

**UNA APROXIMACION AL TEMA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA  
DESDE LO CULTURAL**

**MARCELA DURAN ANDRADE  
JEISON FORERO LUNA  
LILIANA ROSIO GALVIS GANTIVA  
PAOLA GEZETH GALLO ROMERO**

**DIRIGIDO POR:**

**NOHORA CATAÑO ORDOÑEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
GRUPO CUIDADO CULTURAL DE LA SALUD  
BOGOTA 2010**

**UNA APROXIMACION AL TEMA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA  
DESDE LO CULTURAL**

**MARCELA DURAN ANDRADE  
535904**

**JEISON FORERO LUNA  
534509**

**LILIANA ROSIO GALVIS GANTIVA  
535799**

**PAOLA GEZETH GALLO ROMERO  
535578**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE DE ENFERMERA(O)**

**DIRIGIDO POR:**

**NOHORA CATAÑO ORDOÑEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
GRUPO CUIDADO CULTURAL DE LA SALUD  
BOGOTA 2010**

## Contenido

1.	MOMENTO 1: .....	3
1.1	DESARROLLO DE GUIAS .....	3
1.2	EN BUSQUEDA DE COMPETENCIA CULTURAL.....	3
1.3	GUIA No 1. El cuidado cultural y la competencia cultural.....	3
1.4	GUIA No 2. Investigación cualitativa. ....	6
1.5	GUIA No 3. Etnografía .....	7
1.6	GUIA No 4. Instrumentos en la investigación etnográfica .....	7
1.7	GUIA No 5. Sistematización de consulta bibliográfica .....	8
2.	MOMENTO 2: .....	10
2.1	ENCUENTROS DEL SEMILLERO INVESTIGATIVO DEL GRUPO CUIDADO CULTURAL DE LA SALUD 10	
2.1.1	Primer encuentro: .....	10
2.1.2	Segundo encuentro: .....	12
2.1.3	Tercer encuentro.....	13
2.1.4	Cuarto encuentro: .....	15
2.1.5	Quinto encuentro:.....	15
2.1.6	Sexto encuentro: .....	17
2.1.7	Séptimo encuentro:.....	21
2.1.8	Octavo encuentro.....	22
3.	MOMENTO 3 .....	23
3.1	MARCO LEGAL Y METODOLOGIA .....	23
3.1.1	LEY 23 DE 1982 SOBRE DERECHOS DE AUTOR. ....	23
3.1.2	ACUERDO N°. 035 DE 2003 .....	24
4.	METODOLOGIA: .....	28

5.	MOMENTO 4 .....	30
5.1	REVISION DE LITERATURA .....	30
5.1.1	FICHA DE BUSQUEDA SISTEMATICA.....	30
5.1.2	FICHA BIBLIOGRÁFICA PARA REVISION DE ARTICULOS.....	38
	FICHA BIBLIOGRÁFICA PARA REVISION DE ARTICULOS.....	64
6.	RESULTADOS .....	134
7.	LIMITACIONES .....	142
8.	CONCLUSIONES .....	144
9.	RECOMENDACIONES .....	146
	BIBLIOGRAFIA.....	147
	ANEXOS: .....	150

## INTRODUCCION

El desarrollo y avance de nuevos conocimientos en enfermería introduce diferentes perspectivas para abordar el cuidado de la salud; claramente podemos reconocer como la investigación cada día cobra mayor importancia en cualquier ámbito de la vida con el objetivo de lograr resultados innovadores que puedan responder satisfactoriamente a las necesidades humanas y por ende mejorar la calidad del ejercicio profesional.

Los semilleros investigativos han sido creados para generar conocimientos y avances en las diferentes disciplinas y áreas temáticas, que como se menciona anteriormente pretenden mejorar el ejercicio profesional. En este informe se presentaran algunas de las actividades desarrolladas por los estudiantes de pasantía que participaron en el Semillero Investigativo del grupo Cuidado Cultural de la Salud estas están divididas en cuatro momentos.

El grupo Cuidado Cultural de Salud se ha enfocado en el estudio de la cultura como un componente fundamental para apoyar la práctica profesional, dada que la orientación del cuidado que por generaciones se ha adoptado no ha demostrado ser la manera más eficiente de abordar la salud en un mundo multicultural donde no se comparten objetivos comunes entre profesionales de la salud y pacientes frente a la construcción del sentido de la enfermedad<sup>1</sup>.

Cada persona posee un sin número de característica, creencias, conocimientos, costumbres y prácticas que lo definen como miembro de una comunidad. El cuidado cultural tiene como objetivo integrar el “saber popular” (conocimiento de cada persona) con el “saber científico” promoviendo así, la participación activa de los pacientes en las decisiones en salud y no solo acoger los criterios biomédicos. Esto ha permitido romper un poco la barrera entre el profesional y el paciente, quienes se interesan por mantener una mejor comunicación a fin de conocer las características culturales del paciente e integrarlas al saber científico.

Para el desarrollo de nuestro trabajo de grado nos integramos al grupo de Cuidado Cultural de la Salud dado que nos pareció que esta visión permite el fortalecimiento del papel del enfermero.

A continuación se presenta una recopilación de conceptos y temas que nos han ayudado a fortalecer y adquirir los conocimientos para comprender el enfoque de cuidado cultural, para ello se utilizaron las siguientes metodologías:

---

<sup>1</sup> Ibarra T, Noreña A. Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural. Index Enferm v.18 n.2 Granada abr.-jun. 2009

- 1) Desarrollo de guías con temas como: la teoría del cuidado cultural de Madeleine Leininger, tipos de investigaciones y diseños investigativos enfatizando en la investigación cualitativa, etnografía, competencia cultural, conceptos de cultura y salud.
- 2) Asistencia a las reuniones del semillero investigativo del grupo Cuidado Cultural de la Salud.
- 3) Revisión sistematizada en la base de datos de la universidad Nacional de Colombia sobre el tema de adherencia terapéutica.

## JUSTIFICACION:

Con el objetivo de adquirir competencias y habilidades investigativas la facultad de enfermería se ha propuesto incluir en el programa de enfermería la asignatura de trabajo de grado la cual se da en tres modalidades: 1) Practica de extensión (pasantía); 2) Trabajo investigativo (monografía); 3) Cursos de postgrados<sup>2</sup>. Nuestro trabajo de grado se ha desarrollado en la modalidad de pasantía, esto nos ha permitido tener un acercamiento con el grupo y vincularnos activamente en las actividades y reuniones que vienen programando. Hemos comprendido la importancia de agregar al cuidado de la salud el componente cultural que define a cada persona, de manera que la interacción profesional – paciente sea efectiva y proporcione mejores resultados para el binomio.

Nuestro trabajo es un aporte al grupo de Cuidado Cultural de la Salud en cuanto a lo documentado en la base de datos de la Universidad Nacional de Colombia sobre el tema de adherencia terapéutica en personas que padecen una enfermedad crónica desde un enfoque cultural lo cultural.

Teniendo en cuenta que según estimaciones de la obra *The global burden of disease: 2004* publicada en 2008, en 2004 se produjeron 59 millones de defunciones. Treinta y cinco millones de estas fueron el resultado de causas que encajaban en la categoría general de todas las «enfermedades no transmisibles»; por su parte, las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales causaron 18 millones de defunciones; y las causas externas y los traumatismos causaron 6 millones de defunciones. Las afecciones crónicas como cardiopatías y accidente cerebrovascular son en la actualidad las principales causas de defunción en todo el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) estas enfermedades se deben a tres factores principalmente: Mala alimentación, falta de ejercicio y hábitos no saludables<sup>3</sup>. Por ello se hace necesario que las personas se comprometan con el cuidado de su salud y acojan todas las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud. Se ha comprobado que una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológica disminuye los reingresos hospitalarios, complicaciones en salud y por consiguiente permite mejorar la calidad de vida del paciente.

---

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Colombia; Consejo superior Universitario. Artículo 10 del Acuerdo Número 033 de 2007 página 6.

1. <sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. ¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo? Página en internet: <http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html>; consultada el 6 de noviembre de 2010.

## 1. MOMENTO 1:

### 1.1 DESARROLLO DE GUIAS

#### OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Desarrollar las guías que el grupo cuidado cultural ha elaborado para que el estudiante adquiera los conocimientos y herramientas necesarias para lograr la competencia cultural.

### 1.2 EN BUSQUEDA DE COMPETENCIA CULTURAL

En este primer momento se desarrollaron los temas y conceptos de cuidado cultural y de investigación, enfatizando especialmente en la investigación cualitativa con el fin de lograr la competencia cultural en las áreas de: sensibilidad, conocimiento, habilidades, encuentro cultural y deseo cultural. Para adquirir esta competencia se desarrollaron 5 guías las cuales fueron socializadas con la profesora Esperanza Muñoz de la siguiente manera:

#### 1.3 GUIA No 1. El cuidado cultural y la competencia cultural

Con esta guía se pretende conocer y manejar el concepto de cuidado cultural presentado por Madeleine Leininger quien lo define como “todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte”. Adicionalmente se trabajaron los conceptos de cultura, salud y cuidado tomando diferentes definiciones como la dada por Purnell y Paulanka desde la enfermería transcultural, estos autores definen la **cultura** como “la totalidad de patrones de comportamiento, artes, creencias, valores, costumbres, estilos de vida y otros productos del trabajo y el pensamiento humanos socialmente transmitidos, característicos de una población de personas, que guían su visión del mundo y su toma de decisiones”.<sup>4</sup> Por otra parte Madeleine Leininger se refiere a la **salud** “como el estado de bienestar que se define, valora y practica culturalmente, además de reflejar la capacidad de las personas (o grupos) de realizar sus actividades diarias bajo un modo de vida

---

<sup>4</sup> Melguizo E, Alzate M. Creencias y Practicas en el cuidado de la salud. Av Enfer. Vol 26 No 1. Marzo 2008. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>. Consultado 18 de agosto de 2010.



culturalmente específico, beneficioso y estructurado”.<sup>5</sup> Otro de los conceptos manejados fue **cultura** el cual Leininger define como el “conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo particular para guiar su pensamiento, decisiones y acciones de formas ya estipuladas”.<sup>6</sup> Otras referencias que se tuvieron en cuenta para la búsqueda de conceptos fueron:

Adicionalmente se realizó la lectura del Capítulo 3: *Visión general de la teoría del cuidado cultural de Leininger* cuyo propósito es descubrir las necesidades (diferencias) y universalidades (similitudes) del cuidado humano para generar un nuevo conocimiento que guíe las prácticas del cuidado en enfermería, proporcionar un cuidado en enfermería culturalmente congruente y competente que lleve al cliente y al grupo salud y bienestar, está dirigido a la descripción, explicación, interpretación y predicción de los fenómenos relacionados con el cuidado humano y con la cultura para identificar y documentar un conocimiento del cuidado específico que encaje y sea aceptado por la gente a la que sirven los enfermeros.<sup>7</sup>

Otros exponentes de la enfermería transcultural que se tuvieron en cuenta fueron: Giger y Davidhizar, Campinha Bacote, Larry Purnell y Papadopolus, algunas de sus definiciones:

Joyce Newman Giger y Ruth Davidhizar, definen cultura como las respuestas comportamentales que se desarrollan a través del tiempo como resultado de procesos sociales, estructuras religiosas y manifestaciones artísticas. La cultura está formada por valores, normas, creencias y prácticas que son guardadas por el propio grupo cultural. Estas autoras postulan en su modelo que cada individuo es una persona culturalmente único y debe ser evaluada de acuerdo a seis fenómenos culturales: a) la comunicación, b) tiempo, c) el espacio, d) la organización social, e) el medio ambiente y f) las variaciones biológicas.

Josepha Campiña – Bacote en 1999, la cual la definió la competencia cultural como: “Proceso en el cual los profesionales de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales”.

Para Larry-Purnell, 2005: “La cultura hace referencia a la totalidad de patrones comportamentales socialmente transmitidos, las artes, competencias, valores,

---

<sup>5</sup> Giger, J. Davidizar, R. Purnell, L. Taylor – Harden, J. Phillips, J. Strickland, O. (2007). American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate Health, disparities in ethnic minority and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*. V18 (2) 95 – 102

<sup>6</sup> Leininger M. *Transcultural nursing: concepts, theories, and practices*. Columbus, Ohio: Greyden Press; 1994. Pp: 239-249

<sup>7</sup> Ibid.

costumbres y estilos de vida, y todos los otros productos del trabajo humano y los pensamientos característicos de la población de personas que guían su visión de mundo y sus decisiones. Estos patrones pueden ser implícitos o explícitos, primariamente aprendidos y transmitidos en la familia, enseñados por los demás miembros de la cultura y es un fenómeno emergente que cambia en respuesta a la dinámica local. La cultura es altamente inconsciente y tiene poderosa influencia en salud y enfermedad“

Papadopolus 2006, también se refiere al mismo tema y la define como: “La responsabilidad de defender a los menos favorecidos en razón a su pertenencia étnica y el empoderar a las personas para participar en las decisiones de salud y el derecho de los individuos a ser tratados adecuadamente sin perjuicio de su ascendencia, promueve la igualdad y el valor de los individuos en sí mismos”<sup>8</sup>

Finalmente, la Asociación América de Enfermería 2007, mediante el panel de expertos en competencia cultural, genero en consenso una definición la cual se refiere a: “Tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidados cultural aceptable. La competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquéllos quienes tienen una visión de mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa que preguntas hacer”<sup>9</sup>.

Los constructos que el modelo perfila para competencia cultural son:

- 1) Conciencia cultural, la cual se refiere al proceso deliberado y cognitivo en el cual el proveedor de salud llega a ser apreciativo y sensitivo a los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problema en la cultura de los clientes.
- 2) El conocimiento cultural, el cual se centra en conocer la visión de mundo del cliente.
- 3) La habilidad cultural que es entendida como la destreza para recolectar datos culturales relacionados con la historia de salud del cliente con los cuales se pueda hacer una evaluación cultural del mismo.
- 4) Los encuentros culturales, se refieren al proceso por el cual se anima a los proveedores de cuidado a comprometerse directamente en interacciones culturales con clientes de diversas culturas.

