada y la participación de la familia en todo el proceso. Es importante recordar que la adherencia responde a un proceso dinámico en el que intervienen diversidad de factores, lo que supone que no todos respondan de la misma manera a un programa de intervención. Es preciso desarrollar medios



para evaluar con exactitud la adherencia o no al tratamiento y los factores que contribuyen a la misma. De acuerdo con esto, los profesionales deben enfatizar en la adherencia terapéutica y los sistemas de salud deben diseñar procedimientos que lo propicien.

Por lo antes expuesto, en este estudio se pretende investigar las diferencias en la adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud. El conocer las diferencias implica, entre otros, ofrecer un cuidado de enfermería enfocado a reforzar la adherencia al tratamiento para ayudar tanto al paciente como a su familia, a tener una mejor calidad de vida.

### **Marco Conceptual y aplicación**

Para reforzar el planteamiento del problema de investigación, este estudio se enfocará en el Modelo de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender. Para desarrollar su modelo Pender se convenció que la calidad de vida de los pacientes podría mejorarse mediante la prevención de problemas antes de que estos ocurran, adicional se ahorra dinero en el cuidado de salud promoviendo estilos de vida saludables y una motivación positiva. El objetivo del modelo es ayudar al enfermero (a) a comprender los principales determinantes de los comportamientos de salud como base para la consejería conductual que promuevan estilos de vida saludables (Petiprin, 2016).

Pender en su modelo define conceptos fundamentales como persona, entorno o ambiente, enfermería, salud y enfermedad, los cuales se presentan a continuación:

- Persona: es un organismo biofísico formado por el medio ambiente, quien busca crear un entorno en el que el potencial humano se pueda expresar por completo. Debido a esto, la relación entre la persona y el entorno es recíproca. Las características individuales y las experiencias de vida moldean los comportamientos.

- Entorno: se describe como el contexto social, cultural y físico en el que se desarrolla la vida. Puede ser manipulado por el individuo para crear un contexto positivo de señales y facilitadores para comportamientos que mejoren la salud.
- El rol de enfermería es una colaboración entre pacientes, familias y comunidades para crear las mejores condiciones de una salud óptima y un alto nivel de bienestar.
- Salud: actualización del potencial humano a través del comportamiento dirigido a los objetivos, el autocuidado y las relaciones con los demás, con los ajustes necesarios para mantener los entornos adecuados.
- Enfermedades: eventos discretos en la vida que pueden obstaculizar o facilitar al paciente la continua búsqueda de salud (Petiprin, 2016).

Entre varias de sus proposiciones teóricas se encuentra: (1) Las familias, los compañeros y los proveedores de cuidado de salud son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden aumentar o disminuir el compromiso con la conducta de promoción de la salud, (2) Las personas pueden modificar influencias cognitivas, afectivas, interpersonales e influencias situacionales para crear estímulos para promover la conducta saludable (Petiprin, 2016).

Alligood (2014) en su artículo presenta información del modelo e indica “es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modela su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.” Por lo expuesto es sumamente importante, de acuerdo con la teoría, que el profesional de enfermería trabaje con motivar al paciente a conductas que lo lleven a realizar actividades saludables considerando su conocimiento, las influencias del ambiente, su familia y amistades.

El modelo de Pender se centra en tres áreas: características y experiencias individuales, cogniciones y afectos específicos de la conducta y resultados conductuales.

1. Características y experiencias individuales; cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones posteriores. Se reconoce que las personas aprenden comportamientos de salud dentro del contexto de la familia y la comunidad (Masters, 2012). Considera además factores del medio ambiente, el cual se refiere a las circunstancias físicas, interpersonales y económicas en las que viven las personas. (Pender, et al. 2014).
2. Cogniciones y afectos específicos de la conducta; el conjunto de variables para el conocimiento y el afecto específico del comportamiento tiene un importante significado motivacional. Las variables pueden modificarse a través de acciones de enfermería (Petiprin, 2016).
3. Resultados conductuales; es el comportamiento de promoción de la salud, es el resultado conductual deseado, que lo convierte en el punto final en el Modelo de Promoción de la Salud. Estos comportamientos deberían dar como resultado una mejor salud, una mejor capacidad funcional y una mejor calidad de vida en todas las etapas del desarrollo. La demanda conductual final también está influenciada por la demanda y las preferencias competitivas inmediatas, que pueden descarrilar las acciones previstas para promoverlo (Petiprin, 2016).

### **Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuál es el perfil del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud?
2. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia a los tratamientos en el paciente profesional de salud y el no profesional de la salud?
3. ¿Qué factores contribuyen o no a la adherencia a los tratamientos en el paciente profesional de salud y el no profesional de la salud?



## **Objetivos de la investigación**

1. Describir el perfil del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud.
2. Determinar si existe diferencia entre los pacientes profesionales de la salud y los no profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos.
3. Identificar los factores que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud.

## **Definiciones de conceptos relacionados con el estudio**

1. Adherencia al tratamiento– El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2004).
2. Profesional de la salud - Todas las profesiones relacionadas con los cuidados directos a la salud del paciente. Por ejemplo, personal de: enfermería, terapeuta y doctores, entre otros.
3. Profesional no de la salud – Persona que ejerce una profesión que no se relaciona con los cuidados de salud directos al paciente.

## **Definiciones operacionales de las variables**

1. Adherencia al tratamiento – esta variable se medirá a través de un cuestionario.
2. Profesional de la salud - esta variable se medirá a través de un cuestionario.
3. No profesional de la salud - esta variable se medirá a través de un cuestionario.

## **Resumen**

En este capítulo se presentó lo relacionado al trasfondo y antecedentes de la adherencia a los tratamientos por parte del paciente profesional y no profesional de la salud, planteamiento del problema, propósito y justificación del estudio. Se presentó el marco conceptual enfocado al Modelo de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender. Este modelo promueve la salud a través de la teoría del valor de la expectativa y la teoría cognitiva social. En este se analiza las



características y experiencias, la conducta y el resultado. Todo esto, desde la perspectiva del ser humano y su salud integral (Pender, et al. 2014). El capítulo incluye también lo relacionado con la pregunta de investigación, los objetivos, la definición de conceptos y la definición operacional de las variables.

## CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA

### **Introducción**

En este capítulo se presenta la revisión de literatura. La misma incluye investigaciones relacionadas con los factores principales que provocan una falta de adherencia en los tratamientos por parte del paciente. Se incluye, además, alternativas existentes en la literatura para mejorar la adherencia de los pacientes a sus tratamientos.

### **Literatura relacionada con el tema de estudio**

Existen muchos estudios sobre el tema del cumplimiento de las indicaciones médicas o de tratamientos, esto debido a su trascendencia por sus implicaciones médicas, sociales y familiares para los pacientes. Sobre todo, abundan estudios sobre la no adherencia al tratamiento de los que padecen enfermedades crónicas, los cuales son muy costoso. (Martín & Grau, 2004). En su trabajo de investigación analizaron la función de la adherencia como categoría de la psicología de la salud y como un componente fundamental de los aspectos subjetivos. En su investigación destaca que la adherencia a un tratamiento es de carácter complejo, multidimensional y multifactorial porque va a depender del comportamiento del paciente y de los tipos de padecimientos o enfermedades ya que algunos requieren de tratamientos de larga duración para su adecuada evolución y control. Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. También plantea la necesidad de investigar los factores de la adherencia para mejorar la comprensión del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y el perfeccionamiento de la práctica médica, a la vez que puede convertirse en una contribución importante al desarrollo de este campo. En su trabajo Martín & Grau (2004) destacan: “El hecho de que el paciente cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia. 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 exacerbaban 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”,

Beebe & Phillips (2016), encontraron en su estudio relacionado al tratamiento de desorden de esquizofrenia que hay un sinnúmero de factores que inciden en la pobre adherencia del paciente con el régimen terapéutico, ya sea de medicamentos o de estilo de vida. Entre estos factores se destacan: factores personales, actitud hacia los efectos adversos del medicamento, el cuidado por muchos proveedores de salud y la polifarmacia. Estos no encontraron suficiente evidencia que implique que la edad, género, raza, estilo de vida o nivel educativo estén asociados a la adherencia.

Igualmente, en el estudio sobre la adherencia en las enfermedades crónicas de Ramos (2015) concluye que la adherencia terapéutica es un proceso complejo multidimensional y se sabe que está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que pueden agruparse en cinco grupos: factores socio económicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente. Entre los factores socio económicos Ramos (2015) menciona: la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social que sean efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación. En lo relacionado al equipo o el sistema de asistencia sanitaria los factores asociados están: servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y

proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de auto cuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. En el factor enfermedad se incluyen lo relacionado a la gravedad de la enfermedad y de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Por otro lado, los factores relacionados con el tratamiento están: la complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Y los factores relacionados con el paciente tienen que ver con: los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Además, el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; no percibir su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones son factores relacionados a la sobre la adherencia en las enfermedades crónicas (Ramos, 2015).

Neiheisel, et al. (2014), también confirman en su estudio que la no adherencia se debe a los altos costos de los tratamientos de las enfermedades crónicas. Muchos de estos pacientes no tienen plan de seguro de salud o su cubierta es limitada. Estos pacientes no se adhieren al tratamiento por evitarse una carga económica y esto está asociado a unos resultados terapéuticos pobres y progresión de la enfermedad. Luga, et al. (2014) en su investigación hace mención también sobre los costos elevados por los servicios de salud a consecuencia de la no adherencia al tratamiento.

Otros autores presentan razones adicionales a las mencionadas, a la no adherencia relacionadas con los factores de tratamiento. En su investigación, Bosch, et al. (2007) encontraron que, en ocasiones los pacientes no completan un ciclo de tratamiento o no siguen los cambios



recomendados en los hábitos alimentarios o personales. Esta adherencia deficiente se debe a que los tratamientos toman mucho tiempo, tienen efectos secundarios o incluyen el cambio de los hábitos del paciente. Además, estudios indican que no siempre se aprecian los cambios que se esperan en el tratamiento, por lo que la complejidad del tratamiento puede llevar a la frustración del paciente (Luga & McGuire, 2014).

Adicionales a los factores mencionados, Jeifetz & Tajer (2010) mencionan las razones personales y la actitud hacia: los efectos adversos de medicamentos, hacia cómo ve el sistema del cuidado con muchos proveedores, así como la polifarmacia, la edad (muy joven o anciana), el estatus minoritario, el género masculino y el estado civil. Es importante destacar la relación del envejecimiento ya que muchas de estas personas presentan habitualmente más de una enfermedad crónica por lo que se ven precisados a enfrentar tratamientos complejos de larga duración.

Rodríguez (2006), en su estudio presenta que un 40 por ciento de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20 por ciento, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45 por ciento; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de cumplimiento es incluso más elevada. Se ha considerado que estos porcentajes subestiman el fenómeno, pues los estudios se suelen hacer con los reportes de los pacientes cuyo acatamiento puede ser parcial y que no se perciben a sí mismos como incumplidores. También informa que, en el caso de las prescripciones de ingestión de medicamentos, entre el 33 y el 82 por ciento de los pacientes no sigue o comete errores en el seguimiento del régimen.

Peck & King (1981) en su estudio relacionado a casos del infarto del miocardio, se ha planteado que el 49 por ciento de los enfermos abandona durante el primer año la instrucción de llevar a cabo los ejercicios físicos del programa de rehabilitación. También indica que, entre el

40 y el 50 por ciento de los pacientes no acude a la consulta médica para recibir el tratamiento curativo una vez que se ha diagnosticado la enfermedad.

Bosch, et al. (2007) revisaron 30 ensayos que incluyeron 4,691 participantes de Estados Unidos, en donde analizaron varios tipos de contratos que firman los pacientes y los profesionales de la salud. Estos pacientes tenían problemas de salud de adicciones a sustancias, hipertensión o sobrepeso. En estos acuerdos ambas partes se comprometían a cumplir con un conjunto de conductas para que el paciente continúe con su tratamiento. En sus conclusiones no encontraron suficientes pruebas para recomendar el uso rutinario de los contratos a fin de mejorar la adherencia al tratamiento o a los regímenes de salud preventivos.