---

<sup>8</sup> Papadopolus, I. (2006) Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners. London, Elsevier. 7 – 43.

<sup>9</sup> Giger, J. Davidizar, R. Purnell, L. Taylor – Harden, J. Phillips, J. Strickland, O. (2007). American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate Health, disparities in ethnic minoritie and other vulnerable populations. Journal of Transcultural Nursing. V18 (2) 95 – 102

- 5) El deseo cultural, que es entendido como la motivación que los proveedores de cuidado de salud tienen con relación a querer comprometerse en el proceso de competencia cultural.

#### 1.4 GUIA No 2. Investigación cualitativa.

Con esta guía se pretende reconocer los tipos de investigación, estudiar la investigación cualitativa y comprender los diseños de los estudios cualitativos. Para el desarrollo de esta guía se elaboro un cuadro comparativo entre la investigación cualitativa y cuantitativa<sup>10</sup>.

Tabla 1. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa <sup>5-6</sup> .	
Investigación cualitativa	Investigación cuantitativa
Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus datos	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

También, se hizo el abordaje de la investigación cualitativa reconociendo características tales como que cada realidad es única e irrepetible en este tipo de estudio, posee un ordenamiento dinámico creado por la acción y el significado, hay interdependencia entre el sujeto y el objeto, involucra significados, valores y teorías del investigador y de la comunidad, indaga por acciones como conjunto de significados que debe develar, tiene un proceso inductivo, toma datos textuales y detallados del observador, posee un diseño abierto sobre el contexto situacional conjugando interpretación y análisis y depende de la credibilidad que genere en los implicados, de la consistencia con la realidad y la forma como ellos se vean

<sup>10</sup>Cabrero García L, Richart Martínez M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa Enfermería clínica, 1996; 6: 212-217.

Reichart ChS, Cook TD. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. En: Cook TD, Reichart ChR (ed). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata, 1986.

reflejados.<sup>11</sup> Se tuvieron en cuenta los principales diseños como son etnografía, fenomenología, teoría fundamentada, investigación acción participativa. Se realizó la revisión de 2 investigaciones cualitativas en las bases de datos de la Universidad identificando título, problema de investigación, objetivos, metodología del estudio y los resultados.

### **1.5 GUIA No 3. Etnografía**

En esta guía se pretende profundizar en el diseño etnográfico e identificar su utilidad en las investigaciones en salud. Para el desarrollo de esta guía se tuvo en cuenta el capítulo No. 1 del libro de Rosana Guber (2001): una breve historia del trabajo de campo etnográfico donde se elaboró un resumen, el cual permitió evidenciar que la historia del trabajo de campo etnográfico se asocia en antropología, al estudio de culturas exóticas, y en sociología, a segmentos marginales de la propia sociedad.<sup>12</sup> En este capítulo se hace un pequeño recuento histórico de la manera como la etnografía fue surgiendo, como llegó a concebirse un método de investigación y quienes fueron sus principales exponentes. Adicionalmente se realizó el análisis de dos investigaciones de diseño etnográfico por cada uno de los participantes resaltando las características principales de este tipo de estudio.

### **1.6 GUIA No 4. Instrumentos en la investigación etnográfica**

En esta guía se pretende estudiar y manejar los instrumentos más utilizados en investigación etnográfica para lo cual se realizó la lectura de los capítulos 2,3 y 4 del libro de Rosana Guber(2001) los cuales hacen referencia al papel del investigador; como el etnógrafo tarde o temprano se sumerge en ese grupo con el cual está realizando su investigación, hace referencia también a que la observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador y participar en una o varias de las actividades de la población.<sup>13</sup> El capítulo cuatro hace referencia a la entrevista etnográfica teniendo en cuenta que en las entrevistas estructuradas el investigador formula las preguntas y pide al entrevistado que oriente a su concepción la entrevista, a su dinámica, a su cuestionario, y a sus categorías, mientras que en las no dirigidas, en cambio, solicita al informante indicios para descubrir los accesos a su universo cultural.<sup>14</sup>

También se realizó la búsqueda bibliográfica correspondiente a diario de campo, su utilidad y análisis, teniendo en cuenta el diario de campo es una herramienta

---

<sup>11</sup> Suárez, Pedro; metodología de la investigación, diseños y técnicas, Orion Editores Ltda. Colombia, Dic. 2001

<sup>12</sup> Guber R. La etnografía, método, y reflexividad. Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación; editorial norma primera edición. Bogotá. 2001

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> Ibid Capítulo 4

que el investigador elabora para sistematizar sus experiencias. El ejercicio que en el diario se realiza requiere rigurosidad, para que cumpla con los intereses que se trazan al efectuarlo, a partir del dicho popular que expresa “*lo que no está escrito no existe*”.<sup>15</sup>

### **1.7 GUIA No 5. Sistematización de consulta bibliográfica**

En esta guía se pretende aprender una forma para sistematizar la consulta bibliográfica en investigación, para lo cual se realizó un listado de las bases de datos que ofrece la Universidad Nacional de Colombia para el área de salud; se buscaron artículos correspondientes al tema de adherencia terapéutica que fue el tema asignado para el desarrollo de nuestro trabajo, teniendo en cuenta parámetros como: descriptores, selección según los años de publicación, bases de datos consultadas, determinar si aplica al fenómeno de estudio, resumen del artículo, citas claves y por último se realizó el análisis o punto de vista personal de los artículos plasmando esta información en una matriz.

### **DISCUSIÓN:**

Estas sesiones fueron una oportunidad para comprender y reflexionar sobre las diferentes miradas que le podemos dar al cuidado, logramos identificar los conceptos claves para comprender el cuidado desde una visión cultural estos fueron: salud, cultura y cuidado. Dichos conceptos nos permitieron introducirnos al tema de Cuidado Cultural, sin duda este innovador e interesante enfoque logro hacernos reflexionar sobre la manera en que actualmente estamos abordando la salud, notamos como en ocasiones vamos perdiendo la calidad humana que como profesionales requerimos en el ejercicio laboral, dejamos de lado el contexto cultural que rodea al pacientes y con esto su participación y consentimiento en las decisiones e intervenciones medicas.

Para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud mediante un enfoque culturalmente congruente con cada individuo, se hace indispensable invertir esfuerzos en investigación que proporcionen la caracterización de cada grupo culturas e incorporar así, los conocimientos y creencias en salud de las personas en la planeación del cuidado. Madeleine Leininger sustenta que debe usarse la etnografía como el diseño de investigación apropiado en el aborrajé cultural de la salud, pues este busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (¿qué piensan?, ¿que sienten?, ¿qué hacen respecto a un

---

<sup>15</sup> Acero, Efrén. El Diario de Campo: Medio de Investigación del Docente. En: Revista Actualidad Educativa. Año III. N° 13. S.f. p. 13

evento?) Walter Runciman (1983), lo que permite obtener datos ricos en contenido y una visión holística del ser humano. Además la utilización de este diseño obliga no solo a la recolección de los datos sino también a su comprensión y descripción. Por otro lado permite al investigador participar de forma activa con el grupo cultural mediante técnicas de recolección de datos como: observación y observación participante, esta última demuestra ser más efectiva ya que permite la obtención de datos subjetivos (aportados por los individuos) y objetivos (lo que percibe el investigador).

Por último es importante referir uno de los términos que mayor controversia causó al grupo, pues fue un concepto nuevo y complejo; La reflexividad que según la literatura antropológica es equivalente a la conciencia del investigador sobre su persona y los condicionamientos sociales y políticos. Otra definición señala que es la íntima relación entre la comprensión y la expresión de dicha comprensión<sup>16</sup>. Llevándonos finalmente a la definición de reflexividad como la conciencia que el investigador debe desarrollar para integrar diferentes escenarios a los que se enfrenta cuando estudia una cultura, puesto que debe comprenderse como un individuo con sus propias costumbres, creencias y valores pero a la vez mirarse como investigador y participante en una comunidad que estudia, logrando así el equilibrio en estas tres reflexividades asegurando la efectiva interacción con el grupo cultural.

Los apartados anteriores fueron algunos de los aspectos socializados mediante la elaboración de las guías, los cuales nos permitieron incorporarnos al mundo del cuidado cultural y obtener los primeros conocimientos conceptuales que permitirán desarrollar la competencia cultural.

---

<sup>16</sup> Guber R. La etnografía, método, y reflexividad. Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación; editorial norma primera edición. Bogotá. 2001

## 2. MOMENTO 2:

### 2.1 ENCUNTROS DEL SEMILLERO INVESTIGATIVO DEL GRUPO CUIDADO CULTURAL DE LA SALUD

#### OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Elaborar un informe de las temáticas desarrolladas en los encuentros con el grupo Cuidado Cultural de la Salud.

#### 2.1.1 Primer encuentro:

**Fecha:** 09 de agosto de 2010

**Tema:** *Presentación del grupo Cuidado Cultural de la Salud.*

En esta reunión se hizo una breve presentación de las personas que asistieron al semillero, se especificó el nombre, vínculo con el grupo (docente-estudiante), antigüedad, objetivos y expectativas del trabajo con el grupo de investigación.

La profesora Lucero López habló sobre los conceptos de *saber popular*, *saber científico* y *cuidado cultural de la salud*. También enfatizó sobre el objetivo del grupo, sus logros y el trabajo que desarrolla actualmente, algunas de las definiciones fueron:

El Cuidado de la salud mediante el saber popular también conocido como saber EMIC<sup>17</sup>, son todas aquellas prácticas que realizan y adoptan las personas para cuidar de su salud, las cuales están influidas por sus creencias, costumbres y experiencias.

Cuidado de la salud mediante el saber científico es aquel que cuenta con evidencia científica y un sustento teórico-práctico que demuestra ser la manera “racional” de actuar ante una enfermedad, también es conocido como saber ETIC<sup>18</sup>, este cuidado es el que adoptan los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, fisioterapia, psicólogos etc.) en su ejercicio laboral. La fusión de los dos tipos de cuidado nos dará como resultado el cuidado cultural.

---

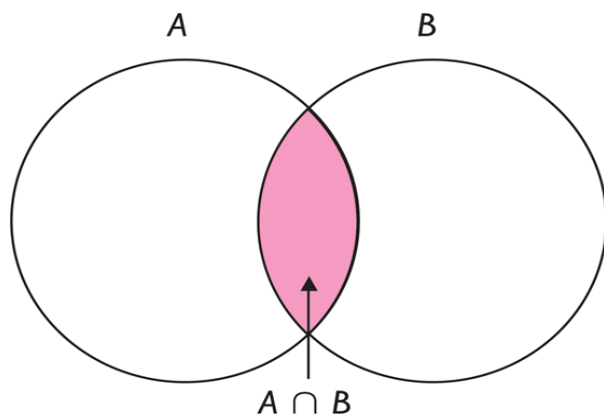
<sup>17</sup> Leiniger M, Mc Farland M. Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practice. New York: Mc Graw-Hill; 2002.

<sup>18</sup> Ibid

Como se menciona anteriormente el cuidado cultural es una combinación de saberes populares y científicos<sup>19</sup>, pretende que el profesional de la salud tenga en cuenta las creencias y prácticas de cada individuo al momento de abordar el cuidado, esto garantiza una efectiva interacción profesional-paciente dado que el cuidado se brinda de manera individualizada, tratando de incorporar los conocimientos del paciente dentro de las decisiones del equipo sanitario. Debido a la naturaleza de este enfoque conllevará grandes beneficios como: el paciente se sentirá comprendido y valorado como miembro de una comunidad, generando compromiso con su salud y una mejor percepción de los servicios de salud.

Se menciona la teoría de Madeleine Leininger puesto que fue la primera teorista en definir el cuidado transcultural quien lo define como: una práctica de la enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los individuos y grupos, con respecto a las diferencias y similitudes, en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible, culturalmente competente a las personas de culturas diversas<sup>20</sup>.

El siguiente diagrama ilustra un poco más estos conceptos:



**Donde:**

A es el cuidado popular  
“EMIC”

B es el cuidado científico  
“ETIC”

Y  $A \cap B$  es el cuidado cultural

Por otro lado se hablo de los proyectos que actualmente está llevando a cabo el grupo de investigación, entre los que se resalto el trabajo que se viene desarrollando en Guapi (Cauca) desde el 26 noviembre de 2008 llamado “Propuesta de un modelo de cuidado cultural de la salud para familias afrocolombianas con ancianos en situación de discapacidad y pobreza del área urbana en el municipio de Guapi - Cauca” finalizo en julio de 2010, esta propuesta

<sup>19</sup> Conceptos expuestos por la profesora Lucero López; coordinadora del grupo Semillero de Investigación grupo Cuidado Cultural de la Salud. Encuentro semillero 9 de agosto de 2010.

<sup>20</sup> Página de internet: <http://www.slideshare.net/Alejandrocannerjia/madeleine-leininger-1832641> consultada el 6 de noviembre de 2010.



pretende mejorar la calidad de vida de las personas ancianas con discapacidades valiéndose de la aplicación de un modelo cultural que permita una intervención eficiente involucrando u adaptando los cuidados del individuo con los conocimientos de la ciencia médica, así como también obtener datos sobre las diferentes practicas que utilizan los pacientes y sus familias para cuidar de su salud.

Por último la profesora Esperanza Muños concreto la agenda para las próximas reuniones del semillero investigativo. Quedo establecido que nos reuniríamos los días: 6 y 20 de septiembre, 4 y 25 de octubre, 8 y 22 de noviembre.

### **2.1.2 Segundo encuentro:**

***Fecha:*** 23 de agosto de 2010

La profesora Esperanza Muñoz explico sobre el proyecto Alabama llamado “Influencias culturales en el cuidado familiar a personas ancianas después de un evento cerebrovascular en Bogotá DC Colombia 2010” el cual se quiere implementar en tres países diferentes a razón de esto es un proyecto multicentrico las plazas de ejecución son: Sao Pablo (Brasil), Alabama (Estados Unidos) y Bogotá (Colombia) este ultimo será el punto de partida de dicho proyecto,

Este proyecto ha sido desarrollado por la estudiante del Doctorado en enfermería Esperanza Muños y asesorado por la docente Lucero López; el objetivo planteado para este trabajo es identificar y describir las influencias culturales en el cuidado de personas ancianas que han sufrido un evento cerebrovascular. Para los criterios de inclusión se establecieron los siguientes:

- Personas con diagnósticos de evento cerebro vascular
- Que tengas la capacidad de comunicarse
- Test de Mini mental de 14
- Residentes de la ciudad de Bogotá
- Que requieran cuidados para actividades de la vida diaria.

Se hace necesario conocer las influencias culturales que adoptan las familias con un paciente anciano con ECV debido a que es una enfermedad de gran impacto en la salud y que conlleva a un aumento en las demandas de cuidado, no solo por las consecuencias físicas y mentales que genera sino también porque es un enfermedad crónica con implicaciones a nivel familiar.

Al finalizar la intervención de la profesora Esperanza Muños, la docente Nhora Cataño dijo que tenía la inquietud en cuanto a la definición u orientación que le dan en el proyecto al término de Influencias Culturales, se debatió sobre el significado de este término algunas de las conceptos era:

“Influencias culturales hace pensar que son todos los cambios que una persona hace a su propia cultura y practicas por la interacción con otras culturas” (profesora Nhora Cataño).

“Influencias culturales es la manera en que las personas de una comunidad deben condicionar sus conocimientos debido a la interacción u influencias con otras comunidades” (Estudiante de pregrado Marcela Duran).

Debido a la confusión con el termino la profesora Lucero López sugirió que debería abrirse un espacio para definir este termino con el enfoque que le ha dado el grupo cuidado cultural de la salud, para esto la docente pidió a la estudiante Evelsy Ladino Gil preparar una exposición donde retomara este concepto, de manera que quedara claro y se llegase a una definición universal para el grupo Cuidado Cultural de la Salud.

### **2.1.3 Tercer encuentro**

**Fecha:** 06 de septiembre de 2010

**Temas:**

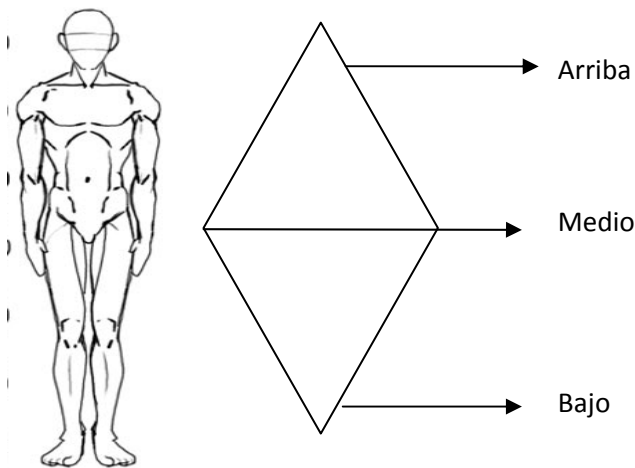
1. *Tierra adentro: Belalcázar*
2. *Influencias culturales*

En este encuentro tuvimos la oportunidad de conocer y tener contacto directo con Abelardo Ramos y Mauricio Chimbay dos representantes de una comunidad indígena quienes expusieron aspectos claves y característicos de su cultura, este encuentro sirvió para reconocer las diferentes y de alguna manera extrañas costumbres, creencias y prácticas en una comunidad como esta. Abelardo Ramos nos hablo de la medicina tradicional de su cultura, refirió que esta se puede entender como la reunión de conocimientos, habilidades, prácticas, creencias y experiencias heredadas de generación en generación en su comunidad, recalco que esta puede ser utilizada por otras personas y/o comunidades para la prevención y tratamiento de enfermedades así como también para promoción de la salud.

Abelardo Ramos manifestó su preocupación por los problemas sociales y políticos que su comunidad enfrenta actualmente, lo que ha llevado a una progresiva pérdida de las características culturales que representan a su comunidad también conocido como aculturación; por ejemplo explico que aunque el lenguaje es una

característica única en su comunidad ha ido desapareciendo poco a poco, y ha sido reemplazado por el español.

Así mismo se hablo de los tres espacios que dan explicación e integran la concepción del mundo para esta cultura indígena, estos son: arriba, medio y bajo; lo que finalmente constituyen un solo espacio o mundo. El espacio de arriba está relacionado con lo visual y lo detectable (estrellas, universo). El espacio medio hace relación con lo blando, lo flexible todo lo que está inmerso dentro de ese universo (seres humanos, aire, animales etc.) y el espacio de abajo que está relacionado con la parte firme y solida del mundo (tierra, plantas, suelo). Estos tres espacios los representan mediante un rombo, que significa la piedra de conocimiento, posicionamiento de la lengua e historia, además recalcan que estos espacios también conforman al ser humano y dan explicación a la aparición de enfermedades por medio de ello puesto que cuando hay un desequilibrio entre el mundo y la persona es cuando se presenta las enfermedades, así, las alteraciones a nivel cerebral que en el rombo representa el universo están relacionadas con los sentimientos de egoísmos, rencor, envidia, malos pensamientos entre otros, los dolores a nivel abdominal están relacionados con el equilibrio frio/calor. De esta manera dan explicación a innumerables enfermedades, integrando siempre mundo- rombo -persona.



La intervención de Abelardo Ramos finalizo con una pequeña reseña de las plantas y animales que utilizan en su comunidad para el tratamientos de algunas enfermedades como: dolor en el cerebro (parte de arriba del rombo), espalda, abdominales, dolores en los huesos, heridas, piel ampollada etc. (parte media del

rombo). Dependiendo del sitio donde aparezca el problema se establecerá el tratamiento, por ejemplo los dolores a nivel abdominal al ubicarse en la parte media del rombo está relacionado con lo frío y lo caliente (el problema es un desbalance frío/caliente causado por el aire) para esto se utilizan plantas, aquellas que produzcan calor serán usadas para disminuir enfermedades producidas por exceso de frío y por el contrario las que tienen la capacidad de disminuir el calor en el cuerpo serán utilizadas para enfermedades producidas por exceso de calor.

Para continuar con la programación la estudiante de maestría Evelsy Ladino Gil hizo una presentación sobre el término de influencias culturales. De esta presentación concluimos que: las influencias culturales son todas las prácticas, creencias, costumbres y comportamientos que se aprenden dependiendo del espacio (cultura) donde se desarrolle el ser humano, dichas características finalmente definen a un individuo como miembro de una comunidad que comparte, practica y acepta sus comportamientos como parte de su propio ser.

#### **2.1.4 Cuarto encuentro:**

**Fecha:** 20 de septiembre de 2010

La reunión del semillero programa para este día se canceló, debido a que las docentes del grupo Cuidado Cultural de la Salud tuvieron que participar en una actividad de la asignatura Salud Pública donde ejercen su rol como docentes, por lo tanto se definió reprogramar esta sesión para el día 4 de octubre de 2010.

#### **2.1.5 Quinto encuentro:**

**Fecha:** 04 de octubre de 2010

**Temas:**

1. Teoría de Rachel Spector a cargo de Nicolás Blanco
2. Exposición un diseño de investigación a cargo de la antropóloga Juliana

El estudiante de pregrado de VIII semestre Nicolás Blanco presentó su exposición sobre la teoría de Rachel Spector. Dio a conocer el enfoque que esta teórica le da al cuidado de la salud.

Raquel Spector, se define como un modelo de Enfermería Transcultural, y los conceptos básicos del mismo los podemos resumir como sigue:

- La concepción del hombre en tres planos unidos, a saber: cuerpo-mente-espíritu.

- La consideración de que existe una sola medicina totalmente legitimada (científica) que es la medicina biologicista occidental<sup>21</sup>.

El cuidado de la salud debe tener el conocimiento de una determinada disciplina, pero debe ser complementada con conocimientos extensivos, teniendo en cuenta las necesidades socio-culturales de un determinado (da) paciente, familia y/o comunidad. Spector hace referencia a unos conceptos a tener en cuenta para complementar el conocimiento profesional estos son<sup>22</sup>: filosofía alopática<sup>23</sup>, vestuario, comunidad, demografía, ética, comida, sanar, salud<sup>24</sup>, tradiciones en salud, filosofía homeopática, recursos tradicionales y por ultimo incluir la visión global que es compartida por todos los miembros de una determinada comunidad etno-cultural. Esto nos orienta a percibir al ser humano como un ser holístico, y a reflexionar en que no basta con conocer una enfermedad sino mas importante aun conocer una persona y por medio de ella un mundo nuevo.

A continuación la antropóloga Juliana relato el trabajo investigativo que realizo para una empresa de productos agrícolas, donde dio a conocer su experiencia personal y profesional y la metodología utilizada para la recolección de datos, que tenía como propósito conocer las preferencias y factores que influyen en la decisión de agricultores para decidirse o no por la adquisición de un producto para el cuidado de sus cultivos.

Juliana manifestó la importancia de saber cómo interactuar y saber entablar una conversación con las personas, refirió que es necesario ser estratégico y muy prudente al momento de iniciar una investigación, especialmente si se desea obtener información sin que los participantes del estudio lo sepan, Juliana menciona también que para el análisis de los datos se utilizo una matriz donde se resumían aspectos importantes como: manifestaciones de los participantes del estudio en cuanto a los productos utilizados, beneficios que observaban en la utilización de los productos, razones por las cuales seguían utilizando el producto , entre otros. Esto permitió establecer categorías que servirían para definir el perfil de los agricultores; de esta manera la empresa pudo crear estrategias para promocionar el producto aumentando la probabilidad de que los agricultores quisieran comprar el producto.

Mediante esta experiencia pudimos reconocer la importancia de la investigación en los diferentes campos del desarrollo humano, pues no solo contribuye a lograr

---

<sup>21</sup> Bernalte A; Miret M; Rico S: Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y lo sistemas de cuidado. Libros en red 2007; pag 97.

<sup>22</sup> Spector, R. Teoría Enfermería, La Enfermería Transcultural: Pasado, Presente y Futuro. Revista Cultura de los Cuidados. 1º y 2º Semestres 2000. Año IV – No. 7 y 8. Página 119.

<sup>23</sup> Referente a la comprensión de las complejidades del moderno cuidado de la salud y que cambia de cultura a cultura.

<sup>24</sup>Entendida como la percepción de salud, para unos es el “bienestar de cuerpo y mente”, para otros “equilibrio entre mente, cuerpo y espíritu”

avances científicos sino también para situaciones sencillas como la promoción y venta de un nuevo producto.

### **2.1.6 Sexto encuentro:**

**Fecha:** 25 octubre de 2010

#### **Temas:**

1. Creencias y prácticas sobre la tuberculosis de un grupo de pacientes y sus familias en la ciudad de Bogotá. A cargo de la estudiante Evelsy Ladino Gil.
2. Capítulo I Hierbas medicinales: un asunto más allá de las practicas de cuidado a cargo de Luz Dary Mejía
3. Experiencia de la profesora Lucero López en su visita a la India, Nepal y Tíbet.

El desarrollo del encuentro inicio con la intervención de la estudiante de maestría Evelsy Ladino Gil Quien dio a conocer los avances de su tesis titulada: *“Creencias y prácticas sobre la tuberculosis de un grupo de pacientes y sus familias en la ciudad de Bogotá D.C”*.

Pudimos conocer el objetivo y metodología utilizada por la estudiante para el desarrollo del trabajo, los beneficios que ha obtenido utilizando entrevistas abiertas para hacer la recolección de datos, menciono como con en la experiencia práctica se pueden identificar los errores y de esta manera hacer modificaciones para lograr resultados efectivos.

La estudiante de maestría en enfermería Luz Dary Mejía expuso sobre el capítulo I del libro de hierbas medicinales: un asunto más allá de las prácticas de cuidado, este es un trabajo del grupo cuidado cultural de la salud desarrollada por la estudiante de maestría Luz Dary Mejía y las docentes Lucero López, Vilma Velásquez. El cual tiene como objetivo: Analizar la forma como se adquiere y recrea el conocimiento de las hierbas medicinales en un grupo de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en un área rural y urbana.

En esta exposición Luz Dary Mejía dio a conocer la metodología que se utilizo para desarrollar este trabajo, los resultaos y conclusiones a las que se llego por medio de dicha investigación.

Se dieron a conocer las 7 hierbas aprobadas por INVIMA estas son:

- ✓ Caléndula: Cicatrizante y antiinflamatoria
- ✓ Manzanilla:

- ✓ Sábila: laxante, cicatrizante, con limón y miel para gripas
- ✓ Sauco: expectorante, laxante y coadyuvante en el estreñimiento
- ✓ Ortiga: rubefaciente y diurética
- ✓ Apio: Antiinflamatorio, en infusión para tratar el dolor de estomago y para la llenura
- ✓ Manzanilla: dolores abdominales y articulares
- ✓ Yerbabuena: con caléndula para úlceras y para tratar la flatulencia<sup>25</sup>.

Algunos de los resultados que se obtuvieron fueron:

Conocimiento del uso que le dan a las diferentes hierbas que utilizan para el tratamiento de enfermedades.

Tanto en la zona rural como en la urbana tienen su propia taxonomía para las hierbas que utilizan para el cuidado de la salud clasificándolas como: amargas para limpiar y depurar el hígado, dulce para estar bien, calmar dolores pasajeros y aliviar angustias.

Es importante resaltar que entre los hallazgos se descubrió que las personas no saben que al utilizar estas hierbas pueden presentarse efectos adversos.

Por último entre los resultados se pudo identificar algunas de las partes de la hierba que se utilizan (hojas y tallo generalmente) y el modo de preparación de estas ya que algunas son trituradas, hervidas o simplemente se obtiene de ellas algunos de sus componentes.

Las conclusiones de este trabajo resalta la importancia de seguir estudiando e investigando sobre este tema, no solo para conocer de qué manera se está abordando la salud en otras comunidades sino también para intervenir sobre los posibles riesgos que se corren al utilizar este tipo de “tratamientos”. Por otro lado lograr recuperar el saber popular para enriquecer los conocimientos y empoderar a las comunidades en los procesos de salud.