Luga & McGuire (2014), incluyen en su investigación, cómo el tener una interacción positiva con el médico influye en el paciente y cómo esto resulta en adherirse al tratamiento. Adicional encontraron que se logra una mayor adherencia y se optimiza el gasto cuando: hay una mejor educación sobre temas de la salud, cuando hay diseños de seguros de salud basados en valores y cuando hay un uso prudente de los incentivos de los pacientes. Además de utilizar medicamentos de menor costo y enfocarse en las enfermedades de mayor costo. También indican que, es necesaria la colaboración entre los pacientes, aseguradoras, creadores de políticas y proveedores.

Svantesson, et al. (2016), en su trabajo de investigación indica que la educación sobre la condición de una enfermedad juega un papel favorable a la hora de tomar la decisión de adherirse a un tratamiento. Según el estudio el cual fue realizado por la Facultad de Medicina y Salud de la Universidad Orebro en Suecia, en donde entrevistaron a 16 profesionales de la salud acerca de su experiencia con colegas, estos indicaron que cuando el paciente es un profesional de la salud, este les da prioridad a los asuntos de salud y cumple con su tratamiento, sin embargo, luce inseguro en cuanto a la efectividad de los resultados, esto debido al conocimiento médico que tienen. Pero, aun así, estos continúan su tratamiento.

Por otro lado, Guerrero, et al. (2014) indican en su estudio que la adherencia al tratamiento puede resultar contraproducente cuando el paciente es un experto de la salud. Por ejemplo, entre las actitudes que puede tener el paciente que es un profesional de la salud están: autoengaño, ocultación, negación y auto tratamiento. Estas actitudes se deben a que ellos consideran que sus estudios profesionales son suficientes para monitorear el tratamiento por ellos mismos. También, pueden pensar que consultar a un compañero profesional es signo de ignorancia. “El escepticismo, manifestado por la conducta de desechar las recomendaciones recibidas, es la desconfianza hacia todo juicio clínico que no provenga de uno mismo. En este sentido, los cuidadores argumentan que atender un colega puede restar objetividad a la intervención. Por otro lado, cuando se atiende a otro profesional enfermo, se tiende a buscar la complacencia, aunque no se comparta el juicio clínico, ya que la diferencia de criterios puede ser malinterpretada”, indican Guerrero, et al. (2014).

Albújar (2015) coincide con Guerrero, en la actitud que toman los médicos, enfermeros y otro personal de la salud cuando estos son pacientes. Según Albújar, el temor al dolor, al riesgo, a la incapacidad o la muerte los coloca en la misma situación de quienes se sientan frente a ellos. “Con frecuencia los médicos subestiman o trivializan los síntomas de sus enfermedades y adoptan para sí conductas distintas de las aconsejadas a los pacientes. Un estudio del Colegio de Médicos de Barcelona reveló la despreocupación generalizada del colectivo médico por su salud. Ante un problema de su salud, optan por la auto medicación; y si consultan, lo hacen de manera informal, sea por teléfono, en el pasillo del hospital y con referencia a un tercero” (Albújar, 2015).

Por otro lado, D’Anello, et al. (2009), examinaron el grado de influencia de características demográficas, estilo relacional y satisfacción del paciente sobre la adherencia al tratamiento. El estudio tuvo una muestra de 37 médicos y sus respectivos pacientes 141 (de los cuales 30 eran diabéticos, 49 con problemas cardiovasculares, 18 con cáncer, 32 con



padecimientos respiratorios y 12 con enfermedades gastrointestinales). Los investigadores condujeron dos análisis en donde utilizaron como variable dependiente la adherencia desde la perspectiva del paciente y el segundo análisis la variable dependiente fue la percepción de parte del médico. En el mismo, se concluyó que la relación médico-paciente, vista desde la perspectiva del paciente y la satisfacción con la atención médica, constituyen variables que afecta la adherencia al tratamiento médico.

### **Resumen**

En este capítulo se presentaron evidencias de estudios que identifican posibles factores que influyen en la no adherencia a los tratamientos como lo son: socio económico, equipo o el sistema de asistencia sanitaria, la enfermedad, el tratamiento, el paciente. Se presentó literatura relacionada en la adherencia o no de los profesionales o no profesionales al tratamiento.



## CAPITULO III. METODOLOGÍA

### **Introducción**

En este capítulo se describe el diseño de investigación, la población y la muestra del estudio. Se incluye procedimiento de recolección de datos y el análisis estadístico que utilizo la investigadora. Se presentan las precauciones para minimizar los riesgos mínimos durante el proceso de investigación y la manera mediante la cual se garantizó la protección de los derechos humanos de los sujetos que formen parte del estudio.

### **Diseño**

Estudio no experimental, descriptivo de tipo transversal. Dirigido a determinar si existe diferencia entre los pacientes profesionales de la salud y los no profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos e identificar factores que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento.

### **Variables del estudio**

Para este estudio las variables fueron:

- Profesionales de la salud, no profesionales de la salud
- Adherencia o no al tratamiento

### **Población y Muestra**

La población para este estudio era el personal profesional de la salud y pacientes no profesionales de la salud de un hospital del área metropolitana de Puerto Rico. La muestra fue de 30 sujetos por conveniencia. La muestra se dividió en 15 profesionales de la salud y 15 participantes no profesionales de la salud.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

### **Inclusión:**

#### Profesionales de la Salud:

1. Personal de la institución que sean profesionales de la salud
2. Ambos géneros.
3. Mayor de 21 años.
4. Deseen participar de forma voluntaria

#### Pacientes:

1. Pacientes no profesionales de la salud.
2. Pacientes que dentro de su condición puedan contestar un cuestionario.
3. De ambos géneros.
4. Mayor de 21 años.
5. Deseen participar de forma voluntaria.

### **Exclusión:**

#### Profesionales de la Salud

1. Personal de la institución que no sean profesionales de la salud.
2. Personal de otra institución hospitalaria.
3. Menores de 21 años.

#### Pacientes:

1. Pacientes profesionales de la salud.
2. Pacientes que por su condición no puedan contestar un cuestionario.
3. Menores de 21 años.

## **Instrumento**

Para la recolección de los datos la investigadora construyó un cuestionario utilizando como referencia la revisión de literatura. El instrumento fue titulado: Diferencias en la

adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud.

El instrumento consta de dos partes: primera parte datos sociodemográficos, segunda parte factores que influyen a la adherencia al tratamiento. En los datos sociodemográficos se presentan 5 premisas donde el sujeto marcaba con una equis a la respuesta que corresponde a su situación actual. En la segunda parte del instrumento presenta 21 premisa donde el sujeto marco con una equis en la columna de sí o no.

### **Validación del instrumento**

El instrumento fue creado por la investigadora de acuerdo con la revisión de literatura. Una vez creado el instrumento fue sometido a la validación de cinco expertos. Una vez evaluado el instrumento por los expertos, se le realizaron los cambios en el instrumento, según las recomendaciones.

### **Procedimiento para colección de datos**

1. Solicitud del permiso para llevar a cabo la investigación en la institución, hospital.
2. Se sometió el estudio a la Junta Reguladora para Seres Humanos en Investigación (IRB siglas en inglés) del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM).
3. Una vez recibida la autorización de la agencia y del IRB:
  - A. La investigadora coordinó con Directora de Enfermería para establecer la unidad para recopilar los datos.
  - B. Se coordinó con la supervisora de enfermería de la unidad establecida los días para recopilar los datos.
  - C. En coordinación con la supervisora de enfermería se presentó la información del estudio al profesional de salud y se discutió la hoja informativa. Todos los que desearon participar libre y voluntario se les entrego en un sobre el documento de Hoja informativa y el cuestionario. Se le ofreció 20 minutos para contestar el cuestionario. Una vez

finalizaron el cuestionario los participantes colocaron el mismo en el sobre y sellaron.

Luego de pasar los 20 minutos se recogió el sobre.

- D. Luego de orientar al profesional de la salud y en coordinación con la supervisora de la unidad, utilizando los criterios de inclusión, se pasó por las habitaciones de los pacientes. Al paciente se le dio información del estudio. Una vez el paciente libre y voluntario decidió participar en el estudio, se discutió el documento de Hoja Informativa. Se les entregó en un sobre el documento de Hoja informativa y el cuestionario. Se le ofreció 20 minutos para contestar el cuestionario. Una vez finalizaron el cuestionario el participante colocó el mismo en el sobre y lo selló. Luego de pasar los 20 minutos se recogió el sobre.

### **Protección de los Derechos Humanos**

Para cumplir con los derechos humanos en una investigación la investigadora tomó las certificaciones del IRB (“Institutional Review Board”), RCR (“Responsible Conduct of Research”) e HIPAA (“Health Insurance Portability and Accountability Act”) relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humanos. Al momento se obtuvo la autorización de parte de la institución hospitalaria para la recopilación de datos por medio de un cuestionario. Se sometió el estudio para su aprobación por parte del IRB del SUAGM.

La investigadora presentó a los participantes el Documento de Hoja Informativa que contiene: información sobre la investigación, así como los riesgos; el tiempo de participación, información sobre las medidas adoptadas para mantener la confidencialidad de la información recopilada.

El riesgo del participante en esta investigación fue mínimo. Los riesgos que el participante pudo presentar es sentirse incomodo, aburridos o cansado al completar el instrumento. De haber ocurrido el riesgo mínimo se le había ofrecido la alternativa al participante de entregar el cuestionario y retirarse sin penalidad alguna. En el mismo documento



el cual indicaba sobre la participación voluntaria y que no había compensación económica por participar.

Entre los beneficios por participar en la investigación para el profesional de la salud y el no profesional de la salud fue su aportación en el conocimiento del tema. Mediante la identificación de los factores que influyen al paciente al no adherirse a su tratamiento, se puede trabajar con el mismo para mejorar la adherencia, lo que lleva a prevenir el deterioro y disminuir o evitar la morbilidad o mortalidad del paciente.

Una vez recolectado los cuestionarios, los mismos fueron custodiados por la investigadora en sobres sellados para garantizar la pureza y confiabilidad en el proceso. Los mismos están guardados bajo llave en un lugar seguro en la residencia de la investigadora hasta el tiempo máximo determinado por el IRB (5 años). Una vez culmine este periodo, los cuestionarios serán destruidos y triturados haciendo uso de una trituradora de papel no quemados.

### **Análisis estadístico**

Para describir el perfil del paciente profesional de la salud y el no profesional de la salud se utilizó la estadística de frecuencia y porcentaje. Para determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes profesionales de la salud y los no profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos se utilizó la estadística Pearson Chi-Cuadrado. Para identificar los factores que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento se utilizó la estadística de Pearson Chi-Cuadrado. Los resultados del estudio se presentaron acompañados de Figuras y tablas.

### **Resumen**

En este capítulo se presentó la metodología para llevar a cabo la investigación. Se presentaron las variables del estudio, así como información sobre los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, se describió el instrumento de recolección de datos y su validez.

Se identificó la estadística a utilizar para analizar los datos recopilados. Incluye además el capítulo los pasos a seguir para asegurar la protección de los derechos humanos de los participantes.

## CAPITULO IV. HALLAZGOS

### Introducción

En este capítulo se presentan los resultados del estudio según el propósito de la investigación que es conocer las diferencias en la adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud. Sin embargo, antes de detallar los resultados, se presentará el perfil sociodemográfico de los participantes de este estudio.

### Presentación de los datos sociodemográficos

Mediante la Figura 1 se observa la distribución porcentual de los participantes según el tipo de profesión que los describe. Un 50% (n=15) indicaron ser profesionales de la salud mientras que el restante 50% (n=15) indicaron no ser profesionales de la salud.