#### Experiencia profesora Lucero López

La profesora Lucero comentó sobre la cultura y creencias en la India, Nepal y Tíbet, países que por su riqueza histórica, económica, étnica, geográfica y cultural

---

<sup>25</sup> Mejía Ituyán LD, López L, Velásquez Gutiérrez VF. Hierbas medicinales: un asunto más allá de las prácticas populares. En: Díaz Heredia LP, coordinadora de la edición. Avances en el cuidado de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2010. p. 383-401.

representan un verdadero atractivo para la investigación y fortalecimiento del Grupo Cuidado Cultural de la Salud.

La profesora explico las limitaciones que impone esta comunidad a la presencia de visitantes y turistas, debido a los tantos golpes que han vivido los últimos ciclos son cautelosos e introvertidos.

Para comentar esta experiencia la profesora Lucero López hizo una pequeña descripción de cada país resaltando los aspectos culturales que logro evidenciar:

India: es un país ubicado en Asia del Sur. Es uno de los países más extensos del mundo, y el segundo más poblado, entre sus principales características se destaca las diferentes religiones (el hinduismo, el budismo, el jainismo, el islam y el sijismo) lenguajes, flora, fauna y etnias. Entre las culturas que se logro tener un mayor acercamiento fue la población budista. Los budista creen en Buda Gautama quien se piensa que fue un noble iluminado quienes entre sus enseñanzas manifiesta que cada persona debe alcanzar el Nirvana que se refiere a un estado donde se presenta la extinción de los deseos materiales, es lograr desatarse (de la codicia, el odio, en otras palabras lograr liberarse) , el cual sustentan es el camino indicado para lograr un cese del sufrimiento y comprender la naturaleza del bodhi (verdad absoluta). La profesora comento que el bodhi en la india está representado por un árbol sagrado donde se piensa que buda meditaba, las hojas de este árbol fueron dadas a conocer por la profesora Lucero López quien trajo algunas de estas para que pudiéramos apreciarlas.

También se menciona sobre la independencia de india la cual tuvo cabida en el año de 1947, y los problemas que a partir de entonces ha tenido que enfrentar la india como: terrorismo, violencia religiosa y clasismo. Así como los innumerables problemas territoriales que ha tenido con China (desde 1962).

Uno de los comportamientos que mayor impresión causo a la docente en su visita, fue observar como valoran y consideran sagrados a los animales, especialmente las vacas representan para ellos un ser al cual no se le puede maltratar, al contrario debe ser tratado con respetos ya que de él obtienen beneficios y es un ser vivo como se menciona sagrado. Pudo observar como los carros paran y le permiten el paso a la vaca sin siquiera intentar pitar o interponer el paso de este animal. El pollo y el pescado por ser animales más pequeños y abundantes, acceden a sacrificarlo e incluirlos en su alimentación.

Existe un poco de corrupción en la India con el intercambio “trafico” de animales, especialmente con las vacas las cuales son vendidas de manera ilegal al



comunidades vecinas que no tienen inconvenientes en sacrificarlas para consumo humano, es mas algunas comunidades Indias no adoptan la conducta de respetar la vida de este animal.

Nepal: es un país ubicado en el Himalaya, la cordillera con las cimas más alta del mundo incluyendo el Monte Everest.

Es considerado un estado multicultural, multilingüe y que ha tenido grandes cambios religiosos. A pesar de ser un pequeño país, comparado con sus enormes vecinos, Nepal cuenta con una amplia diversidad de ambientes y zonas como: selva, rocosas montañas, valles y heladas cumbres.

La profesora Lucero López manifestó que pudo evidenciar las diferentes costumbres que tienen las personas en este país, por ejemplo las plazas de mercado son muy organizadas especialmente llamo la atención la peculiar forma de mostrar sus productos, por ejemplo las manzanas son puestas unas sobre otras y limpiadas al punto que toman un color rojo brillante muy llamativo, esta comunidad muestra así sus alimentos ya que sienten que son bendiciones de sus dioses y que deben hacerlo de la mejor manera ya que esto les permite demostrar la riqueza de sus suelos. Una comida típica nepalesa consiste en lentejas servidas con arroz, yuca u otros vegetales. Alimentos como: la leche, la carne, los huevos y el pescado también son consumidos, en especial en las zonas montañosas, donde la dieta suele ser rica en proteínas.

La cultura nepalesa se encuentra influenciada por la cultura india y la tibetana. Por esta razón alguna de las religiones de mayor prevalencia son: hinduismo, budismo y musulmanes.

Tíbet: es una región autónoma del suroeste de China, situada en Asia Central. La lengua que predomina es el tibetano. En el Tíbet se encuentra el pico más alto del mundo, el monte Everest, haciendo frontera con Nepal. La profesora Lucero comento las diferentes disputas que ha tenido China y Tíbet por el gobierno y de este ultimo.

Algo de historia: Hasta el siglo X el Tíbet fue un país independiente en donde la tierra era poseída por familias nobles, monasterios budistas y pequeños terratenientes. Al principio del siglo XVIII China envió un comisionado chino a Lhasa para hacerse cargo del gobierno. Diferentes facciones tibetanas se rebelaron contra el comisionado, el cual fue asesinado. Posteriormente el ejército

Qing invadió el Tíbet y derrotó a los rebeldes, reinstalando a otro comisionado. Dos mil soldados chinos permanecieron en el Tíbet y sus labores defensivas fueron apoyadas por fuerzas locales organizadas por el comisionado. A partir de esto el Tíbet tuvo que experimentar diferentes acuerdos y delegación de poder político- religioso, disputado entre China y el Dalai Lama finalmente bajo la presión de china el Dalai Lama y el Panchen Lama firmaron el Plan para la Liberación Pacífica del Tíbet. Este plan contemplaba la administración conjunta del gobierno chino con el gobierno del Tíbet.

En la actualidad si bien existen discrepancias acerca de cuan opresiva es la dominación china en Tíbet, lo cierto es que internacionalmente se considera esta región como parte de China y ningún país extranjero ha reconocido al gobierno del Dalai Lama en el exilio.

Lo que sí parece cierto es que, si bien las condiciones de vida en el Tíbet han mejorado considerablemente bajo el régimen chino, la Revolución Cultural (1966-1976) y la actual y continua inmigración de chinos Han han afectado a la cultura y las tradiciones de este pueblo<sup>26</sup>.

### **2.1.7 Séptimo encuentro:**

**Fecha:** 8 de Noviembre de 2010

#### **Temas:**

- 1) Conceptos de creencias a cargo de Evelsy Ladino Gil.
- 2) Influencias culturales en el cuidado de personas ancianas después de un evento cerebrovascular en Bogotá D.C, Colombia 2010. Profesora Esperanza Muñoz

La estudiante de maestría Evelsy Ladino Gil expuso sobre algunas de las definiciones que se han dado sobre el termino creencias se incluyeron las definiciones dadas por: Purnell, Papadopolus y Renata Gonzales

La estudiante de Doctorado en enfermería Esperanza Muñoz mostro algunos avances del proyecto: Influencias culturales en el cuidado de personas ancianas después de un evento cerebrovascular en Bogotá D.C, Colombia 2010.

---

<sup>26</sup> Laird, Thomas (2008). *La historia del Tíbet. Conversaciones con el Dalai Lama*. Barcelona: Editorial Paidós. ISBN 978-84-493-2116-0. Consultado en la página de internet: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tíbet> el día 8 de noviembre de 2010.

### **2.1.8 Octavo encuentro**

**Fecha:** 22 de Noviembre de 2010

**Temas:**

- 1) Intermediación cultural a cargo de la estudiante Saidy.
- 2) Exposición del Informe final de las estudiantes de pasantía.

Los estudiantes de pasantía en el grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud expusieron el informe de pasantía.

### **DISCUSIÓN:**

El asistir al semillero de investigación en Cuidado Cultural de la salud fue de gran importancia para nosotros ya que conocimos como se desarrollan los diferentes proyectos de investigación en esta área, cuales son los temas de interés para este grupo, las diferentes experiencias que los miembros de este semillero han tenido en sus investigaciones, en los congresos y en las visitas a otros países; adicionalmente pudimos conocer los diferentes autores y teoristas que hablan o tienen relación con el cuidado cultural de la salud y lo más importante la motivación a investigar y a aplicar el cuidado cultural en nuestro quehacer diario como profesionales de la salud

### **3. MOMENTO 3**

#### **3.1 MARCO LEGAL Y METODOLOGIA**

Nuestra investigación se fundamenta en las siguientes normativas legales, a las cuales se les ha extraído los postulados relacionados con la revisión de artículos y el ejercicio profesional de enfermería, de manera que oriente el desarrollo del presente trabajo:

##### **3.1.1 LEY 23 DE 1982 SOBRE DERECHOS DE AUTOR.**

Teniendo en cuenta que nuestro trabajo se basa en la revisión sistematizada de artículos, se hace indispensable conocer y cumplir cada una de las normas establecidas para proteger los derechos de autor.

Según la ley 23 de 1982, los derechos de autor recaen sobre las obras científicas, literarias y artísticas, cualquiera que sea el modo de expresión y cualquiera que sea su destinación, tales como: los libros, folletos, escritos y toda producción de dominio científico, literario o artístico que pueda reproducirse. Los artículos consultados hacen parte de producciones científicas por tanto son protegidos en la presente ley en la cual también se establece que las traducciones, adaptaciones y demás transformaciones que se realice sobre el documento deberá mantener la referencia del autor, persona natural o jurídica de la obra.

Esta ley protege exclusivamente la forma literaria, plástica o sonora, como las ideas del autor son descritas, explicadas, ilustradas o incorporadas en las obras literarias, científicas y artísticas; por tanto en el presente informe siempre que se utilice las ideas y apartados contenidos en el artículo se especificara usado las normas Vancouver, el nombre del autor o autores naturales o jurídicos, revista y año en que se mencione dicha definición. De igual manera en caso de usar un pasaje de cualquier autor incluido en el artículo, será citado utilizando el nombre del autor, título de la obra y fecha en que mencione dicho pasaje.

Teniendo en cuenta que muchos de los artículos incluidos son publicaciones que se han hecho entre 2000-2009 y que además pertenecen a instituciones u autores residentes en otros países se dará importancia al capítulo I, artículo 11 de la presente ley donde contemplan:

De acuerdo al artículo 35 de la Constitución Nacional será protegida la propiedad literaria y artística, como propiedad transferible, por el tiempo de la vida del autor y 80 años más después de su muerte, mediante las formalidades que prescriba la Ley. Mientras que si el titular es una persona jurídica o una entidad oficial o

cualquier institución de derecho público, se considerará que el plazo de protección será de 30 años contados a partir de su publicación.

Esta Ley protege a obras y producciones de los ciudadanos colombianos, de los extranjeros domiciliados en el país. Los extranjeros con domicilio en el exterior gozarán de la protección de esta Ley en la medida que las convenciones internacionales a las cuales Colombia está adherida o cuando sus leyes internacionales aseguren reciprocidad efectiva a los colombianos.

Es de nuestro conocimiento que la persona que adapta, modifica o extrae de cualquier manera la información del artículo basándose en sus propias ideas es titular de su propio trabajo pero no deberá oponerse a que otra persona también le haga modificaciones a la misma obra, por ello en esta trabajo se han sacado aportes y conclusiones de los conocimientos aportados por cada artículo y se espera este trabajo pueda ser utilizado por otras personas.

Es permitido usar obras literarias o parte de ellas, a título de ilustración en obras destinadas a la enseñanza, por medio de publicaciones, dentro de los límites justificados por el fin propuesto, o comunicar con propósitos de enseñanza la obra para fines universitarios o de formación profesional sin fines de lucro, con la obligación de mencionar el nombre del autor y el título de las obras utilizadas.

Por último y recordando que muchos de los artículos aquí contenidos fueron material obtenido de la biblioteca Central de la Universidad Nacional de Colombia resaltamos que es lícito utilizar dicho material para fines académicos, además que la biblioteca tiene autorización para permitir una copia del documento al lector.

### **3.1.2 ACUERDO N°. 035 DE 2003**

#### **Acta N°. 8 del 3 de Diciembre de 2003**

“Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia”.

**Objeto del reglamento.** El presente tiene por objeto regular las relaciones que en materia de propiedad intelectual se desarrollen en la Universidad Nacional de Colombia, ente esta y sus docentes, estudiantes, personal administrativo y demás personas vinculadas a su servicio.

Quisimos incluir para nuestro trabajo la presente ley por que define los aspectos que se deben tener en cuenta al momento de utilizar obras literarias y productos de investigación para fines académicos

La propiedad intelectual según el acuerdo es un derecho complejo de dominio especial que se concede a los autores o inventores y que a la vez permite a la sociedad hacer uso de esas creaciones. La propiedad intelectual comprende: el derecho de autor y los derechos conexos.

La propiedad intelectual concede el derecho de autor morales o patrimoniales al autor, obra colectiva (grupo de autores naturales o jurídicos que coordinen) y obras en colaboración (producida conjuntamente por dos o más personas) creadores del material científico, artístico y/o literario según corresponda teniendo en cuenta que el derecho de autor comprende estos 2 derechos. Los morales nacen en el momento de la creación de la obra, son perpetuos e inalienables. Los derechos patrimoniales consisten en la facultad de beneficiarse y de disponer económicamente de la obra son renunciables y transmisibles y se causan con la publicación.

La Universidad Nacional será titular de los derechos patrimoniales de las obras realizadas por estudiantes, docentes o colectivos cuando estas hagan parte del compromiso académico o bien porque, la universidad haya participado en la coordinación, divulgación, publicación o edición de la obra. Este aspecto es de gran importancia para nuestro trabajo, puesto que el material es obtenido de la base de datos de la universidad Nacional de Colombia y por consiguiente nos encontraremos con obras pertenecientes a dicha institución. Además en uso de sus derechos patrimoniales la Universidad Nacional podrá reproducir o autorizar la reproducción, traducción, transformación o adaptación de la obra respetando siempre los derechos morales.

Para cumplir con la presente ley siempre que se utilice el artículo o parte del contenido de estas se mantendrán los derechos de autor citando el nombre (o seudónimo) y título de la obra, sin alterar o hacer modificaciones a esta.