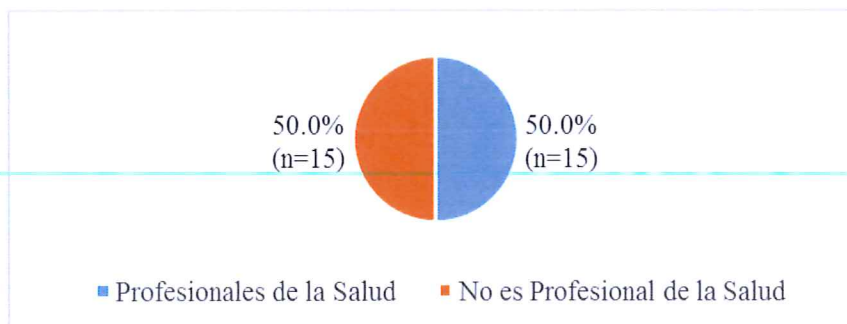


Figura 1. Distribución porcentual de los participantes del estudio por tipo de profesión (profesional de la salud o no es profesional de la salud).

La distribución porcentual de los participantes del estudio por género, según muestra el gráfico 1, expresó que en su mayoría fueron féminas (76.7%; n=23) y el restante 23.3% (n=7) fueron del género masculino.

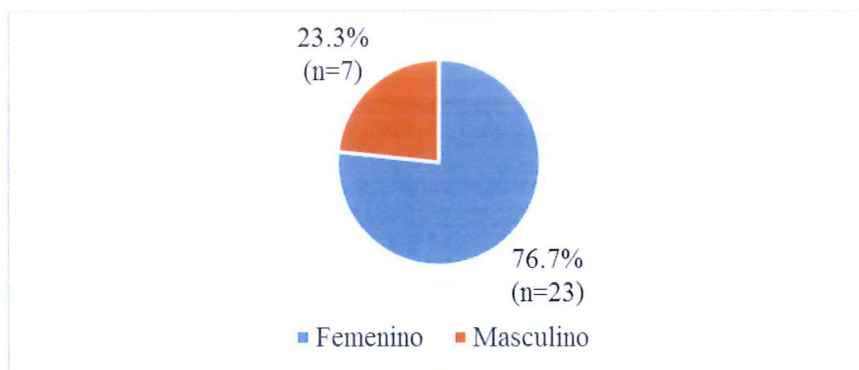


Figura 2. Distribución porcentual de los participantes por género.

Acerca la distribución de los participantes por grupos de edades, un 53% (n=16) se agruparon entre las edades de 54 a 65 años o más; un 26.7% (n=8) entre 54-65 y un 26.7% (n=8) entre 65 años o más (Figura 2). Seguido por un 23.3% (n=7) de los participantes en el grupo de edad de 32-42 años. Un 13.3% (n=4) indicó tener entre 43-53 años al momento de completar la encuesta. El restante 10% (n=3) entre 21-31 años.

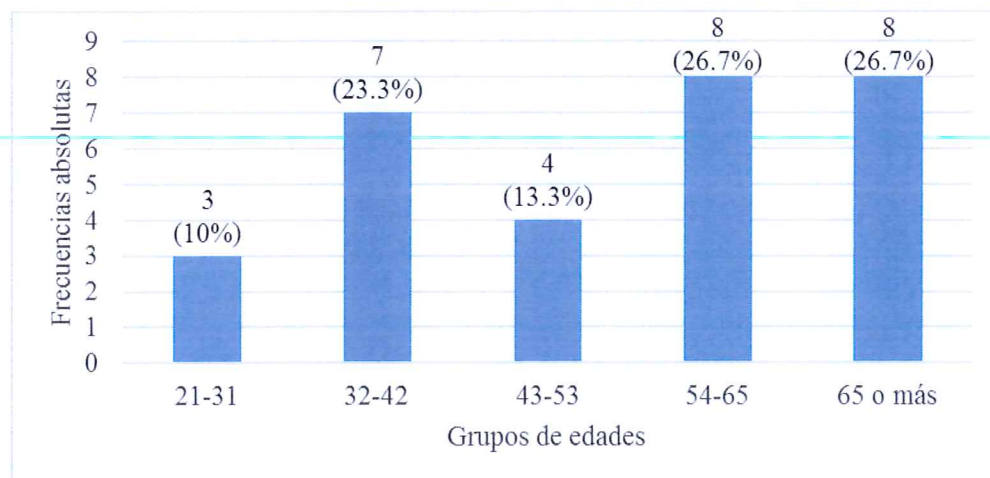


Figura 3. Distribución de los participantes del estudio por grupos de edades.

La distribución porcentual de los participantes del estudio por tipo de enfermedad es manifestada mediante la Figura 3. Un 50% (n=15) indicó poseer un tipo de enfermedad aguda y el restante 50% (n=15) un tipo de enfermedad crónica.



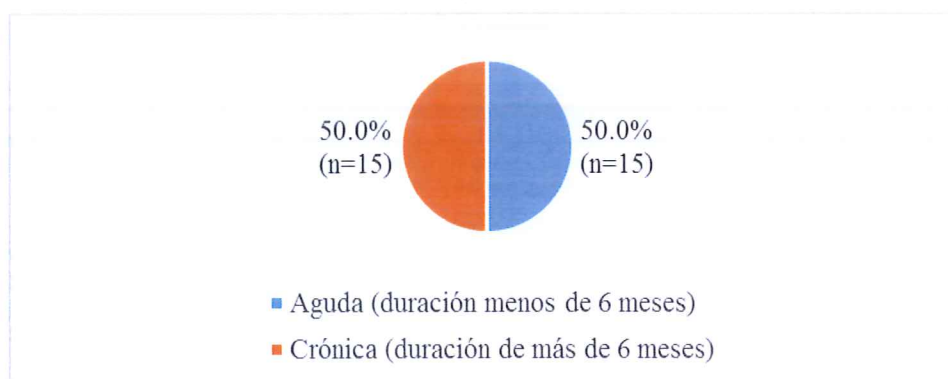


Figura 4. Distribución porcentual de los participantes del estudio por tipo de enfermedad.

De la escolaridad de los participantes del estudio se desprende mediante el gráfico 4, que poco más de la mitad, 56.7% (n=17) indicó poseer un grado universitario. Un 16.7% (n=5) indicó poseer un programa técnico, un 13.3% (n=4) posee un grado de escuela superior y el restante 13.3% (n=4) un nivel de escuela elemental.

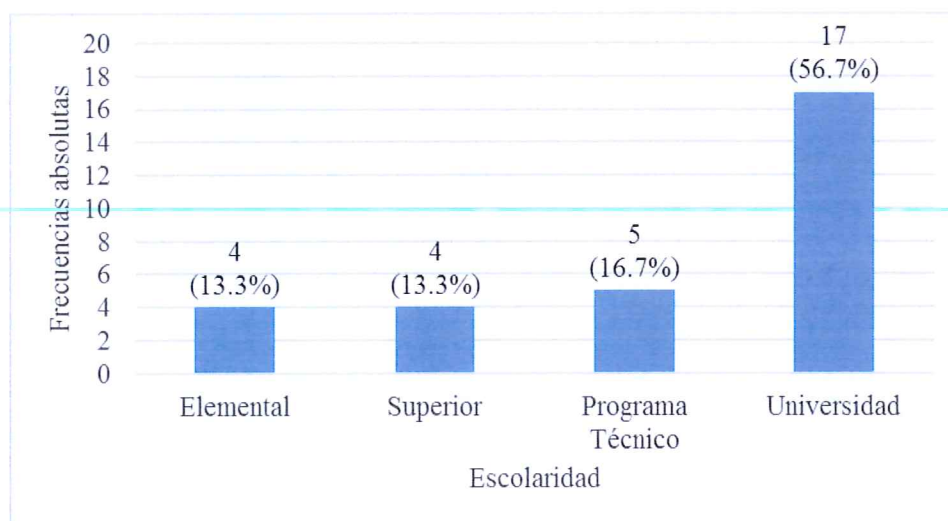


Figura 5. Distribución porcentual de los participantes del estudio por escolaridad.

Las condiciones de salud de los participantes del estudio, según muestra la Figura 6 se distribuye de la siguiente forma. Un 26.7% (n=8) mencionó ser relacionada a la presión arterial, un 23.3% (n=7) indicó estar relacionada a los niveles de glucosa en la sangre y otro 23.3% (n=7) otras condiciones. Un 13.3% (n=4) mencionó tener una condición relacionada a los niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre, un 6.7% (n=2) a los pulmones y el restante 2% (n=2) al corazón.

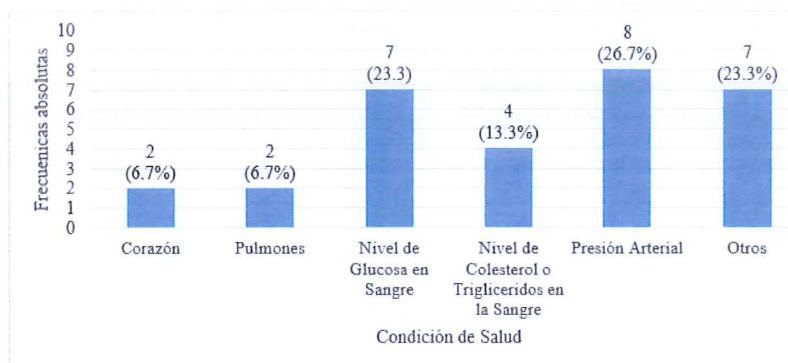


Figura 6. Distribución de los participantes del estudio por condición de salud.

### Presentación de los datos a base de los objetivos del estudio

Esta sección presenta el análisis realizado para la investigación según los objetivos del estudio. Para describir las respuestas en esta sección se utilizaron frecuencias absolutas y relativas (porcientos).

- **Primer Objetivo:** Describir el perfil del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud.

En el perfil sociodemográfico de los participantes del estudio, se presentó a través de la Figura 1, que la distribución por tipo de profesión se comportó de la siguiente forma: un 50% (n=15) fueron profesionales de salud y el restante 50% (n=15) no profesionales de la salud. En la Figura 7, se presenta la misma tendencia, la distribución de los pacientes por tipo de profesión más comparada con el comportamiento de la variable de género. Se observó un comportamiento similar entre ambos grupos de pacientes. Una frecuencia de 11 pacientes profesionales de la salud (73%) indicaron ser del género femenino mientras que los restantes cuatro (4) pacientes (27%) indicaron ser del género masculino. Referente a los pacientes que no son profesionales de la salud, 12 pacientes profesionales de la salud (80%) indicaron ser del género femenino mientras que los restantes tres (3) pacientes (20%) indicaron ser del género masculino.

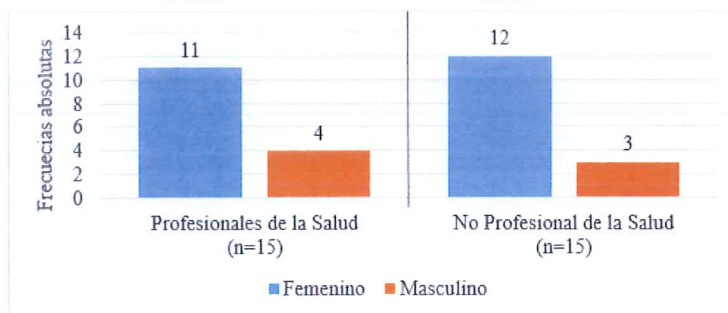


Figura 7. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y género.

En la Figura 8 se presenta la distribución de los pacientes por tipo de profesión y grupos de edades. Se observó un comportamiento diverso en la distribución de las edades entre ambos grupos de pacientes, particularmente entre los grupos de 32 a 42 años y 65 años o más. Respecto al grupo de 32 a 42 años, cinco (5) profesionales de la salud (33%) indicaron estar dentro de este grupo de edad mientras que 2 (dos) pacientes no profesionales de la salud indicaron pertenecer a este grupo. En el caso del grupo de edad de 65 años o más, tres (3) pacientes profesionales de la salud, indicaron tener 65 años o más (20%) mientras que cinco (5) pacientes no profesionales de la salud (33%) indicaron pertenecer a este grupo de edad. En los restantes grupos de edades, el comportamiento de los pacientes tuvo una distribución similar.

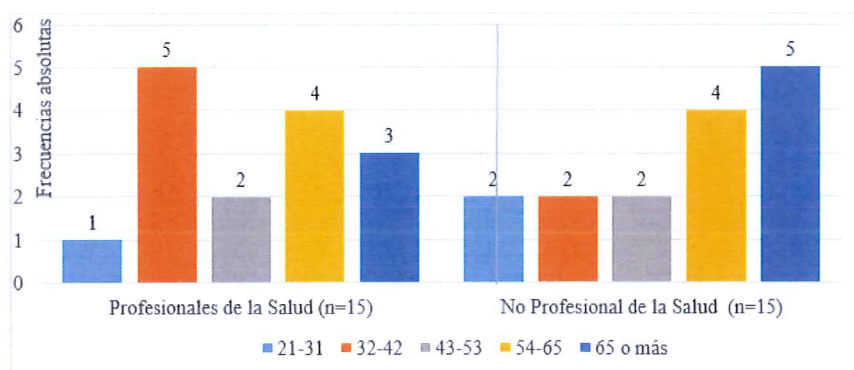


Figura 8. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y grupos de edades.

En la Figura 9 se presenta la distribución de los pacientes por tipo de profesión y tipo de enfermedad. Se observó un comportamiento diverso en la distribución del tipo de enfermedad entre ambos grupos de pacientes. De los pacientes profesionales de la salud, nueve (9) indicaron

poseer una enfermedad aguda (60%), mientras que 6 (seis) pacientes no profesionales de la salud (40%) indicaron poseer este tipo de enfermedad. Por otro lado, seis (6) pacientes profesionales de salud (40%) indicaron poseer un tipo de enfermedad crónica, mientras que nueve (9) pacientes no profesionales de la salud (60%) indicaron poseer este tipo de enfermedad.

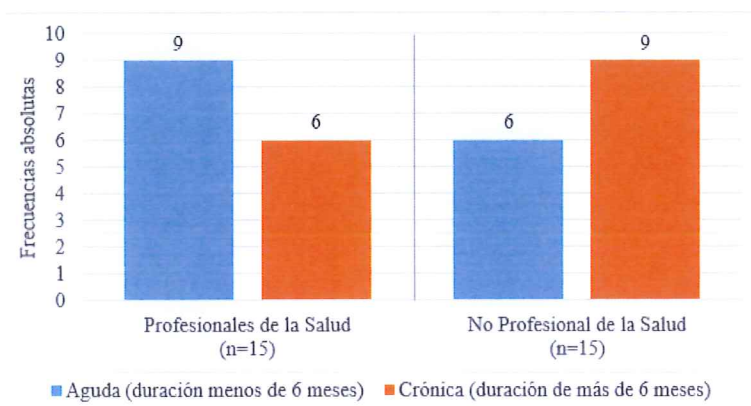


Figura 9. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y tipo de enfermedad.

En la Figura 10 se presenta la distribución de los pacientes por tipo de profesión y escolaridad. Se observó un comportamiento diverso en la distribución del nivel de escolaridad entre ambos grupos de pacientes. La mayoría de los pacientes profesionales de la salud indicaron poseer un nivel universitario ( $n=14$ ; 93%) y el restante ( $n=1$ ; 7%) indicaron un nivel de escuela superior. Respecto, a los pacientes no profesionales de la salud, cinco (5) indicaron tener un nivel técnico (33%) de escolaridad, cuatro (4) un nivel elemental (27%), tres (3) un nivel de escuela superior (20%) y los restantes tres (3) un nivel universitario (20%).



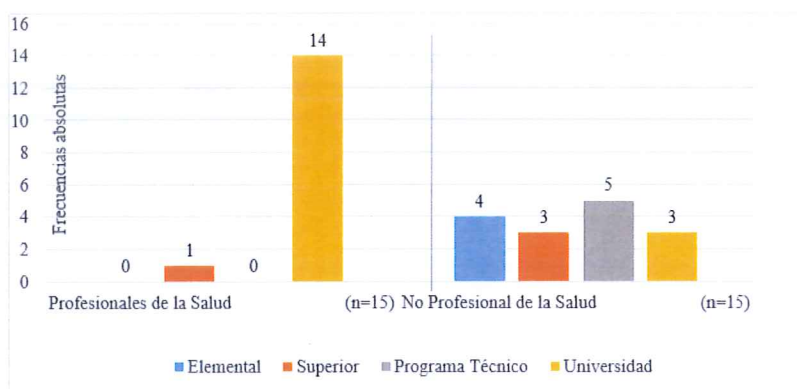


Figura 10. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y escolaridad.

En la Figura 11 se presenta la distribución de los pacientes por tipo de profesión y condición de salud. Se observó un comportamiento diverso en la distribución de las condiciones de salud entre ambos grupos de pacientes, particularmente en las condiciones de presión arterial y otras. Mientras que seis (6) pacientes profesionales de la salud (40%) indicaron poseer una condición relacionada a la presión arterial, dos (2) pacientes no profesionales de la salud (13%) indicaron poseer esta condición. Bajo otras condiciones de salud, se identificaron cinco (5) pacientes profesionales de la salud (33%) mientras entre los pacientes no profesionales se identificaron dos (2; 13%). En las restantes condiciones de salud el comportamiento de los pacientes tuvo una distribución similar.

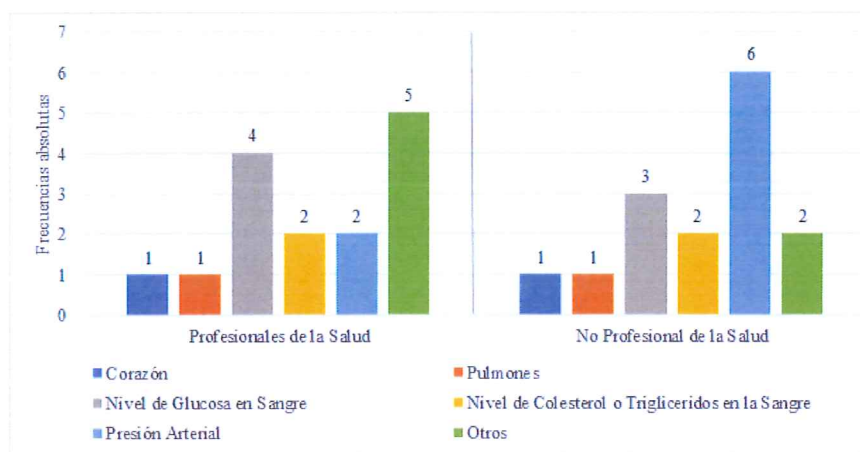


Figura 11. Distribución de los pacientes por tipo de profesión y condición de salud.

En esta sección se presenta las respuestas de los pacientes a la segunda parte del cuestionario cuyo propósito es evaluar los factores que influyen a la adherencia al tratamiento. Por razones de espacio en la tabla 1, se presentan los resultados de los 30 participantes por premisa. Los resultados divididos por tipo de paciente se encuentran en el apéndice D. No obstante, en la descripción de la tabla 1, se incluye el detalle por tipo de paciente.

Según muestra la tabla 1, las siguientes premisas reflejaron las mayores distribuciones porcentuales afirmativas, entre los cuales se mencionan de forma descendente;

- Un 100% (n=30) de los participantes (50%; n=15 profesionales de la salud, 50%; n=15 no profesionales de la salud) contestaron afirmativamente la premisa 1 “¿Conoce información de su condición? (Ejemplo: qué es su condición, malestares y otros)”.
- Un 97% (n=29) de los participantes (50%; n=15 profesionales de la salud, 47%; n=14 no profesionales de la salud) contestaron afirmativamente las siguientes tres (3) premisas: premisa 2 “¿Tiene conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados? (Ejemplo: medicamentos, dietas, ejercicios y otros)”, premisa 7 “¿Fue orientado por el médico sobre su condición y tratamiento?” y premisa 8 “¿Entiende que los profesionales de la salud lo han orientado con relación a su tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio)?”.
- Un 83% (n=25) de los participantes (47%; n=14 profesionales de la salud, 37%; n=11 no profesionales de la salud) contestaron afirmativamente la premisa 3 “¿Tiene conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos o tratamientos recetados?”.
- Un 80% (n=24) de los participantes contestaron afirmativamente las siguientes tres (3) premisas: premisa 12 (40%; n=12 profesionales de la salud, 40%; n=12 no profesionales de la salud) “¿Está usted motivado para continuar su tratamiento?”, premisa 16 (50%; n=15 profesionales de la salud, 30%; n=9 no profesionales de la salud) “¿Tiene medio de transporte o facilidad para llegar a recibir el tratamiento médico?” y premisa 20 (33%; n=10

profesionales de la salud, 47%; n=14 no profesionales de la salud) “¿En estos momentos usted Vive con familiares?”.

- Un 73% (n=22) de los participantes (40%; n=12 profesionales de la salud, 33%; n=10 no profesionales de la salud) contestaron afirmativamente la premisa 6 “¿Entiende que la condición indicada por su médico es la correcta?”.
- Un 67% (n=20) de los participantes (37%; n=11 profesionales de la salud, 30%; n=9 no profesionales de la salud) contestaron afirmativamente la premisa 10 “¿Cuándo mejoraron los malestares o síntomas de la condición, detiene usted el tratamiento ordenado?”.
- Un 63% (n=19) de los participantes contestaron afirmativamente las siguientes dos (2) premisas: premisa 13 (33%; n=10 profesionales de la salud, 30%; n=9 no profesionales de la salud) “¿Percibe que el tratamiento ordenado es efectivo?” y premisa 15 (30%; n=9 profesionales de la salud, 33%; n=10 no profesionales de la salud) “¿Su nivel económico le facilita el continuar con su tratamiento?”.
- Un 50% (n=15) de los participantes contestaron afirmativamente las siguientes tres (3) premisas: premisa 9 (30%; n=9 profesionales de la salud, 20%; n=6 no profesionales de la salud) “¿Sigue usted el tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio y otros) según fueron ordenada por su médico o especialista?”, premisa 14 (23%; n=7 profesionales de la salud, 26%; n=8 no profesionales de la salud) “¿Utilizo tratamiento alterno no ordenado por su médico?” y premisa 21 (33%; n=10 profesionales de la salud, 17%; n=5 no profesionales de la salud) “¿En estos momentos usted vive cerca del centro donde recibe tratamiento médico?”.
- Un 47% (n=14) de los participantes (30%; n=9 profesionales de la salud, 17%; n=5 no profesionales de la salud) contestaron afirmativamente la premisa 11 “¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico?”.

- Un 20% (n=6) de los participantes (3%; n=1 profesionales de la salud, 17%; n=5 no profesionales de la salud) contestaron afirmativamente la premisa 4 “¿Presenta dificultad para leer información acerca de su condición y tratamiento?”.
- Un 17% (n=5) de los participantes (3%; n=1 profesionales de la salud, 14%; n=4 no profesionales de la salud) contestaron afirmativamente la premisa 5 “¿Presenta dificultad para entender las instrucciones sobre su tratamiento?”.
- Un 14% (n=4) de los participantes (profesionales de la salud) contestaron afirmativamente la premisa 18 “¿En estos momentos usted vive solo?”.



Tabla 1. Distribución de los pacientes por premisas del cuestionario.