En cuanto a los trabajos de grado, trabajos finales y tesis la propiedad intelectual sobre los productos, informaciones, resultados, diseños o datos útiles y susceptibles de ser protegidos corresponderá a la Universidad y/o al financiador, según contrato previa y debidamente suscrito con los estudiantes, el cual podrá incluir cláusulas de manejo confidencial de la información usada y alcanzada. De ninguna manera esa condición deberá constituirse en obstáculo para la publicación del trabajo de grado o la tesis.

Para la elaboración del presente trabajo se ha utilizado varios artículos para hacer una síntesis de ellos y establecer las temáticas mas prevalentes por tanto aparecerá nuestra directora de trabajo de grado como autora en el mismo.

El uso del nombre y emblemas de la Universidad se emplearán de manera institucional en respaldo de sus publicaciones, servicios y demás productos académicos. Aunque en nuestro trabajo no se han utilizados dichos emblemas es importante citarlo ya que son símbolos representativos de la institución, en todo caso se tendrá en cuenta los siguientes criterios y procedimientos:

- El nombre y los emblemas institucionales podrán ser usados solamente cuando el trabajo, proyecto, desarrollo, publicación y/o creación sea un producto oficial de la Universidad.
- La autorización para la utilización del nombre y emblemas de la Universidad Nacional de Colombia en obras, desarrollos, proyectos, programas y creaciones estará precedida de un análisis caso por caso por parte del Comité de Propiedad Intelectual tomando en consideración la política, la calidad, la pertinencia y los beneficios sociales e institucionales.
- La elaboración de los objetos en los cuales se imprima, estampe o de cualquier otra forma se incluya el nombre y/o emblemas de la Universidad, sus Sedes, Facultades, Escuelas o Institutos, requiere una licencia de uso, gratuita u onerosa según la destinación de los objetos.

En el ámbito de la investigación, se pueden generar algunas dudas e hipótesis en cuanto a los dilemas éticos, pero es ahí donde el investigador debe comprometerse a realizar su trabajo bajo los principios éticos de la profesión. Es por esto que incluimos en nuestro informe de pasantía las leyes mencionadas a continuación debido a que estas hablan de la propiedad intelectual y de enfermería debido a que realizamos una revisión sistemática de literatura consultando los diferentes artículos referentes a adherencia terapéutica en la base de datos de la Universidad Nacional de Colombia con el fin de cumplir con el objetivo estipulado.

- ✓ LEY 23 DE 1982 Sobre derechos de autor
- ✓ ACUERDO N°. 035 DE 2003
- ✓ LEY 266 DE 1996
- ✓ LEY 911 DE 2004

En cuanto a la investigación misma, algunos aspectos relacionados con la ética a tomar en cuenta por el investigador cualitativo son los siguientes.<sup>27</sup>

- El bienestar de los informantes
- El beneficio que la investigación puede aportar
- La interpretación correcta de los datos recogidos
- Los medios para comunicar los resultados a los informantes
- El diseño de estrategias para resolver los conflictos de manera que no perjudiquen a los informantes

Los mismos investigadores proponen que la participación, la colaboración, los componentes de la acción investigativa y de la transformación deben “situarse en el plano de la reflexión crítica”. Esto implica en el investigador un análisis y evaluación constantes durante la planeación, la recolección de datos, la interpretación de los mismos y el reporte final del trabajo investigativo.

---

<sup>27</sup> Sara Emilia Chávez Vázquez, Reflexiones en torno a la conducta ética en el ámbito familiar, profesional y de la investigación. 2008



#### 4. METODOLOGIA:

Para realizar este trabajo se llevo a cabo los siguientes pasos:

- 1) Selección de las bases de datos a consultar: inicialmente se consulto en seis editoriales incluidas en la base de datos de la Universidad Nacional de Colombia estas fueron: Academic Search Complete, Medline, Nursing@Ovid, PubMed, DYNAMED, Science Direct; hicimos un análisis del tipo y la cantidad de artículos que nos aportaba cada base de datos y conforme a esto decidimos incluir en nuestro estudio cuatro de estas: Academic Search Complete, Medline, Nursing@Ovid y Science Direct.
- 2) Definición de descriptores: quisimos escoger los descriptores que mas resultados nos aportara, para esto se discutió en el grupo que una manera de obtener mayor cantidad de resultados seria usar una palabra que generalizara el tema, por esto utilizamos adherencia como primer descriptor. Luego pensamos que nuestro objetivo era abordar el tema de cultura por ello le agregamos el termino cultura a adherencia quedando como segundo descriptor adherencia and cultura por ultimo escogimos dos termino un poco mas especifico de la temática estos fueron: adherencia terapeutica y adherencia and creencias.
- 3) Determinación de criterios de inclusión y exclusión: quisimos abordar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas dado que esta población tiene un riesgo mayor de incumplir el tratamiento terapéutico debido al carácter prolongado de la enfermedad. Incluimos artículos publicados entre 2000- 2009 de manera que nos proporcionaran información actualizada; por último se determinó que los artículos que trataran sobre enfermedades psiquiátricas y/o infecciosas crónicas serian excluidos puesto que nos cambiarían el enfoque de la revisión al ser enfermedades con un abordaje y percepción diferente por parte del paciente y del profesional de enfermería ya que el tratamiento se basa casi por completo en medicamentos farmacológicos y poco sobre la participación del paciente, lo cual es uno de los pilares de nuestra investigación.
- 4) Elaboración de fichas y matriz para registrar resultados: para la sistematización de la información fue necesario crear herramientas que facilitaran dicho propósito. Para esto contamos con la asesoría del grupo Cuidado Cultural, quienes nos sugirieron algunos de los contenidos que se debían incorporar en dichas fichas. Finalmente obtuvimos 3 instrumentos:

- ✓ Ficha Bibliográfica para sistematización de artículos: con esta ficha se quiere cuantificar los resultados de la búsqueda, donde se especifica la base de datos consultada, los criterios de inclusión y el descriptor utilizado. Cada descriptor cuenta con una ficha donde se registra el número de artículos encontrados utilizando dicho descriptor. Finalmente en esta ficha se registraban los artículos seleccionados para nuestro trabajo (aquellos con una temática llamativa), siendo este el primer filtro para la selección de los artículos.
- 5) Ficha para revisión de artículos: en esta ficha se incorporo información específica de cada artículo seleccionado, se incluyeron datos como: objetivo, muestra, tipo de estudio, palabras clave, análisis de datos, resultados, conclusiones y análisis o nota personal. A lo largo de la elaboración de estas fichas se hacia un análisis de cada artículo con el fin de identificar aquellos que cumplieran todos los criterios de inclusión y que además aportaran información suficiente para nuestro trabajo, los seleccionados pasaban a una tercera revisión. Por tanto este paso nos permitía hacer un segundo barrido de los artículos, así que, los que no cumplieran con los criterios de inclusión o como se menciona no hiciera un aporte importante al tema de adherencia terapéutica eran excluidos.
  - 6) Búsqueda sistematizada de artículos en la base de datos Universidad Nacional de Colombia: esta búsqueda se hizo en cuatro bases de datos (Academic Search Complete, Medline, Nursing@Ovid y Science Direct) utilizando los descriptores: adherencia, adherencia and cultura, adherencia terapéutica y adherencia and creencias, cada descriptor según el numero de resultados de aportaba se utilizaba en español o ingles por ejemplo en la base de datos Nursing@Ovid se obtienen más resultados utilizando palabras en ingles por ello todos los descriptores fueron usados es este idioma. Por último se limito la búsqueda a obtener artículos que tuvieran texto completo y hubiesen sido publicados entre 2000-2009.
  - 7) Análisis de los hallazgos encontrados en los artículos: con el objetivo de hacer un aporte al grupo Cuidado Cultural de la Salud en cuanto al tema de adherencia terapéutica desde lo cultural, se extrajo de cada artículo los principales conceptos de adherencia, los factores que influyen en la adherencia y no adherencia terapéutica y las influencias culturales que afectan la adherencia. Con esta información se definieron tres temáticas las cuales contienen el abordaje de adherencia que se expone en los artículos; además se pudo hacer una síntesis de la información que se tiene de adherencia y como ha cambiado esta definición a lo largo del tiempo.

## 5. MOMENTO 4

### 5.1 REVISION DE LITERATURA

#### OBJETIVO GENERAL

- ✓ Hacer una revisión sistematizada de literatura sobre adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

A continuación se presentan los artículos que fueron incluidos en la revisión sistematizada y el análisis que logramos hacer de cada uno de estos:

#### 5.1.1 FICHA DE BUSQUEDA SISTEMATICA

BASE DE DATOS	EBSCO: Academic Search Complete
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherencia terapéutica
No. DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	19 artículos encontrados, 9 revisados, 4 seleccionados
CRITERIOS DE SELECCION	Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.  Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas
BIBLIOGRAFIA DE LOS ENCONTRADOS (Normas Vancouver)	1. Mato Y; Libertad A; Vea H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos Revista Cubana de Medicina General Integral, ene-mar2007, Vol. 23 Issue 1, p1-8, 8p.  2. Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de

	<p>Salud Pública, jul-sep2006, Vol. 32 Issue 3, p99-108, 10p.</p> <p>3. Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica Revista Cubana de Salud Pública, oct-dic 2004, Vol. 30 Issue 4, p1-5, 5p.</p> <p>4. Shkurovich R. La adherencia terapéutica desde una perspectiva antropológica Archivos de Neurociencias, ene-mar2003, Vol. 8 Issue 1, p46, 6p.</p>
--	---

BASE DE DATOS	EBSCO: Academic Search Complete
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherencia
No. DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	155 artículos encontrados, 7 revisados, 3 seleccionados, 7 repetidos con el descriptor adherencia terapéutica
CRITERIOS DE SELECCION	<p>Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.</p> <p>Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas</p>
BIBLIOGRAFIA DE LOS ENCONTRADOS (Normas Vancouver)	<p>5. Quirós-Morales, D; Villalobos-Pérez, A. Comparación de factores vinculados a la Adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitas tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica Universitas Psychologica, oct-dic2007, Vol. 6 Issue 3, p679-688, 10p</p> <p>6. Granados, G; Roales-Nieto, J. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento International Journal of Psychology &amp; Psychological Therapy, 2007, Vol. 7 Issue 3, p393-403, 11p</p> <p>7. Holguín, L; Correa, D; Arrivillaga, M; Cáceres, D; Varela, M. Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: efectividad de un programa biopsicosocial Universitas Psychologica, oct-dic2006, Vol. 5 Issue 3, p535-547, 13p</p>

BASE DE DATOS	EBSCO: Academic Search Complete
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherencia and creencias
No. DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	6 artículos encontrados de los cuales 4 se encontraron con los descriptores adherencia y adherencia terapéutica.
CRITERIOS DE SELECCION	Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.  Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas

BASE DE DATOS	EBSCO: Academic Search Complete
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherencia and culture
No. DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	0 artículos encontrados
CRITERIOS DE SELECCION	Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.  Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas

BASE DE DATOS	Science Direct
AÑOS	2000 – 2009
DESCRIPTOR	Therapeutic Adherence

No. DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	3.024 artículos encontrados, 20 revisados, 6 seleccionados.
CRITERIOS DE SELECCION	<p>Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.</p> <p>Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas.</p>
<p>BIBLIOGRAFIA DE LOS ENCONTRADOS</p> <p>(Normas Vancouver)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siegel, D. Antihypertensive Medication Adherence in the Department of Veterans Affairs. <i>The American Journal of Medicine</i>. 2007. Vol. 120. Pages. 26 – 32.</li> <li>2. Chao, J. et al. Patient – Reported Perceptions of Side Effects of Antihyperglycemic Medication and Adherence to Medication Regimens in Persons in Diabetes Mellitus. <i>Clinical Therapeutics</i>. Vol. 29. Pages. 177 – 180.</li> <li>3. Fung, V. et al. Hypertension Treatment in a Medicare Population: Adherence and Systolic Blood Pressure Control. 2007. Vol. 29. Pages. 972 – 984.</li> <li>4. Wu, J., Moser, D., Lennie, T., Peden, A., Chang, Y., Heo, S. Factors influencing medication adherence in patients whit heart failure. <i>Heart &amp; Lung</i>. 2008. Vol. 37. Págs. 8 - 16.</li> <li>5. Yeur-Hur, L., Keefe, F., Wei-Zen, S., Lee-Yuan, T., Ping-Ling, C., Jeng-Fong, C., Ling-Ling, W. Relationship Between Pain-Specific Beliefs and Adherence to Analgesic Regimens in Taiwanese Cancer Patients: A Preliminary Study. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>. 2002, vol. 24. P. 415-423.</li> <li>6. Sarradon-EckA, Egrot M, Blanc M-A, Faure M.; Approche anthropologique des déterminants de l’observance dans le traitement de l’hypertension artérielle. Anthropological approach of adherence factors for antihypertensive drugs.; <i>Pratiques et Organisation des Soins</i>. 2008. vol.39. p. 3 – 12.</li> </ol>

BASE DE DATOS	Nursing@ovid
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherence
No. DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	2086 artículos encontrados, 4 revisados, 2 seleccionados
CRITERIOS DE SELECCION	<p>Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.</p> <p>Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas</p>
BIBLIOGRAFIA DE LOS ENCONTRADOS  (Normas Vancouver)	<p>1. Evangelista L; Shinnick M. What Do We Know About Adherence and Self-care? Journal of Cardiovascular Nursing; Vol.23, N°.3, pp 250-257.</p> <p>2. Schweitzer R; Head K; Dwyer J. Psychological Factors and Treatment Adherence Behavior in Patients With Chronic Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing Vol.22,No.1,pp76Y83</p>

BASE DE DATOS	Nursing@ovid
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherence therapeutic
No. DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	17717 artículos encontrados, 7 revisados, 4 seleccionados
CRITERIOS DE SELECCION	<p>Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.</p> <p>Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas.</p>