PREMISAS	Respuestas		
	Sí	No	N
<b><i>Conocimiento de la condición y tratamientos</i></b>			
1. ¿Conoce información de su condición? (Ejemplo: qué es su condición, malestares y otros)	30 (100%)	0	30
2. ¿Tiene conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados? (Ejemplo: medicamentos, dietas, ejercicios y otros).	29 (97%)	1 (3%)	30
3. ¿Tiene conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos o tratamientos recetados?	25 (83%)	5 (17%)	30
4. ¿Presenta dificultad para leer información acerca de su condición y tratamiento?	6 (20%)	24 (80%)	30
5. ¿Presenta dificultad para entender las instrucciones sobre su tratamiento?	5 (17%)	25 (83%)	30
6. ¿Entiende que la condición indicada por su médico es la correcta?	22 (73%)	8 (27%)	30
7. ¿Fue orientado por el médico sobre su condición y tratamiento?	29 (97%)	1 (3%)	30
8. ¿Entiende que los profesionales de la salud lo han orientado en relación con su tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio)?	29 (97%)	1 (3%)	30
<b><i>Adherencia al tratamiento</i></b>			
9. ¿Sigue usted el tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio y otros) según fueron ordenada por su médico o especialista?	15 (50%)	15 (50%)	30
10. ¿Cuándo mejoraron los malestares o síntomas de la condición, detiene usted el tratamiento ordenado?	20 (67%)	10 (33%)	30
11. ¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico?	14 (47%)	16 (53%)	30
12. ¿Está usted motivado para continuar su tratamiento?	24 (80%)	6 (20%)	30
13. ¿Percibe que el tratamiento ordenado es efectivo?	19 (63%)	11 (37%)	30
<b><i>Factores asociados a la adherencia al tratamiento</i></b>			
14. ¿Utilizo tratamiento alternativo no ordenado por su médico?	15 (50%)	15 (50%)	30
15. ¿Su nivel económico le facilita el continuar con su tratamiento?	19 (63%)	11 (37%)	30
16. ¿Tiene medio de transporte o facilidad para llegar a recibir el tratamiento médico?	24 (80%)	6 (20%)	30
17. ¿Asiste usted a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento?	16 (53%)	14 (47%)	30
18. ¿En estos momentos usted vive solo?	4 (13%)	26 (87%)	30
19. ¿En estos momentos usted vive en un hogar sustituto?	0	30 (100%)	30
20. ¿En estos momentos usted Vive con familiares?	24 (80%)	6 (20%)	30
21. ¿En estos momentos usted vive cerca del centro donde recibe tratamiento médico?	15 (50%)	15 (50%)	30

- **Segundo objetivo:** Determinar si existe diferencia entre los pacientes profesionales de la salud y los no profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos.

Para determinar si hay diferencias en la adherencia a los tratamientos por tipo de paciente (profesionales de la salud y no profesionales de la salud) se utilizaron tablas de contingencia y la prueba estadística de  $\chi^2$  de Pearson para variables de naturaleza categóricas. Para este ejercicio se tomaron como variables independientes las siguientes premisas del cuestionario que miden adherencia a tratamientos:

- i. ¿Sigue usted el tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio y otros) según fueron ordenada por su médico o especialista?
- ii. ¿Cuándo mejoraron los malestares o síntomas de la condición, detiene usted el tratamiento ordenado?
- iii. ¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico?,
- iv. ¿Está usted motivado para continuar su tratamiento? y ¿Percibe que el tratamiento ordenado es efectivo?

Las variables independientes en esta prueba estadística de  $\chi^2$  de Pearson se ejecutó contra la variable independiente de tipo de paciente cuyos valores son profesional de la salud o no profesional de la salud.

En la tabla 2, se presenta un resumen de las respuestas obtenidas en relación con las variables que se desean comparar antes mencionadas. La tabla de contingencia se utilizó para registrar y analizar la relación entre dos o más variables categóricas, en este caso nominales. Esta tabla muestra que las proporciones de los pacientes se distribuyen de forma similar por adherencia al tratamiento.

Tabla 2. Tabla de contingencia: Tipo de Paciente vs Adherencia al tratamiento según ordenado por el médico.

Tipo de paciente	Adherencia		Total
	No	Sí	
Profesional de la salud	6	9	15
No Profesional de la salud	9	6	15
Total	15	15	30

Para identificar la significación estadística entre ambas variables categóricas se calculó los valores esperados para ser evaluado con la prueba  $\chi^2$  de Pearson. A continuación, se establecen las hipótesis correspondientes:

- H0: La adherencia a tratamientos ordenado por el médico no difieren por tipo de paciente.
- H1: La adherencia a tratamientos ordenado por el médico difieren por tipo de paciente.

Según muestra la tabla 3, al aplicarse la prueba de  $\chi^2$ , el valor de p obtenido fue 0.143, mayor que 0.05, la región de rechazo, por lo que se falla en rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, las adherencias a tratamientos ordenado por el médico no difieren por tipo de paciente.

Tabla 3. Estadístico de prueba: Adherencia a los tratamientos ordenados por el médico por tipo de paciente.

Estadísticos de prueba	Valores	gl	Valor P
Pearson Chi-Cuadrado	2.143	1	.143
Corrección de continuidad	1.205	1	.272
Razón de verosimilitud	2.170	1	.141
N Casos válidos	30		

En la tabla 4, se presenta un resumen de las respuestas obtenidas en relación con las variables que se desean comparar. En ésta se muestra que las proporciones de los pacientes se distribuyen de forma similar por detención de tratamiento cuando mejoran los síntomas o malestares de la condición.



Tabla 4. Tabla de contingencia: Tipo de Paciente vs detención de tratamiento cuando mejoran los síntomas o malestares de la condición.

Tipo de paciente	Detención de tratamiento		Total
	No	Sí	
Profesional de la salud	4	11	15
No Profesional de la salud	6	9	15
Total	10	20	30

Para identificar la significación estadística entre ambas variables categóricas se calculó los valores esperados para ser evaluado con la prueba  $\chi^2$  de Pearson. A continuación, se establecen las hipótesis correspondientes:

- H0: La detención del tratamiento cuando mejoran los síntomas o malestares de la condición no difieren por tipo de paciente.
- H1: La detención del tratamiento cuando mejoran los síntomas o malestares de la condición difieren por tipo de paciente

Según se muestra en la tabla 5, al aplicarse la prueba de  $\chi^2$ , el valor de p obtenido fue 0.301, mayor que 0.05, la región de rechazo, por lo que se falla en rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, La detención del tratamiento cuando mejoran los síntomas o malestares de la condición no difieren por tipo de paciente.

Tabla 5. Estadístico de prueba: Detención del tratamiento cuando mejoran los síntomas o malestares de la condición por tipo de paciente.

Estadísticos de prueba	Valores	gl	Valor P
Pearson Chi-Cuadrado	1.071	1	.301
Corrección de continuidad	.419	1	.518
Razón de verosimilitud	1.075	1	.300
N Casos válidos	30		

En la tabla 6, se presenta un resumen de las respuestas obtenidas en relación con las variables que se desean comparar. La tabla de contingencia se utilizó para registrar y analizar la relación entre dos o más variables categóricas, en este caso nominales. Esta tabla muestra que las



proporciones de los pacientes se distribuyen de forma similar por finalización del tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico.

Tabla 6. Tabla de contingencia: Tipo de Paciente vs finalización del tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico.

Tipo de paciente	Finalización del tratamiento		Total
	No	Sí	
Profesional de la salud	6	9	15
No Profesional de la salud	10	5	15
Total	16	14	30

Para identificar la significación estadística entre ambas variables categóricas se calculó los valores esperados para ser evaluado con la prueba  $\chi^2$  de Pearson. A continuación, se establecen las hipótesis correspondientes:

- H0: La finalización del tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico no difieren por tipo de paciente.
- H1: La finalización del tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico difieren por tipo de paciente.

Según se muestra en la tabla 7, al aplicarse la prueba de  $\chi^2$ , el valor de p obtenido fue 0.063, mayor que 0.05, la región de rechazo, por lo que se falla en rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, la finalización del tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico no difiere por tipo de paciente.

Tabla 7. Estadístico de prueba: Finalización del tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico por tipo de paciente.

Estadísticos de prueba	Valores	gl	Valor P
Pearson Chi-Cuadrado	3.453	1	.063
Corrección de continuidad	2.225	1	.136
Razón de verosimilitud	3.534	1	.060
N Casos válidos	30		

En la tabla 8, se presenta un resumen de las respuestas obtenidas en relación con las variables que se desean comparar. La tabla de contingencia se utilizó para registrar y analizar la relación entre dos o más variables categóricas, en este caso nominales. Esta tabla muestra que las proporciones de los pacientes se distribuyen de forma similar por motivación para continuar con el tratamiento.

Tabla 8. Tabla de contingencia: Tipo de Paciente vs motivación para continuar con el tratamiento.

Tipo de paciente	Finalización del tratamiento		Total
	No	Sí	
Profesional de la salud	3	12	15
No Profesional de la salud	3	12	15
Total	6	24	30

Para identificar la significación estadística entre ambas variables categóricas se calculó los valores esperados para ser evaluado con la prueba  $\chi^2$  de Pearson. A continuación, se establecen las hipótesis correspondientes:

- H0: La motivación para continuar con el tratamiento no difieren por tipo de paciente.
- H1: La motivación para continuar con el tratamiento difieren por tipo de paciente.

Según se muestra en la tabla 9, al aplicarse la prueba de  $\chi^2$ , el valor de p obtenido fue 0.855, mayor que 0.05, la región de rechazo, por lo que se falla en rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, la motivación para continuar con el tratamiento no difiere por tipo de paciente.

Tabla 9. Estadístico de prueba: Motivación para continuar con el tratamiento por tipo de paciente.

Estadísticos de prueba	Valores	gl	Valor P
Pearson Chi-Cuadrado	0.33	1	.855
Corrección de continuidad	0.000	1	1.000
Razón de verosimilitud	0.033	1	.855
N Casos válidos	30		

En la tabla 10, se presenta un resumen de las respuestas obtenidas en relación con las variables que se desean comparar. La tabla de contingencia se utilizó para registrar y analizar la relación entre dos o más variables categóricas, en este caso nominales. Esta tabla muestra que las proporciones de los pacientes se distribuyen de forma similar por percepción de la efectividad del tratamiento.

Tabla 10. Tabla de contingencia: Tipo de Paciente vs percepción de la efectividad del tratamiento.

Tipo de paciente	Efectividad del tratamiento		Total
	No	Sí	
Profesional de la salud	5	10	15
No Profesional de la salud	6	9	15
Total	11	19	30

Para identificar la significación estadística entre ambas variables categóricas se calculó los valores esperados para ser evaluado con la prueba  $\chi^2$  de Pearson. A continuación, se establecen las hipótesis correspondientes:

- H0: La percepción sobre la efectividad del tratamiento no difieren por tipo de paciente.
- H1: La percepción sobre la efectividad del tratamiento difieren por tipo de paciente.

Según se muestra en la tabla 11, al aplicarse la prueba de  $\chi^2$ , el valor de p obtenido fue 0.510, mayor que 0.05, la región de rechazo, por lo que se falla en rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, la percepción sobre la efectividad del tratamiento no difiere por tipo de paciente.

Tabla 11. Estadístico de prueba: Percepción de la efectividad del tratamiento por tipo de paciente.

Estadísticos de prueba	Valores	gl	Valor P
Pearson Chi-Cuadrado	.433	1	.510
Corrección de continuidad	.078	1	.781
Razón de verosimilitud	.433	1	.510
N Casos válidos	30		

- **Tercer objetivo** Identificar los factores que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud.

Para identificar los factores que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud, se muestra un análisis de la prueba de  $\chi^2$ , para variables de naturaleza categórica nominal. Básicamente, este análisis consistió en comparar las premisas de las áreas de conocimiento y factores de adherencia al tratamiento con las premisas que miden específicamente la adherencia.

El rechazo o aceptación de la hipótesis nula estriba del valor del estadístico calculado y su probabilidad asociada. La regla de decisión consiste en que si el valor p es mayor que .05 se acepta la hipótesis nula. La hipótesis nula va a establecer que no existen diferencias significativas entre los factores mencionadas en las premisas del cuestionario y la premisa que mide específicamente la adherencia a los tratamientos: ¿Sigue usted el tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio y otros) según fueron ordenada por su médico? (tabla 12). Si el valor p es menor que .05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna. La hipótesis alterna establece que existen diferencias significativas los factores mencionadas en las premisas del cuestionario y la premisa que mide específicamente la adherencia a los tratamientos. En este caso, se identificaron diferencias significativas en la adherencia del tratamiento en las siguientes dos (2) premisas:

- Condición indicada por su médico es la correcta ( $p = .013 < .05$ )
- ¿Asiste a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento? ( $p = .000 < .05$ )



Tabla 12. Prueba estadística: premisas del cuestionario por premisa ¿Sigue usted el tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio y otros) según fueron ordenada por su médico?

<b>Premisas/Factores</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>GL</b>	<b>Valor P</b>
Conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados	1.034	1	.309
Conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos o tratamientos recetados	.240	1	.624
Presenta dificultad para leer información acerca de su condición y tratamiento	.833	1	.361
Presenta dificultad para entender las instrucciones sobre su tratamiento	.240	1	.624
Condición indicada por su médico es la correcta	6.136	1	.013
Orientado por el médico sobre su condición y tratamiento	1.034	1	.309
Entiende que los profesionales de la salud lo han orientado en relación a su tratamiento	1.034	1	.309
Cuando mejoraron los malestares o síntomas de la condición, detiene usted el tratamiento ordenado			
Utilizo tratamiento alternativo no ordenado por su médico	1.200	1	.273
Nivel económico le facilita el continuar con su tratamiento	1.292	1	.256
Tiene medio de transporte o facilidad para llegar a recibir el tratamiento médico	3.333	1	.068
Asiste usted a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento	19.286	1	.000
En estos momentos usted vive solo	.000	1	1.000
En estos momentos usted Vive con familiares	.833	1	.361
En estos momentos usted vive cerca del centro donde recibe tratamiento médico.	1.200	1	.273

Mediante la tabla 13, se presentan las relaciones entre las premisas del cuestionario y la premisa ¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico? El rechazo o aceptación de la hipótesis nula estriba del valor del estadístico calculado y su probabilidad asociada. La regla de decisión consiste en que si el valor p es mayor que .05 se acepta la hipótesis nula. La hipótesis nula va a establecer que no existen diferencias significativas entre los factores mencionados en las premisas del cuestionario y la premisa ¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico? Si el valor p es menor que .05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna. La hipótesis alterna establece que existen diferencias significativas los factores mencionadas en las premisas del cuestionario y la premisa finalización del tratamiento correctamente. En este caso, se

identificaron diferencias significativas en la finalización del tratamiento correcto en las siguientes dos (2) premisas:

- Condición indicada por su médico es la correcta ( $p = .002 < .05$ )
- ¿Asiste a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento? ( $p = .010 < .05$ )

Tabla 13. Prueba estadística: premisas del cuestionario por premisa ¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico?

<b>Premisas/Factores</b>	$\chi^2$	GL	Valor P
Conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados	.905	1	.341
Conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos o tratamientos recetados	.107	1	.743
Presenta dificultad para leer información acerca de su condición y tratamiento	.033	1	.855
Presenta dificultad para entender las instrucciones sobre su tratamiento	.107	1	.743
Condición indicada por su médico es la correcta	9.545	1	.002
Orientado por el médico sobre su condición y tratamiento	.905	1	.341
Entiende que los profesionales de la salud lo han orientado en relación con su tratamiento	.905	1	.341
Utilizo tratamiento alternativo no ordenado por su médico	2.400	1	.121
Nivel económico le facilita el continuar con su tratamiento	.010	1	.919
Tiene medio de transporte o facilidad para llegar a recibir el tratamiento médico	.938	1	.333
Asiste usted a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento	6.718	1	.010
En estos momentos usted vive solo	.021	1	.886
En estos momentos usted vive con familiares	1.205	1	.272
En estos momentos usted vive cerca del centro donde recibe tratamiento médico.	.536	1	.464

Mediante la tabla 14, se presentan las relaciones entre las premisas del cuestionario y la premisa ¿Está usted motivado para continuar su tratamiento? El rechazo o aceptación de la hipótesis nula estriba del valor del estadístico calculado y su probabilidad asociada. La regla de decisión consiste en que si el valor p es mayor que .05 se acepta la hipótesis nula. La hipótesis nula va a establecer que no existen diferencias significativas entre los factores mencionados en las premisas del cuestionario y la premisa motivado a continuar el tratamiento. Si el valor p es menor que .05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna. La hipótesis alterna establece

que existen diferencias significativas entre la relación antes mencionada. En este caso, se identificaron diferencias significativas en la motivación para continuar con su tratamiento en la premisa: Conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados ( $p = .042 < .05$ ).

Tabla 14. Prueba estadística: premisas del cuestionario por premisa ¿Está usted motivado para continuar su tratamiento?

<b>Premisas/Factores</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>GL</b>	<b>Valor P</b>
Conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados	4.138	1	.042
Conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos o tratamientos recetados	1.500	1	.221
Presenta dificultad para leer información acerca de su condición y tratamiento	.052	1	.819
Presenta dificultad para entender las instrucciones sobre su tratamiento	1.500	1	.221
Condición indicada por su médico es la correcta	2.088	1	.148
Orientado por el médico sobre su condición y tratamiento	.259	1	.611
Entiende que los profesionales de la salud lo han orientado en relación a su tratamiento	.259	1	.611
Utilizo tratamiento alternativo no ordenado por su médico	.833	1	.361
Nivel económico le facilita el continuar con su tratamiento	.574	1	.449
Tiene medio de transporte o facilidad para llegar a recibir el tratamiento médico	1.875	1	.171
Asiste usted a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento	.033	1	.855
En estos momentos usted vive solo	.072	1	.788
En estos momentos usted Vive con familiares	.833	1	.361
En estos momentos usted vive cerca del centro donde recibe tratamiento médico.	.833	1	.361

Mediante la tabla 15, se presentan las relaciones entre las premisas del cuestionario y la percepción de los pacientes sobre la efectividad del tratamiento. El rechazo o aceptación de la hipótesis nula estriba del valor del estadístico calculado y su probabilidad asociada. La regla de decisión consiste en que si el valor p es mayor que .05 se acepta la hipótesis nula. La hipótesis nula va a establecer que no existen diferencias significativas entre los factores y la percepción de los pacientes. Si el valor p es menor que .05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna. La hipótesis alterna establece que existen diferencias significativas entre la relación antes



mencionada. En este caso, se identificaron diferencias significativas en la percepción sobre la efectividad del tratamiento y la condición indicada por su médico es la correcta ( $p = .000 < .05$ ).

Tabla 15. Prueba estadística: premisas del cuestionario por percepción sobre la efectividad del tratamiento ordenado.

<b>Premisas/Factores</b>	$\chi^2$	<b>GL</b>	<b>Valor P</b>
Conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados	1.787	1	.181
Conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos o tratamientos recetados	.029	1	.865
Presenta dificultad para leer información acerca de su condición y tratamiento	.574	1	.449
Presenta dificultad para entender las instrucciones sobre su tratamiento	.029	1	.865
Condición indicada por su médico es la correcta	12.139	1	.000
Orientado por el médico sobre su condición y tratamiento	1.718	11	.181
Entiende que los profesionales de la salud lo han orientado en relación con su tratamiento	.599	1	.439
Utilizo tratamiento alternativo no ordenado por su médico	1.292	1	.256
Nivel económico le facilita el continuar con su tratamiento	.660	1	.417
Tiene medio de transporte o facilidad para llegar a recibir el tratamiento médico	.036	1	.850
Asiste usted a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento	.433	1	.510
En estos momentos usted vive solo	.271	1	.603
En estos momentos usted Vive con familiares	1.292	1	.256
En estos momentos usted vive cerca del centro donde recibe tratamiento médico.	1.292	1	.256



## Resumen de hallazgos

En este capítulo se describe el perfil sociodemográfico de los pacientes, cuyo género predomina el femenino, con un grado universitario y de un rango de edad de 56 años o más. El tipo de enfermedad se distribuyó entre un 50% crónicos y el restante 50% agudos. Las condiciones de enfermedad fueron variadas, la mayoría indicó presión arterial, nivel de glucosa en la sangre y otras condiciones. Respecto a los perfiles por tipo de paciente, se observaron diferencias en la escolaridad y en las condiciones de salud. No obstante, las pruebas de significancia bivariante no identificaron diferencias significativas por tipo de paciente en las adherencias al tratamiento. Sin embargo, los pacientes profesionales de salud y los no profesionales de la salud manifestaron distribuciones bajas de adherencia a los tratamientos. Por otro lado, sí lograron identificar diferencias significativas de factores asociados a la adherencia.

## CAPITULO V. CONCLUSIONES

### **Introducción**

Este capítulo consiste en la discusión y el análisis de los resultados obtenidos de acuerdo con la pregunta de investigación. Una vez culminado el análisis, se establecen las conclusiones y emanan las implicaciones para el área de enfermería. Igualmente, se discutirán las limitaciones del estudio y el desarrollo de recomendaciones para investigaciones futuras.

### **Análisis de los hallazgos basado por objetivos**

- Describir el perfil del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud.

Los resultados del estudio en relación con el perfil de los participantes reflejan que el grupo de pacientes profesionales de la salud el 73% indicaron ser del género femenino mientras que el 27% indicaron ser del género masculino. En el grupo de los pacientes que no son profesionales de la salud el 80% indicaron ser del género femenino mientras el 20% indicaron ser del género masculino. De acuerdo con los hallazgos el género femenino prevaleció en ambos grupos. Con relación a la edad el porcentaje mayor del grupo profesional se encuentra entre las edades de 32 a 42 años con un 33% y el grupo de los pacientes no profesionales de la salud se encuentra en la edad de 65 años o más con un 33% de la muestra.

El perfil de acuerdo con la escolaridad de los participantes, en el grupo de los profesionales de la salud el porcentaje mayor es a nivel universitario con el 93 % mientras que en el grupo no profesionales de la salud el porcentaje mayor es a nivel técnico con el 33 %. Por otra parte, lo relacionado con el tipo de enfermedad el grupo de pacientes profesionales de la salud refleja un 60% con enfermedad aguda mientras que el grupo de pacientes no profesionales de la salud refleja un 60% con enfermedad crónica. De acuerdo con la respuesta de los participantes en la premisa relacionada a su condición de salud, en el grupo de pacientes profesionales de la salud prevaleció la respuesta de otras condiciones con un 40%, seguida por problemas de glucosa en

sangre con un 27%. Mientras que en el grupo de pacientes no profesionales de la salud prevaleció la condición de presión arterial con un 33 %. Las condiciones de salud con mayor por ciento en los participantes del estudio están relacionadas con los resultados del Informe Anual de la Salud por el Departamento de Salud de Puerto Rico (2016), en el cual presenta que entre las primeras enfermedades prevaleciente en la población de 65 años o más se encuentran la hipertensión con 70.2 %, desorden metabólico de lípidos con un 62.2%, diabetes con 53.6 % entre otras.

- Determinar si existe diferencia entre los pacientes profesionales de la salud y los no profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos.

De acuerdo con los hallazgos estadísticos relacionado a la existencia de diferencias en la adherencia al tratamiento entre los pacientes profesionales de la salud y los no profesionales de la salud la prueba estadística reflejó que no existen diferencias entre ambos grupos. Más sin embargo de acuerdo con los hallazgos ambos grupos manifestaron distribuciones bajas de adherencia a los tratamientos. Existen muchos factores asociados a la no adherencia al tratamiento. La literatura confirma que existe un por ciento de los pacientes que no se adhieren al tratamiento en caso de enfermedades agudas o crónicas (Rodríguez, 2006; Peck & King 1981). Ramos (2015), en su investigación y otros autores concluye que la adherencia terapéutica es un proceso complejo multidimensional de muchos factores asociados como los socios económicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia de salud, con la enfermedad, con los tratamientos prolongados y otros. Por otro lado, Guerrero, et al. (2014) indican en su estudio que la adherencia al tratamiento puede resultar contraproducente cuando el paciente es un experto de la salud. El profesional de la salud puede considerar que sus estudios profesionales son suficientes para monitorear el tratamiento por ellos mismos, por lo que puede contribuir a distribuciones baja de la adherencia al tratamiento.