<p>BIBLIOGRAFIA DE LOS ENCONTRADOS (Normas Vancouver)</p>	<p>3. Yiannakopoulou ECh. Papadopulos JS. Cokkinos DV. Mountokalakis TD. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. <i>European Journal of Cardiovascular Prevention &amp; Rehabilitation</i>. 12(3):243-9, 2005 Jun.</p> <p>4. Grindley E. Zizzi S. Using a Multidimensional Approach to Predict Motivation and adherence to Rehabilitation in Older Adults: <i>Topics in Geriatric Rehabilitation</i>. 21(3):182-193, 2005 July/September.</p> <p>5. Courneya K. Segal R. Gelmon K. Reid R. Mackey J. Friedenreich C. Proulx C. Lane K. Ladha A. Vallance J. McKenzie D. Predictors of supervised exercise adherence during breast cancer chemotherapy. <i>Medicine &amp; Science in Sports &amp; Exercise</i>. 40(6):1180-7, 2008 Jun.</p> <p>6. Bethel MA. Alexander J. Lane J. Barkauskas C. Feinglos M. Diabetes on a cardiovascular ward: adherence to current recommendations. <i>Southern Medical Journal</i>. 97(11):1031-7, 2004 Nov.</p>
---	--

BASE DE DATOS	Nursing@ovid
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherence and culture
Nº. DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	4490 artículos encontrados, 10 revisados, 2 seleccionados
CRITERIOS DE SELECCION	<p>Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.</p> <p>Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas</p>
BIBLIOGRAFIA DE LOS	7. Wen Wen Li; Stewart A; Sivarajan E. Factores culturales asociados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los inmigrantes chinos. <i>Journal of Cardiovascular</i>



ENCONTRADOS  (Normas Vancouver)	Nursing Vol.21, No.5, pp 354 y 362 x B 2006.  8. Fielding RA. Katula J. Miller ME. Abbott-Pillola K. Jordan A. Glynn NW. Goodpaster B. Walkup MP. King AC. Rejeski WJ. Life Study Investigators. Activity adherence and physical function in older adults with functional limitations. Medicine & Science in Sports & Exercise. 39(11):1997-2004, 2007 Nov.
---------------------------------------	---

BASE DE DATOS	MEDLINE
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherencia
No. De artículos encontrados	6 articulos encontrados, 2 revisados, 0 seleccionado
CRITERIOS DE SELECCION	Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.  Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas

BASE DE DATOS	MEDLINE
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	adherence therapeutic
No. De artículos encontrados	Artículos encontrados 43, 5 revisados, 3 seleccionado
CRITERIOS DE SELECCION	Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.  Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas
BIBLIOGRAFIA DE	1.Chen SL, Tsai JC, Lee WL,], The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of

LOS ENCONTRADOS (Normas Vancouver)	<p>patients with hypertension in Taiwan, Journal Of Clinical Nursing [J Clin Nurs 2009 Aug; Vol. 18 (15), pp. 2234-44</p> <p>2.Hughes CM, Drugs &amp; Aging [Drugs Aging], Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? 2004; Vol. 21 (12), pp. 793-811;</p> <p>3.Mato Y; Libertad A; Veá H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos Revista Cubana de Medicina General Integral, ene-mar2007, Vol. 23 Issue 1, p1-8, 8p</p>
---------------------------------------	---

BASE DE DATOS	MEDLINE
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherencia and cultural
No. De artículos encontrados	164 encontrados, 2 revisados, 0 seleccionado
CRITERIOS DE SELECCION	<p>Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.</p> <p>Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas.</p>

BASE DE DATOS	MEDLINE
AÑOS	2000-2009
DESCRIPTOR	Adherencia y creencias
No. De artículos encontrados	7 encontrados, 3 revisados, 1 seleccionado
CRITERIOS DE SELECCION	<p>Artículos en los que se incluya el termino de adherencia terapéutica, publicados entre los años 2000 – 2009 y que aborden al paciente crónico mayor de 18 años.</p> <p>Criterio de exclusión: artículos relacionados con enfermedades mentales e infecciosas crónicas.</p>

BIBLIOGRAFIA DE LOS ENCONTRADOS (Normas Vancouver)	4. Arcega-Domínguez A, Celada-Ramírez NA, Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro, 2008 Nov-Dec; Vol. 46 (6), pp. 685-90
---	---

Las siguientes fichas aportan información específica de cada artículo revisado.

### 5.1.2 FICHA BIBLIOGRÁFICA PARA REVISION DE ARTICULOS

#### BASE DE DATOS EBSCO: Academic Search Complete

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> (Según normas Vancouver)	1. Mato Y; Libertad A; Vea H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral: ene-mar 2007, Vol. 23 Issue 1, p1-8, 8p
<b>INSTITUCION</b>	Policlínico Docente “Edor de los Reyes Martínez”, en el Consejo Popular Sur, del área urbana del municipio Jiguaní, provincia Granma.
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Adherencia terapéutica, cumplimiento del tratamiento, comportamientos saludables, factores psicosociales.
<b>TEMA CENTRAL</b>	Factores psicosociales determinantes para la adherencia en pacientes hipertensos
<b>OBJETIVOS</b> Explícitos e Implícitos	Identificar los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en 13 consultorios del Médico de Familia del Policlínico Docente “Edor de los Reyes Martínez”, del municipio de Jiguaní, en la provincia Granma.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	Adherencia terapéutica: Conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente

	<p>comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.<sup>28</sup></p> <p>El concepto de adherencia hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud<sup>29</sup>.</p>
<b>DISEÑO</b>	Estudio descriptivo de corte transversal
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	9.081 pacientes diagnosticados como hipertensos en el área de salud de referencia, distribuidos en 13 consultorios médicos. De ellos, se escogió una muestra de 263, determinada a través de la fórmula de cálculo de tamaño muestral para poblaciones finitas en estudios descriptivos. CRITERIOS: Pacientes con hipertensión arterial esencial, pacientes mayores de 20 años, que se puedan valer por sí mismos, que estén en el área de salud en el momento de aplicar el instrumento, que no tengan problemas físicos o trastornos psiquiátricos que les imposibiliten contestar el cuestionario. Que deseen colaborar con la investigación.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Cuestionario
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Para la recogida de la información se confeccionó un instrumento que indaga sobre los datos generales del paciente y los criterios acerca de los factores determinantes de una adherencia total, parcial, o de la no adherencia al tratamiento médico. El cuestionario se aplicó en la casa de los pacientes y en el consultorio.

<sup>28</sup> Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(4).

<sup>29</sup> Núñez de Villavicencio C. Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.

<b>ANALISIS DE DATOS</b>	<p>La información recogida se llevó a una base de datos para su procesamiento, que se resumió posteriormente en tablas estadísticas. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y el análisis tradicional de tablas de contingencia, a través de la prueba de independencia, con la finalidad de encontrar asociación entre la adherencia y un conjunto de variables seleccionadas.</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>Los resultados apuntan a que una parte importante de las personas estudiadas, advierten la importancia de asumir comportamientos saludables, en relación con la terapéutica prescrita u orientada por los facultativos.</p> <p>Los pacientes tienen conocimientos acerca del carácter crónico que tiene la enfermedad, y de que su control se logra no solo con medicamentos sino con el cumplimiento, además, de medidas dietéticas e higiénicas.</p> <p>Los pacientes se sienten capaces de llevar a cabo el tratamiento, es decir, consideran que es algo posible de realizar, y que pueden modificar sus hábitos de vida en correspondencia con lo que indican sus médicos.</p> <p>En la adherencia terapéutica tiene un alto significado el apoyo que recibe el paciente de familiares y amigos; esto puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, y animar al enfermo a mantener el régimen médico.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Se puede plantear que las creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento médico como una necesidad en beneficio de su salud, los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento con autoeficacia y la percepción de redes de apoyo social suficientes, se asocian a la adherencia terapéutica.</p>
<b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b>	<p>Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(4).</p> <p>Núñez de Villavicencio C. Psicología y Salud. La</p>

	<p>Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.</p> <p>Ferrer Pérez V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. Journal of Health Pshychology. 1995;7(1).</p> <p>Rodriguez Marin J. Apoyo social y salud. En: Psicología social de la salud. Madrid; Editorial Síntesis S.A; 1995.</p>
<p><b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b></p>	<p>En este estudio la adherencia toma un abordaje desde un sentido psicológico como la respuesta positiva del paciente frente a la prescripción que hace el médico teniendo en cuenta los aspectos comportamentales, el entendimiento y participación del paciente en su tratamiento.</p> <p>Las creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento como beneficio para su salud, los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento con autoeficacia y la percepción de suficientes redes de apoyo social, que son los factores que más se asocian a la adherencia terapéutica.</p> <p>Se debe tener en cuenta que para que la adherencia terapéutica sea efectiva es importante contar con la convicción del paciente en que la prescripción representa una oportunidad o un reto para asumir la enfermedad de manera positiva. Para ello es muy importante que el paciente cuente con un elevado nivel de autoestima, el apoyo familiar y la voluntad y disposición de asumir nuevos estilos de vida saludables que permiten que el tratamiento sea más favorable y menos traumático.</p>

<p><b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA (Según normas Vancouver)</b></p>	<p>2. Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública, jul-sep2006, Vol. 32 Issue 3, p99-108, 10p.</p>
---	--

<b>INSTITUCION</b>	Escuela Nacional de Salud Pública
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Salud pública, sistema de salud, servicios de salud, adherencia terapéutica, consecuencias clínicas, consecuencias económicas, consecuencias psicosociales.
<b>TEMA CENTRAL</b>	Importancia de la deficiente adherencia terapéutica y sus repercusiones en la salud pública.
<b>OBJETIVOS</b> <b>Explícitos e Implícitos</b>	Fundamentar la importancia del problema de la deficiente adherencia a los tratamientos médicos de larga duración y como esto se convierte en asunto difícil para la salud pública contemporánea.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Artículo de revisión
<b>CONCEPTOS</b>	<p>La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma.</p> <p>La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación<sup>30</sup>.</p> <p>La adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a lo no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia</p>

<sup>30</sup> Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(3):275-81.

	la salud
<b>DISEÑO</b>	No aplica
<b>POBLACION</b> <b>MUESTRA</b> <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	No aplica
<b>INSTRUMENTOS</b>	No aplica
<b>PROCEDIMIENTO</b>	No aplica
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	No aplica
<b>RESULTADOS</b>	No aplica
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Los pacientes demuestran mejor adhesión al tratamiento cuando reciben atención del mismo profesional en el transcurso del tiempo.</p> <p>Se requiere de trabajos investigativos que permitan estimar las tasas de adherencia terapéutica en diferentes enfermedades y grupos poblacionales, que aporten evidencias científicamente fundamentadas acerca de las causas del incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la intervención produzcan los resultados esperados.</p> <p>Es importante que el estudio y abordaje de la adherencia terapéutica sea multidisciplinario, no por declaración, sino porque al ser un problema complejo, de tan alta magnitud, de múltiples causas y determinado por la acción recíproca de variados factores, sólo el esfuerzo conjunto de todos los profesionales de la salud llevará a la búsqueda y propuesta de alternativas de mejora.</p> <p>La orientación, la educación de los pacientes, la información por todas las vías posibles incluida la comunicación social en salud, constituye parte imprescindible de la estrategia que puede elevar las tasas de cumplimiento.</p>



<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b></p> <p><b>Sugerida</b></p>	<p>Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(4):350-359.</p> <p>OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; - 2003.</p>
<p><b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b></p>	<p>En este artículo se menciona que se invierte mucho dinero en investigación relacionada con medicamentos pero son pocos los recursos que se utilizan para saber que hacen los pacientes con esos esfuerzos.</p> <p>La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas como son: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, errores de omisión, de dosis, inasistencia a consultas e interconsultas, ausencia en la modificación de hábitos y estilos de vida y automedicación. Todos estos aspectos traen unas consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicas o clínicas como son: recaídas más intensas, aumento del riesgo de efectos adversos, toxicidad, accidentes y riesgo de desarrollar resistencia medicamentosa</li> <li>• Económicas como son: ausentismo laboral, inversión en medicamentos que no se consumen, atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados</li> <li>• Psicosociales como son: complicaciones y secuelas que lleven a una carga de sufrimiento físico, una carga estresante, dificultades en autoimagen y autoestima, reajustar metas y propósitos, miedo ante amenaza vital o muerte.</li> </ul> <p>Otros aspectos que se tienen en cuenta son las características de la organización de los servicios de salud, con respecto a que el cambio de médico influye en la adherencia de los pacientes, así mismo la comunicación, el lenguaje y empatía entre los profesionales y los pacientes y por último el tipo y dosis de medicamentos.</p> <p>El conocer las repercusiones que trae la deficiente</p>

	<p>adherencia terapéutica nos da una visión de la importancia que tiene este tema tanto para el paciente como para el sistema de salud y de los aspectos que se deben tener en cuenta para fortalecer, trabajar y mejorar.</p> <p>Se debe reconocer que la adherencia terapéutica encierra muchos elementos que se deben tener en cuenta al momento de prescribir, de dar las recomendaciones, de realizar el seguimiento y se debe involucrar al paciente, a su familia a todos los entes que tienen que ver en este proceso si se pretende mejorar en este aspecto.</p>
--	---

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA (Según normas Vancouver)</b>	3. Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica Revista Cubana de Salud Pública, oct-dic2004, Vol. 30 Issue 4, p1-5, 5p.
<b>INSTITUCION</b>	Escuela Nacional de Salud Pública
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Adherencia terapéutica, cumplimiento del tratamiento, colaboración del paciente, eficiencia del tratamiento.
<b>OBJETIVOS Explícitos e Implícitos</b>	Realizar un análisis de los diferentes términos reportados en la literatura, para referirse a la conducta de cumplimiento de los tratamientos médicos y se propone una posición conceptual que puede ser utilizada, para encaminar la actividad de investigación en este campo.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión de literatura
<b>CONCEPTOS</b>	Término “cumplimiento”, encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por <i>Haynes</i> , como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o

	<p>personal sanitario”.<sup>31</sup></p> <p>Término “compliance”, suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que este tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen.<sup>32</sup></p> <p>El término “adherence” dada por <i>DiMatteo</i> y <i>DiNicola</i> como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”<sup>33</sup></p> <p>El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad.<sup>34</sup></p> <p>La adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.<sup>35</sup></p>
<b>DISEÑO</b>	No aplica

<sup>31</sup> Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7

<sup>32</sup> Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud 1995; 7(1):35-61

<sup>33</sup> Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud 1995; 7(1):35-61

<sup>34</sup> Amigó I, Fernández C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En Amigó I, ed. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide; 1998. p.229-70.