- Identificar los factores que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud.



De acuerdo con los hallazgos estadísticos significativos en el estudio sobre la relación a los factores que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento del paciente profesional de salud y el no profesional de la salud están: percepción sobre que la condición indicada por su médico fuera la correcta, asistir a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento, conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados y la percepción sobre la efectividad del tratamiento y la condición indicada por su médico fue la correcta. Por lo que el conocimiento y la percepción del paciente influye en la adherencia o no adherencia al tratamiento. Los hallazgos del estudio coinciden con lo presentado en el estudio de Ramos (2015), donde se identifican los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente entre otros como factores que influyen en la adherencia terapéutica.

### **Análisis basado en el marco conceptual**

El modelo de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender tiene como objetivo ayudar al enfermero (a) a comprender los principales determinantes de los comportamientos de salud como base para la consejería conductual que promuevan estilos de vida saludables. Pender considerara que cada persona tiene características personales únicas, así como se refleja en los resultados entre los pacientes de los dos grupos. Como la edad, el nivel de gravedad de la enfermedad, el tipo de condición y el nivel de escolaridad. Según Pender estas características afectan las acciones de los pacientes para adherirse o no al tratamiento médico ordenado.

Nola Pender presenta entre sus definiciones las influencias interpersonales las cuales están relacionadas con la conducta, las creencias o actitudes de otros. El origen primario de esas influencias es: la familia, los pares, los proveedores de cuidado de salud. (Alligood, 2014). Son estas influencias entre otras que llevan al paciente al compromiso de cumplir con un plan de acción para lograr una conducta promotora de la salud. Para que el paciente logre esa conducta promotora de la salud el proveedor de la salud en especial el Especialista Clínico juega un papel importante. El Especialista Clínico que presenta adherencia al tratamiento influye de forma



positiva al paciente quien puede adoptar cambios en conducta saludables, se adhieran al tratamiento se mantiene estables en su condición y disminuir complicaciones. Por el contrario, el Especialista Clínico que presenta baja adherencia al tratamiento, como los hallazgos encontrados en este estudio, puede influir de forma negativa al paciente quien puede adoptar conductas no saludables. El paciente al no seguir el tratamiento como una conducta no saludable su condición puede tornarse inestable llegando a complicaciones severas o hasta la muerte.

### **Conclusiones**

Este estudio se realizó utilizando un diseño no experimental, descriptivo de tipo transversal con el propósito de conocer las diferencias en la adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud. Como resultado final no se encontraron diferencias en la adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud. Sin embargo, en hallazgos encontrados en el estudio se evidenció una distribución baja de adherencia a los tratamientos en ambos grupos. El no adherirse a su tratamiento el paciente tiene unas repercusiones que pueden afectar aún más su salud actual, su situación económica, su relación familiar, su calidad de vida entre otras cosas.

### **Implicaciones para enfermería**

La intervención de Enfermería juega un papel muy importante, especialmente los Especialistas Clínicos del Cuidado Crítico del Adulto, en su rol de promoción y prevención de la salud. Los pacientes no profesionales ven al personal de enfermería como personas dentro del equipo de salud que los puede ayudar y los ven como ejemplos a seguir. Una actitud de no adherencia al tratamiento por parte del profesional de salud puede tener consecuencias negativas en el paciente. Entre las consecuencias negativas que puede presentar el paciente al no adherirse al tratamiento está el aumentar las complicaciones de su condición o llegar a la muerte. El Especialista Clínico en su competencia de Asesor y guía debe demostrar no solo su peritaje sino fomentar medidas de prevención de enfermedades o prevención de complicaciones para el logro

de las metas terapéuticas del paciente y su familia.

### **Limitaciones del estudio**

- El tamaño de la muestra impide desarrollar conclusiones que sean aplicadas a toda la población de los profesionales y no profesionales de la salud.
- Este estudio se realizó en un solo hospital de Puerto Rico, lo que hace que no sea suficiente para generalizar los resultados del estudio a la población en general.

### **Recomendaciones**

Las recomendaciones que se entiende deben tomarse en consideración según los hallazgos encontrados en el estudio son:

- Diseñar un instrumento para medir el grado o nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes. El mismo sea efectivo para identificar a los pacientes que presentan un alto riesgo de no adherencia al tratamiento y a su vez el Especialista Clínico continúe trabajando con el equipo multidisciplinario para aumentar la adherencia a los tratamientos por parte del paciente con ayuda de los familiares.
- Fomentar programa de seguimiento, que ayuden al paciente profesional de la salud y no profesional de la salud al adherirse a los tratamientos.
- Fomentar programas educativos para paciente y familia enfatizando los beneficios de adherirse a tratamiento ordenado.

## REFERENCIAS

- Albújar, B. (2015). Cuando el médico es el paciente. *Acta Médica Peruana*, 32(3), 164-168.  
Recuperado de <http://www.scielo.org>
- Alligood, M. (2014). *Nursing theorist and their work*. USA: Elsevier.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: APA.
- Beebe, L., Smith, K., & Phillips, C. (2016). Descriptions and correlates of medication adherence, attitudes, and self-efficacy in outpatients with schizophrenia spectrum disorders (SSDs). *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(3), 400-405. doi: 10.1016/j.apnu.2016.01.010
- Bosch, C., Abba, K., Pricor, M. & Garner, P. (2007). Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD004808.pub3
- Cabret, L. (2017). El rol del profesional de la enfermería en la adherencia del paciente al tratamiento médico: Un asunto de calidad de vida. *Impulso*, 2, 24-28.
- Corugedo, M., Martín, L., & Bayarre, H. (2011). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Medicina General Integral*, 27(4), 504-512. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009)
- D'Anello, S., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A., & Benítez, A. (2009). La relación médica paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *Medula*, 18(1), 6.
- Departamento de Salud, Secretario Auxiliar de Planificación y Desarrollo. (2016). *Informe Anual de la Salud*. Recuperado de <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y>
- Di Matteo, R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a



quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.

Di Matteo R., Haskard-Zolnierok, K., & Martin, L. (2011). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91.

doi:10.1080/17437199.2010.537592

Doalto, Y., Cruz, R., & Carreton, M. (2018). Factores asociados a la resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con injerto renal funcionante. *Enfermera Nefróloga*, 21(2), 123-129. doi:10.4321/S2254-28842018000200003

Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con Cáncer. *Avances en Psicología Latino Americana*, 27(1), 7-21. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>

Febo, H. (2015). Rol de la adherencia en el tratamiento de la diabetes mellitus. *Galenus*, 51(2). Recuperado de <http://www.galenusrevista.com>

Flores, I. (2009). Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgos cardiovascular. *Avances en enfermería*, 27(2), 25-32.

García, Gual. (2001). *Tratados hipocráticos I. Introducción*. Madrid, España: Gredos.

Guerrero, S., Montoya, R., & Hueso, C. (2014). Experiencia de enfermedad del personal de enfermería. *Index de Enfermería*. 23(1-2), 56-60. doi:10.4321/S1132-12962014000100012

Jeifetz, V., & Tajer, D. (2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones: Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de Investigaciones*, 17, 317-320. Recuperado de <http://www.scielo.org>

Ley para regular la práctica de la enfermería en Puerto Rico, Ley Núm. 254 de 31 de diciembre

Luga, A., & McGuire, M. (2014). *Adherence and health care cost*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>



- Martín, A., & Grau, A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1), 89-99. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>
- Masters, K. (2012). *Nursing Theories: A framework for professional practice*. London, Pennsylvania: Jones & Bartlett learning.
- Mendoza, S., Muñoz, M., Merino, J., & Barriga, O. (2006) factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista médica*, 134, 65-71.
- Neiheisel, M., Wheeler, K., & Roberts, M. (2014). Medication adherence part one: understanding and assessing the problem. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(1), 46-55. doi:10.1002/2327-6924.12099
- OMS. (2004, enero). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [www.farmacologia.hc.edu](http://www.farmacologia.hc.edu)
- Peck, C., & King, N. (1981). Enhancing patient compliance with medical regimens. *Australian Family Physician*, 10(12), 954-960. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7337584>
- Petiprin, A. (2016). *Nola Pender - Nursing Theorist*. Recuperado de <http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Nola-Pender.php>
- Pender, N., Murdaugh C. & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in nursing practice*. London: Pearson.
- PFIZER (2009). III Foro diálogos Pfizer-pacientes la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. *Foro Pfizer*. Recuperado de <https://www.pfizer.es>
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Angiología y Cirugía Vascul*. 16(2), 175-189. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1682-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-)

00372015000200006&lng=es&tlng=pt

Rodríguez, J. (2006). Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial. *Revista de calidad asistencial*, 21, 255-263. doi:10.1016/51134-282x(06)70791-6

Salinas, C., & Nava, G (2012). Adherencia terapéutica. *Enfermería neurológica*, 11(2), 102-104.

Recuperado de [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no Adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273. Recuperado de

<http://www.redalyc.org>

Svantesson, M., Carlsson, E., & Prekert, M. (2016). Just so you know, the patient is staff': Healthcare professional's perceptions of caring for healthcare professional patients. *BMJ open*, 6, 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2015-008507

Valdés, N., & Pantaleón, O. (2016). Adherencia terapéutica a los anticoagulantes orales y su importancia en la enfermedad tromboembólica venosa. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 17(1), 55-70. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo>.

## APENDICES

### Apéndice A. Carta exenta aprobada protocolo IRB



**SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G. MÉNDEZ**  
 Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos  
 Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos y Cumplimiento  
 Oficina de Cumplimiento

#### *Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)*

<b>Fecha</b>	<b>:</b>	<b>25 de octubre de 2018</b>
<b>Investigador principal</b>	<b>:</b>	<b>Sergja Licelot De los Santos Rojas, BSN</b>
<b>Título protocolo</b>	<b>:</b>	<b>DIFERENCIAS EN LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS ENTRE LOS PACIENTES PROFESIONALES DE LA SALUD Y NO PROFESIONALES DE LA SALUD</b>
<b>Mentor</b>	<b>:</b>	<b>Madellne Fonseca Fonseca, PhD</b>
<b>Número de protocolo</b>	<b>:</b>	<b>01-684-18</b>
<b>Tipo de solicitud</b>	<b>:</b>	<b>Protocolo Inicial</b>
<b>Institución, Escuela</b>	<b>:</b>	<b>Universidad Metropolitana Escuela de Ciencias de la Salud, Bayamón Programa Maestría en Enfermería</b>
<b>Tipo de revisión</b>	<b>:</b>	<b>Exenta</b>
<b>Acción tomada</b>	<b>:</b>	<b>Aprobada</b>
<b>Fecha de revisión</b>	<b>:</b>	<b>24 de octubre de 2018</b>

Certificamos que el estudio/investigación de referencia fue recibido, revisado y aprobado en la Oficina de Cumplimiento por la Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB). El mismo fue evaluado y cumple con los criterios establecidos bajo 45 CFR 46.101(b)(1-6) para ser clasificado como Exento con un periodo de vigencia de 24 de octubre de 2018 al 23 de octubre de 2019.

Favor de tener presente lo siguiente:

- La Hoja/Carta Informativa es un documento que asegura que los sujetos o participantes entienden su participación en el estudio, además de ser un seguro de protección para los mismos. De acuerdo con las Regulaciones Federales se requiere que los participantes reciban copia de la hoja/carta informativa antes de contestar el cuestionario.
- De realizarse algún cambio en los documentos anejados con este estudio deben ser sometidos nuevamente al IRB para su debida revisión y aprobación, utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cambios/ Enmiendas".

Sergio Licetot De los Santos Rojas, BSN  
01-684-18  
25 de octubre de 2018

- Todo evento adverso o no esperado debe ser informado al IRB utilizando la forma de IRB de Solicitud de Eventos Adversos y Problemas Inesperados.
- Todos los documentos relacionados con la investigación deben ser guardados hasta un término de cinco (5) años. Pasado este término los mismos deben ser eliminados/ triturados, no quemados.
- De no realizar su investigación en el término aprobado deberá someter una solicitud de "Revisión Continua" llenando la forma IRB para "Renovar un Protocolo ya Aprobado" antes de vencerse el mismo.
- Al finalizar su investigación debe someter una solicitud de cierre utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cierre de Protocolo Aprobado por el IRB".

De necesitar alguna información adicional, aclarar dudas, notificar algún evento adverso o no anticipado favor de comunicarse con su Coordinador de Cumplimiento Institucional en: Universidad Metropolitana la Srta. Carmen Crespo al (787)766-1717 ext. 6366; Universidad del Turabo la Prof. Josefina Melgar al (787)743-7979 ext. 4126; y en la Universidad del Este al (787) 257-7373 Ext. 2279; Administración Central la Sra. Wanda Vázquez Solá (787) 751-0178 ext. 7195 o puede escribir a:

Sistema Universitario Ana G. Méndez  
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos  
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos  
Oficina de Cumplimiento  
P.O. Box 21345  
San Juan, PR 00928-1345  
Tel. 787 751-0178 Exts. 7195-7197; Fax 787 751-9517





**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**Cuestionario**

**Título: Diferencias en la adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud**

Por: Sergia De los Santos (2018).

**Propósito del cuestionario:** Recopilar datos para realizar el proyecto de investigación relacionado a adherencia a los tratamientos. Este cuestionario se utilizará para fines estadísticos relacionados con la investigación. Las respuestas del cuestionario se mantendrán en estricta confidencialidad durante y después de este estudio.

**Descripción:** El cuestionario consta de 2 partes; la primera parte está relacionada con datos sociodemográficos. La segunda parte consiste en premisas asociadas a factores que influyen a la adherencia al tratamiento. El cuestionario fue desarrollado de acuerdo a la revisión de literatura.

**Parte I. Datos sociodemográficos**

**Instrucciones:** Favor de leer detenidamente cada premisa y contestar la misma escribiendo una equis (X) a la respuesta que corresponde a su situación actual.

Género: Femenino ( )      Masculino ( )

Edad en años: 21-31 ( )    32-42 ( )    43-53 ( )    54-65 ( )    65 o más ( )

Tipo de enfermedad: Aguda, duración menos de 6 meses ( ),

Crónica, duración de más de 6 meses ( )



Ana G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-684-18  
Approval Date October 24, 2018  
Expiration Date October 23, 2019

Escolaridad: Nivel elemental ( ) Nivel superior ( ) Programas técnicos ( )

Universidad (Grados asociados, Bachilleratos, Maestrías, Doctoral) ( )

Profesional de la salud ( ), No profesional de la Salud ( )

Si condición de salud está relacionada con problemas de: Corazón ( ) Pulmones ( )

Nivel de glucosa en sangre ( ) Nivel de colesterol o triglicéridos en sangre ( )

Presión Arterial ( ) Huesos ( ) Otros ( ).

**Parte II. Factores que influyen a la adherencia al tratamiento (marque con una X para seleccionar su respuesta).**

**Instrucciones:** Favor de leer detenidamente cada premisa y contestar la misma escribiendo una equis (X) en la columna de si o no de acuerdo su situación actual.

PREMISAS	SI	NO
1. ¿Conoce información de su condición? (Ejemplo: qué es su condición, malestares y otros)		
2. ¿Tiene conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados? (Ejemplo: medicamentos, dietas, ejercicios y otros).		
3. ¿Tiene conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos o tratamientos recetados?		
4. ¿Presenta dificultad para leer información acerca de su condición y tratamiento?		
5. ¿Presenta dificultad para entender las instrucciones sobre su tratamiento?		
6. ¿Entiende que la condición indicada por su médico es la correcta?		
7. ¿Fue orientado por el médico sobre su condición y tratamiento?		



Ang G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-684-18  
Approval Date October 24, 2018  
Expiration Date October 23, 2019

PREMISAS	SI	NO
8. ¿Entiende que los profesionales de la salud lo han orientado en relación a su tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio)?		
9. ¿Sigue usted el tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio y otros) según fue ordenado por su médico o especialista?		
10. ¿Cuándo mejoraron los malestares o síntomas de la condición, detiene usted el tratamiento ordenado?		
11. ¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico?		
12. ¿Está usted motivado para continuar su tratamiento?		
13. ¿Percibe que el tratamiento ordenado es efectivo?		
14. ¿Utilizo tratamiento altemo no ordenado por su médico?		
15. ¿Su nivel económico le facilita el continuar con su tratamiento?		
16. ¿Tiene medio de transporte o facilidad para llegar a recibir el tratamiento médico?		
17. ¿Asiste usted a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento?		
18. ¿En estos momentos usted vive solo?		
19. ¿En estos momentos usted vive en un hogar sustituto?		
20. ¿En estos momentos usted Vive con familiares?		
21. ¿En estos momentos usted vive cerca del centro donde recibe tratamiento médico?		

¡Gracias por su colaboración!



Ana G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-684-18  
Approval Date October 24, 2018  
Expiration Date October 23, 2019

## Apéndice C. Hoja informativa del estudio



Sistema Universitario Ana G. Méndez  
 Universidad Metropolitana  
 Bayamón, Puerto Rico  
 Escuela Ciencias de la Salud/Programa Maestría en Enfermería

Información para participar en un estudio/investigación  
 Hoja Informativa

***DIFERENCIAS EN LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS ENTRE LOS PACIENTES  
 PROFESIONALES DE LA SALUD Y NO PROFESIONALES DE LA SALUD***

**Descripción del estudio/investigación y tu participación en el mismo**

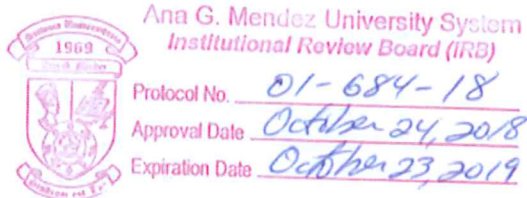
Sergia Licelot De los Santos Rojas, BSN investigador principal y la Dra. Madeline Fonseca Fonseca, PhD mentora de tesis, les invita a formar parte de una investigación no experimental, descriptiva de tipo transversal. El propósito de este estudio es de conocer las diferencias en la adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud.

Su participación en este estudio consiste en contestar un cuestionario compuesto de dos (2) partes desarrollado por la investigadora titulado: Diferencias en la adherencia a los tratamientos entre los pacientes profesionales de la salud y no profesionales de la salud. La primera parte está relacionado con el perfil sociodemográficos. La segunda parte consiste en premisas asociadas a los factores que influyen a la adherencia a los tratamientos.

Le tomará aproximadamente 20 minutos participar de esta investigación.

**Riesgos e Incomodidad**

La participación del estudio voluntario es de riesgo o incomodidad mínima. Estos riesgos mínimos pueden ser: incomodo, aburrido o cansancio al completar el cuestionario. Por tal razón se le ofrecerá la alternativa de entregar el cuestionario y retirarse sin consecuencia alguna.





### Posibles Beneficios

Entre los beneficios por participar en la investigación para el profesional de la salud y el no profesional de la salud es su aportación en el conocimiento del tema. Mediante la identificación de los factores que influyen al paciente al no adherirse a su tratamiento, se puede trabajar con el mismo para mejorar la adherencia, lo que lleva a prevenir el deterioro y disminuir o evitar la morbilidad o mortalidad del paciente.

### Incentivos

Por participar en el estudio no recibirá compensación alguna. Su participación es libre y voluntaria.

### Protección de la Privacidad y Confidencialidad

Toda información relacionada a su identidad será manejada de manera privada y confidencial y será protegida en todo momento. Bajo ninguna circunstancia se compartirá información del participante con terceros. Los datos recopilados se guardarán en un lugar privado, seguro y bajo llave en la residencia de la investigadora. Cualquier documento recopilado será almacenado en sobre sellado por un periodo de cinco (5) años. Los mismos estarán bajo la tutela del investigador principal. Para garantizar la pureza y confiabilidad en el proceso una vez culmine este periodo, los cuestionarios serán destruidos haciendo uso de una trituradora de papel.

### Decisión sobre su participación en este estudio

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted tiene todo el derecho de decidir participar o no de este estudio. Si usted decide participar en este estudio tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin penalidad alguna.

### Información contacto

Si usted tiene alguna duda o inquietud correspondiente a este estudio de investigación o si surge alguna situación durante el periodo de estudio, por favor contacte a Sergia Licelot De los Santos Rojas, [sde36@email.suagm.edu](mailto:sde36@email.suagm.edu) o al número de teléfono (787) 996 -0198 o a la Dra. Madeline Fonseca Fonseca, [mfonseca8@suagm.edu](mailto:mfonseca8@suagm.edu) al teléfono (787) 766- 1717 ext. 6421. Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación por favor comuníquese con la Oficina de Cumplimiento en la Investigación del SUAGM al 787-751-3120 o [compliance@suagm.edu](mailto:compliance@suagm.edu).

Una copia de esta carta informativa le será entregada.



Ana G. Mendez University System  
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-684-18  
Approval Date October 24, 2018  
Expiration Date October 23, 2019

## Apéndice D. Resultados del cuestionario por tipo de paciente

PREMISAS	Tipo de Pacientes					
	Profesional de la Salud			No Profesional de la Salud		
	Sí	No	N	Sí	No	N
<b>Conocimiento de la condición y tratamientos</b>						
1. ¿Conoce información de su condición? (Ejemplo: qué es su condición, malestares y otros)	15	0	15	15	0	15
2. ¿Tiene conocimiento acerca de los tratamientos que fueron recetados? (Ejemplo: medicamentos, dietas, ejercicios y otros).	15	0	15	14	1	15
3. ¿Tiene conocimiento sobre los efectos adversos de los medicamentos o tratamientos recetados?	14	1	15	11	4	15
4. ¿Presenta dificultad para leer información acerca de su condición y tratamiento?	1	14	15	5	10	15
5. ¿Presenta dificultad para entender las instrucciones sobre su tratamiento?	1	14	15	4	11	15
6. ¿Entiende que la condición indicada por su médico es la correcta?	12	3	15	10	5	15
7. ¿Fue orientado por el médico sobre su condición y tratamiento?	15	0	15	14	1	15
8. ¿Entiende que los profesionales de la salud lo han orientado en relación a su tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio)?	15	0	15	14	1	15
<b>Adherencia al tratamiento</b>						
9. ¿Sigue usted el tratamiento (medicamento, dieta, ejercicio y otros) según fueron ordenada por su médico o especialista?	9	6	15	6	9	15
10. ¿Cuándo mejoraron los malestares o síntomas de la condición, detiene usted el tratamiento ordenado?	11	4	15	9	6	15
11. ¿Finalizó el tratamiento correctamente dentro del tiempo establecido por su médico?	9	6	15	5	10	15
12. ¿Está usted motivado para continuar su tratamiento?	12	3	15	12	3	15
13. ¿Percibe que el tratamiento ordenado es efectivo?	10	5	15	9	6	15
<b>Factores asociados a la adherencia al tratamiento</b>						
14. ¿Utilizo tratamiento alternativo no ordenado por su médico?	7	8	15	8	7	15
15. ¿Su nivel económico le facilita el continuar con su tratamiento?	9	6	15	10	5	15
16. ¿Tiene medio de transporte o facilidad para llegar a recibir el tratamiento médico?	15	0	15	9	6	15
17. ¿Asiste usted a todas sus citas de seguimiento para su condición y tratamiento?	10	5	15	6	9	15
18. ¿En estos momentos usted vive solo?	4	11	15	0	15	15
19. ¿En estos momentos usted vive en un hogar sustituto?	0	15	15	0	15	15
20. ¿En estos momentos usted Vive con familiares?	10	5	15	14	1	15
21. ¿En estos momentos usted vive cerca del centro donde recibe tratamiento médico?	10	5	15	5	10	15