<sup>35</sup> Zaldívar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida. 2003. Disponible en: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu), [4 abril 2003].

<b>POBLACION</b>	No aplica
<b>MUESTRA</b>	
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	
<b>INSTRUMENTOS</b>	No aplica
<b>PROCEDIMIENTO</b>	No aplica
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	No aplica
<b>RESULTADOS</b>	No aplica
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>La adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.</p> <p>Nosotros consideramos que es adherencia terapéutica, el término más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que este entraña y la definimos como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.</p> <p>Quizás en el futuro sea necesario, recurrir a otras formas de conceptualizar el problema de la adhesión terapéutica, pero en estos momentos no se cuenta con herramientas teóricas y metodológicas claramente establecidas para hacerlo, sin embargo la práctica médica impone la necesidad de su abordaje, su investigación y la solución de las dificultades que en</p>

	este terreno se presentan.
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>  <b>Sugerida</b>	<p>1.Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud 1995; 7(1):35-61.</p> <p>2. Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care 1999:1:97-106.</p> <p>3. Friedman HS, DiMatteo MR. Adherence and practitioner patient relationship. En: Friedman HS, DiMatteo MR, eds. Health Psychology. New York: Prentice Hall; 1989.p. 68-100.</p> <p>4. Rodríguez Marin J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marin J, ed Psicología Social de la Salud. Madrid. Síntesis; 1995.p.151-60.</p>
<b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b>	<p>Varios han sido los términos que se han propuesto relacionados con adherencia como lo son: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia, teniendo en cuenta que estos últimos permiten mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan su salud y considerando que el término adherencia es el más indicado por el sentido psicológico que esta tiene.</p> <p>Este artículo propone que para que haya adhesión es necesario que haya una aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y el médico, un cumplimiento del tratamiento, participación activa y búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento y un carácter voluntario de acciones para el cumplimiento realizando esfuerzos para cumplir.</p> <p>Este artículo fue importante para nuestra revisión ya que aborda diferentes conceptos que sirvieron de base para comprensión de lo que es y lo que implica el término de adherencia, teniendo en cuenta la participación y voluntad del paciente con respecto a un</p>

	tratamiento.
--	--------------

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA (Según normas Vancouver)</b>	4. Shkurovich R. La adherencia terapéutica desde una perspectiva antropológica Archivos de Neurociencias, ene-mar2003, Vol. 8 Issue 1, p46, 6p
<b>INSTITUCION</b>	Instituto de Comunicación Humana. México
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Adherencia terapéutica, choque cultural, comunicación médico paciente, tratamiento
<b>TEMA CENTRAL</b>	Hace referencia al contexto de la relación médico – paciente y la adecuada comunicación que debe surgir entre ellos para lograr un adecuado régimen terapéutico.
<b>OBJETIVOS Explícitos e Implícitos</b>	Señalar situaciones de conflicto e ilustrar basándose en investigaciones nacionales y extranjeras, sobre las posibles causas de la no adherencia terapéutica, desde un entorno social.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión de literatura
<b>CONCEPTOS</b>	<p>Se habla de que tan dispuesto está el paciente a aceptar el régimen médico tiene que ver, entre otros, con qué tanto entiende las indicaciones y de qué manera éstas encajan dentro de sus creencias.</p> <p>Encuentro intercultural entre médico-paciente, encuentro de comunicación persuasiva y con propósitos instrumentales, donde el objetivo del mensaje es modificar de alguna manera la conducta del receptor. Aquí, el médico ejerce autoridad, poder, a través de sus conocimientos y experiencia clínica y su estado, se espera que el paciente acate tales recomendaciones en su propio beneficio (o sea, en la mejoría de su salud)</p> <p>El incumplimiento o la no-adherencia terapéutica por parte del paciente pudiera explicarse como esa resistencia, por un “efecto boomerang” que ocurre cuando el receptor de un mensaje está consciente de que el comunicador – en éste caso, el médico- desea</p>

	controlar la situación y este responde modificando sus actitudes en forma contraria a la esperada, como por ejemplo, no siguiendo su tratamiento
<b>DISEÑO</b>	No aplica
<b>POBLACION</b> <b>MUESTRA</b> <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	No aplica
<b>INSTRUMENTOS</b>	No aplica
<b>PROCEDIMIENTO</b>	No aplica
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	No aplica
<b>RESULTADOS</b>	No aplica
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>La clave para una asociación con éxito entre el médico y su paciente es reconocer que los pacientes también son expertos: el médico, en cuanto a técnicas diagnósticas, explicaciones etiológicas, pronóstico, opciones terapéuticas, estrategias preventivas; pero, solo el paciente mismo posee la experiencia de su enfermedad, el conocimiento de sus circunstancias sociales, hábitos, conductas, actitudes sobre el riesgo, expectativas, valores y preferencias.</p> <p>Aunque no se puede tipificar contundentemente al paciente que siempre cumplirá con el programa terapéutico indicado por su médico, si se pueden prever situaciones y corregir aspectos que están comprobados que dificultan la comunicación y, por ende, los resultados terapéuticos.</p>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> <b>Sugerida</b>	No aplica
<b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b>	Este artículo resalta que Salud y enfermedad se vuelven “constructos culturales” dentro de los cuales se interpreta la sintomatología y condiciona las respuestas

	<p>alternativas que se identifican para contender y resolver el problema derivado de la enfermedad. Adicionalmente tiene en cuenta que son los patrones culturales de cada quien y los estilos de vida los que definen como la enfermedad es detectada y percibida; como se expresa (formas de manifestarse, comportamientos que se esperan y se admiten del paciente) qué condiciones se reconocen como patológicas y que personas y papeles están autorizados para tratarla.</p> <p>Otro aspecto que se tiene en cuenta en este artículo es la comunicación ya que si el emisor proviene de una cultura diferente a la del receptor la comunicación (si se da) se percibe como información creíble y no se interioriza.</p> <p>Se menciona que la conducta del paciente puede variar dependiendo de varios factores como son: tipo de recomendaciones, número de instrucciones que se le dan, el grado de supervisión médica y otros aspectos relacionados con que tan amenazado se siente el paciente, cuanto valore y este de acuerdo con las recomendaciones que recibe, que tanto entiende y retiene, que tan motivado está, cuáles son sus expectativas y que tanto difiere todo esto de las de su médico.</p> <p>En este artículo podemos reconocer la importancia que cobra la empatía y la comunicación entre el médico-paciente como un medio que favorece la adherencia de los pacientes a su tratamiento, teniendo en cuenta que cada paciente trae consigo un entorno diferente y unas experiencias propias que se deben tener en cuenta al momento de plantear las intervenciones para cada uno de ellos.</p>
--	--

<p><b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> <b>Según normas</b></p>	<p>5. Quirós-Morales, D; Villalobos-Pérez, A. Comparación de factores vinculados a la Adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitas tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica Universitas Psychologica, oct-</p>
--	---



<b>Vancouver</b>	dic2007, Vol. 6 Issue 3, p679-688, 10p
<b>INSTITUCION</b>	Universidad Católica de Costa Rica
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Diabetes mellitus tipo II, adherencia, dieta, control médico, organización y apoyo comunal.
<b>TEMA CENTRAL</b>	Estudio comparativo entre dos muestras costarricenses un rural y la otra urbana teniendo en cuenta factores como dieta, control médico y organización
<b>OBJETIVOS</b> <b>Explícitos e Implícitos</b>	Buscó determinar si la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III©) permitía determinar el perfil de adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico DMII, y una de las fases culminantes de ese proyecto se expresa en este artículo, cuyo propósito es comparar los factores vinculados a la adherencia al tratamiento en DMII en dos muestras geográficas costarricenses.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Tipo cuantitativo, ya que se buscaba estudiar las diferencias en las puntuaciones psicométricas de las variables que componen la EATDMIII© presentada por los pacientes de dos zonas geográficas distintas.
<b>CONCEPTOS</b>	La adherencia al tratamiento se constituye en uno de los más importantes para lograr el adecuado mantenimiento de la salud (Beléndez & Xavier, 1999).
<b>DISEÑO</b>	Estudio con alcance comparativo
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	La EATDM-III© fue aplicada a un total de 163 pacientes diagnosticados con DMII de dos zonas geográficas distintas: rural y urbana. Los pacientes de la zona rural, ubicada en el cantón de San Carlos de la provincia de Alajuela, son aquellos que utilizan los Equipos Básicos de Atención Integral y Social (EBAIS). Los pacientes de la zona urbana, ubicada en la provincia de San José, son aquellos que utilizan los servicios médicos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG).
<b>INSTRUMENTOS</b>	Se utilizó la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III©) (Villalobos, Brenes, Quirós & León, 2006), la cual está conformada por 55 ítems

	<p>distribuidos en 7 factores: apoyo familiar (FAF), organización y apoyo comunal (F-OAC), ejercicio físico (F-EF), control médico (F-CM), higiene y autocuidado (F-HA), dieta (F-D) y valoración de la condición física (F-VCF). La escala de autoaplicación ofrece cinco opciones de respuesta tipo Likert (entre paréntesis el valor ordinal de la opción, seguido de la descripción): nunca (0): la situación no ocurre; casi nunca (1): la situación ocurre aproximadamente entre el 1% y el 33% de las ocasiones; algunas veces (2): la situación ocurre aproximadamente entre el 34% y el 66% de las ocasiones; casi siempre (3): la situación ocurre aproximadamente entre el 67% y el 99% de las ocasiones; siempre (4): la situación ocurre siempre, en el 100% de las ocasiones.</p> <p>Las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (D) y Levene fueron utilizadas para determinar la normalidad y la homogeneidad de la varianza de la muestra, respectivamente. La consistencia interna de la escala fue analizada mediante la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach (<math>\alpha</math>). Posteriormente, se realizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA), para establecer las diferencias entre los factores de la escala partiendo de la ubicación geográfica de los participantes.</p>
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Después de ser explicados los objetivos del estudio, todos los participantes firmaron el consentimiento informado correspondiente y llenaron el instrumento en las salas de atención del HCG y de los EBAS.
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	Los datos fueron ingresados y procesados utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 12.0.
<b>RESULTADOS</b>	A partir de este índice se determinó que la escala presentó una distribución siguiendo una curva normal ( $D = 0.72$ ; $p < 0.67$ ) y demostró homogeneidad para todas las variables sociodemográficas (sexo, Levene(1.161) = 0.07; $p < 0,78$ ; edad, Levene (4.158) = 0.69, $p < 0.60$ ; nivel educativo, Levene (4.158) = 0.71, $p < 0.49$ y estado civil, Levene (4.158) = 0.22, $p < 0.92$ ). La confiabilidad por factor fue la siguiente: apoyo familiar, 84% ( $\alpha = 0.847$ ); organización y apoyo

	<p>comunal, 78% (<math>\alpha = 0.784</math>); ejercicio físico, 82% (<math>\alpha = 0.821</math>); control médico, 78% (<math>\alpha = 0.784</math>); higiene y autocuidado, 56% (<math>\alpha = 0.566</math>); dieta, 89% (<math>\alpha = 0.898</math>); valoración de la condición física, 85% (<math>\alpha = 0.855</math>). El análisis univariado de varianza ANOVA no reveló diferencias significativas entre HCG y EBAIS, en cuanto a las variables apoyo familiar (<math>F(1.161) = 3.19</math>; <math>p &lt; 0,07</math>), ejercicio físico (<math>F(1.161) = 0.61</math>; <math>p &lt; 0.43</math>), higiene y autocuidado (<math>F(1.161) = 3.04</math>; <math>p &lt; 0.08</math>) y valoración de la condición física (<math>F(1.161) = 2.55</math>; <math>p &lt; 0.11</math>). Pero sí se encontraron puntuaciones significativamente superiores por parte de EBAIS en las variables organización y apoyo comunal (<math>F(1.161) = 4.80</math>; <math>p &lt; 0.03</math>), control médico (<math>F(1.161) = 9.59</math>; <math>p &lt; 0.002</math>) y dieta (<math>F(1.161) = 15.02</math>; <math>p &lt; 0.0001</math>). La Tabla 4 expresa las puntuaciones medias y los errores estándar de la media para cada uno de los factores.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Los datos analizados exponen que el estudio de la DMII, aunque es una enfermedad con implicaciones específicas en el deterioro físico de las personas que la padecen, implica una serie de elementos de tipo conductual, cognoscitivo y emocional que parecen estar condicionados por elementos culturales, propios de las estrategias sociales, y algunos estilos de atención médica de una zona geográfica.</p> <p>Es importante incrementar la inversión en estudios transculturales en muestras diferenciadas por factores sociodemográficos, educativos y otros aspectos de inversión en salud que puedan tener efecto sobre la educación en diabetes en las muestras bajo estudio.</p> <p>Urge que se coordinen a nivel nacional y latinoamericano más estudios transculturales, por una parte sobre la temática de fondo de este artículo, pero también en lo relativo a diferentes metodologías de investigación como: el estudio de campo, diseños de tipo cuasi-experimental, experimentales y psicométricos sobre psicología de la salud.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b> <b>Sugerida</b></p>	<p>1. Aikens, J., Bingham, R., &amp; Piette, J. (2005). Patient-provider Communication and Self-care Behavior among Type 2 Diabetes Patients. <i>The Diabetes Educator</i>, 31, 681-689. Albright, T. L., Parchman, M.</p>

	<p>2. American Diabetes Association. (2007a). Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes. <i>Diabetes Care</i>, 30 (sup. 1), 48-65.</p> <p>3. Beléndez, V. M. &amp; Xavier, M. F. (1999). Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En M. A. Simón (Ed.), <i>Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones</i> (pp. 469-498). Madrid: Biblioteca Nueva.</p>
<b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b>	<p>Debido a que este estudio se realizó en dos áreas diferentes como fue el área urbana y la rural se observan las diferencias que se tienen en cuanto a prácticas con respecto a su salud como por ejemplo un grupo de pacientes decide ir al centro de salud para realizar sus controles correspondientes mientras que el otro grupo de pacientes solo lo hacen cuando se presenta una crisis en su estado de salud, teniendo en cuenta lo anterior es necesario realizar programas educativos que respondan a las necesidades de los pacientes y que tengan en cuenta el contexto donde se desarrollan, el medio en el que viven, las redes con las que cuentan.</p>

<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA (Según normas Vancouver)</b>	<p>6. Granados, G; Roales-Nieto, J. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento <i>International Journal of Psychology &amp; Psychological Therapy</i>, 2007, Vol. 7 Issue 3, p393-403, 11p.</p>
<b>INSTITUCION</b>	<p>Universidad Almería, España</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	<p>Hipertensión, creencias, adherencia al tratamiento.</p>
<b>TEMA CENTRAL</b>	<p>La adherencia al tratamiento es un problema central en el tratamiento de la hipertensión arterial.</p>
<b>OBJETIVOS Explícitos e Implícitos</b>	<p>a. Explorar la adherencia y las dificultades informadas para el cumplimiento del tratamiento; b. Identificar la relación entre información recibida y creencias informadas sobre consecuencias de la hipertensión; c.</p>

	El concepto de enfermedad que informan los pacientes; d. Los cambios en estilo de vida tras el diagnóstico.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	No se encuentra el concepto específico en el artículo.
<b>DISEÑO</b>	Transversal descriptivo.
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Participaron en el estudio 171 pacientes diagnosticados de hipertensión esencial, de los que el 66,6% eran mujeres. Rango de edad entre los 20 y los 65 años (promedio 53 años, DT=10,65) y los rangos de edad por sexo 24 a 65 años y 20-65, respectivamente. Los pacientes de la muestra debían cumplir dos criterios para su inclusión: no ser mayores de 65 años de edad ni menores de 18, y no padecer ningún otro trastorno grave que pudiera suponer la presencia de síntomas claros y frecuentes.
<b>INSTRUMENTOS</b>	La recogida de datos se llevó a cabo, con cada sujeto, mediante una entrevista estructurada en base al <i>Cuestionario de Creencias de Hipertensión Arterial (CCH)</i> , en cuya elaboración se tomó como base la estructura de preguntas utilizada por Meyer <i>et al.</i> (1985) y se añadieron ítems necesarios para completar la búsqueda de datos de acuerdo a los objetivos del estudio. El CCH contiene preguntas orientadas a la obtención de datos sobre la adherencia a las prescripciones farmacológicas y a las no farmacológicas (esto es, toma de medicamentos, seguimiento de la dieta establecida, cumplimiento del plan de ejercicios, recomendaciones sobre control emocional, etc.)
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Se tomó como base la estructura de preguntas utilizada por Meyer <i>et al.</i> (1985) y se añadieron ítems necesarios para completar la búsqueda de datos de acuerdo a los objetivos del estudio. El CCH contiene preguntas orientadas a la obtención de datos sobre la adherencia a las prescripciones farmacológicas y a las no toma de farmacológicas (esto es, medicamentos, seguimiento de la dieta establecida, cumplimiento del plan de ejercicios,

	<p>recomendaciones sobre control emocional, etc.) y las dificultades para seguir el tratamiento (aspectos del problema informado, situaciones y actividades relacionadas, etc.). Igualmente, otras preguntas estaban orientadas a detectar la información recibida sobre consecuencias o problemas derivados de la HTA y las creencias sostenidas sobre las mismas, así como la consideración de la enfermedad como crónica o aguda, y los cambios llevados a cabo tras el diagnóstico de hipertensión y las recomendaciones terapéuticas (en tanto que pueden tomarse como una medida indirecta de la adherencia inicial, por cuanto deberían representar el ajuste del paciente a las prescripciones y recomendaciones del tratamiento antihipertensivo que recibieron en el momento del diagnóstico de acuerdo al protocolo de actuación en hipertensión). Los pacientes fueron entrevistados durante sus visitas habituales de control al centro sanitario al que estaban adscritos, de acuerdo al Subprograma de Hipertensión del Adulto vigente en los centros de referencia.</p>
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	No se encuentra especificado en el artículo.
<b>RESULTADOS</b>	<p>Sólo el 11,7% informan no tener problemas en el cumplimiento del tratamiento y las mayores dificultades en adherencia tienen que ver con la dieta y el plan de ejercicio; Sólo el 57% informan un concepto de hipertensión como enfermedad crónica y en un importante porcentaje de pacientes no se aprecia correspondencia entre creencias sobre consecuencias de la enfermedad e información facilitada en consulta médica. El 40,9% emitieron un informe de cambios en estilo de vida tras el diagnóstico que indicaría fallos en la adherencia desde el inicio del tratamiento.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>La hipertensión esencial como enfermedad crónica exige la adherencia de los pacientes al plan de tratamiento de una manera permanente y sistemática, e implica importantes cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. Sin embargo, al igual que en otros trastornos crónicos,</p>

	<p>numerosos estudios evidencian que un alto porcentaje de pacientes hipertensos no logran seguir adecuadamente las instrucciones del personal sanitario en relación al tratamiento.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b></p>	<p>1. Acosta M, Debs G, de la Noval R, Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes</p> <p>2. Hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. <i>Revista Cubana de Enfermería</i>, 21, 1-8.</p> <p>3. Amigo I, Fernández A, González A y Herrera J (1998). <i>Manual de psicología de la salud</i>. Madrid: Pirámide.</p>
<p><b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b></p>	<p>La falta de comprensión y valoración de los riesgos que produce la enfermedad, la dificultad para seguir el tratamiento y la falta de voluntad son un factor determinante para la adherencia terapéutica, ya que solo aquellos pacientes que entienden con claridad las consecuencias de no seguir las prescripciones del personal sanitario cumplen con cada una de las indicaciones, pese a los esfuerzos que tengan que hacer, al abandono de hábitos que constituyen riesgo o al tiempo que tengan disponible para cumplir con las recomendaciones dadas por el personal médico. Las personas que no reciben la suficiente información o no la asimilan con claridad son más renuentes a seguir el plan médico y consecuentemente a continuar con actividades que constituyen factores de riesgo.</p>

<p><b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA (Según normas Vancouver)</b></p>	<p>7. Holguín, L; Correa, D; Arrivillaga, M; Cáceres, D; Varela, M. Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: efectividad de un programa biopsicosocial <i>Universitas Psychologica</i>, oct-dic2006, Vol. 5 Issue 3, p535-547, 13p</p>
<p><b>INSTITUCIÓN</b></p>	<p>Pontificia Universidad Javeriana, Cali</p>
<p><b>PALABRAS CLAVE</b></p>	<p>Adherencia al tratamiento, hipertensión arterial, programa de intervención biopsicosocial.</p>

<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p><b>Explícitos e Implícitos</b></p>	<p>Determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial.</p>
<p><b>TIPO DE ESTUDIO</b></p>	<p>Cuantitativo</p>
<p><b>CONCEPTOS</b></p>	<p>La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. En la misma línea, según Meichenbaum y Turk (1991), el término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. Por su parte, Amigo, Fernández y Pérez (1998), definen la <i>adhesión terapéutica</i> o conducta meta, como la incorporación (puntual, si se trata de una prescripción para un problema agudo; o definitiva, en caso de intervenciones preventivas o trastornos crónicos) en las rutinas cotidianas de la persona (al efecto de fortalecer la nueva práctica, situándola bajo las mismas claves del contexto ambiental y social que controlan otras conductas habituales) de nuevos hábitos (simples o complejos, novedosos o conocidos) beneficiosos para el sujeto (bien por la eliminación de condiciones aversivas como por ejemplo síntomas, desaprobación social, reducción de miedos etc.; bien por la obtención de ventajas, como la mejora de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o de reducción de riesgos, etc.) Para la OMS (2003) la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.</p>



<b>DISEÑO</b>	Cuasi-experimental, diseño intra e ínter grupo, pre-post intervención
<b>POBLACION</b> <b>MUESTRA</b> <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Fueron 44 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, adscritas a una institución de servicios de salud de la ciudad de Cali, Colombia, eleccionadas por medio de un muestreo aleatorio simple. El 79,5% eran mujeres y el 20,5% hombres, con rangos de edad entre 28-82 años. Todos los participantes cumplían las condiciones para el diagnóstico de hipertensión arterial según el JNCVII, NIH, 2003; asistían a un control médico mensual de la presión arterial al menos seis meses antes del momento del inicio del programa; consumían al menos uno de los siguientes medicamentos: Diuréticos, Tiazídicos, lecas, Calcio antagonistas, Beta bloqueadores, ARA 2; su edad estaba entre los 25 y los 82 años; con ausencia de otra enfermedad crónica diagnosticada o ausencia de compromiso de órganos blanco cerebro, riñón y corazón); sin tratamiento psicológico previo y ausencia de trastorno psiquiátrico diagnosticado.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Se utilizaron las siguientes medidas:  - <i>Registro de presión arterial.</i> Los niveles de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) fueron medidos por el personal de salud antes y después de la intervención biopsicosocial en las mediciones pre y pos intervención.  - <i>Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para casos de Hipertensión Arterial.</i> De autoría del grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia, piloteado y validado por jueces expertos. Arroja un resultado global del nivel de adherencia al tratamiento y un resultado por cada factor psicosocial asociado:  Información sobre la HTA: Es el conocimiento que tiene el paciente sobre los diferentes factores que intervienen en la HTA, y sus posibles causas y efectos. Control biomédico de la HTA: El paciente cumple las

	<p>indicaciones dadas en los controles de HTA. Relación profesional de la salud-paciente: Percepción positiva de la atención que recibe del personal de salud que interfiere en la adhesión. Hábitos alimentarios: Consumo de alimentos saludables y no saludables. Condición física, actividad y deporte: Presencia de actividades protectoras. Apoyo social percibido: Colaboración de la familia en la realización de hábitos saludables físicos y alimenticios. Creencias sobre la enfermedad: Creencias con respecto al tratamiento y la enfermedad. Consumo de cigarrillo y alcohol: Frecuencia del consumo.</p>
<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p>	<p>Los participantes fueron hallados a través de las bases de datos de la institución de salud, contactados telefónicamente e invitados a la presentación del programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Una vez conocieron los objetivos del programa, los componentes y las condiciones de participación, las personas que aceptaron hacer parte del estudio firmaron un consentimiento informado, siguiendo las consideraciones éticas de la investigación con personas. Se conformaron cuatro grupos de intervención con aproximadamente 10-18 personas por grupo, que asistieron a 18 sesiones semanales de dos horas y media cada una. El programa de intervención biopsicosocial estuvo compuesto por cuatro fases: preliminar, preevaluación, intervención y post-evaluación para los niveles de presión arterial.</p>
<p><b>ANALISIS DE DATOS</b></p>	<p>El paquete estadístico utilizado fue <i>Statistical Package for Social Sciences</i> (SPSS) versión 13.0 para Windows. Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para determinar las características de la muestra. La simetría de los valores encontrados en presión arterial permitió utilizar la prueba <i>t</i> de Student para determinar la eficacia diferencial pre-post intervención en las PAS y PAD. A su vez, se realizó un análisis categórico utilizando tablas de contingencia,</p>

	<p>clasificando a los pacientes en dos niveles de presión: controlada y no-controlada, tanto para la PAS como para la PAD; variable que se cruzó con el sexo. Así mismo, esta variable se analizó respecto a los rangos de edad a través de un ANOVA en una dirección.</p> <p>Para el análisis pre-post intervención de los puntajes de adherencia al tratamiento, se utilizó la prueba de rangos signados de Wilcoxon, debido a la falta de ajuste de los datos a la distribución normal de probabilidades.</p> <p>Estos puntajes fueron analizados respecto al sexo a través de la prueba U de Mann Whitney; y a los rangos de edad por medio de la prueba Kruskal Wallis. Para todos los análisis se estableció un margen de error del 0,05 y una confiabilidad del 95%.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<p>Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, la PAD no presentó cambios pero se mantuvo en niveles controlados. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos (<math>p = 0,000</math>; n.c. 95%), el 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>El término de <i>adherencia al tratamiento</i>, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas.</p> <p>Se requieren instrucciones precisas en el caso de cambios en el comportamiento alimentario, orientación sobre eliminación de alimentos, cómo reemplazar unos por otros, reducción de porciones, el manejo de las calorías y lo más importante, reestructurar mitos y creencias culturales acerca de la valoración y/o descalificación de algunos alimentos en el manejo de la HTA.</p> <p>La intervención grupal cognitivo conductual orientada a mejorar los niveles de adherencia en las enfermedades crónicas ha demostrado efectividad en diversos estudios (Hegel, Ayllon, Thiel, &amp; Oulton, 1992; McAuley,</p>

	<p>1993) porque aporta estrategias que permiten mejorar los niveles de conocimiento acerca de la enfermedad y las consecuencias de la falta de cumplimiento, incrementa el nivel de autoeficacia, modifica las creencias erróneas que interfieren en la vinculación activa del paciente con el tratamiento, incrementa los niveles de control y refuerza la adquisición de habilidades, competencias y destrezas para actuar eficazmente.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b></p>	<p>1. Adewale, D. &amp; Olarenwaju, E. (2004). Misconceptions of hypertension. <i>Journal of the National Medical Association</i>, 96(9), 1121-1224.</p> <p>2. Amigo I., Fernández, C. &amp; Pérez, M. (1998). <i>Manual de Psicología de la salud</i>. Madrid: Pirámide.</p> <p>3 .Appel, L. J. (2000).The role of diet in the prevention and treatment of hypertension. <i>Current Arteriosclerosis Reports</i>, 2, 521-528.</p>
<p><b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b></p>	<p>Se debe tener en cuenta que el cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento.</p> <p>La percepción que tenga el paciente sobre su enfermedad, sus causas, síntomas, tratamiento y control así como el manejo de la enfermedad o la prevención de los síntomas son factores determinantes para la adherencia a los tratamientos, como por ejemplo los factores de riesgo más asociados en las investigaciones a niveles de presión arterial no controlados se encuentran en: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés y la ira.</p>

## FICHA BIBLIOGRÁFICA PARA REVISION DE ARTICULOS

### BASE DE DATOS SCIENCE DIRECT

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA (Según normas Vancouver)</b>	1. Siegel, D. et al. Antihypertensive Medication Adherence in the Department of Veterans Affairs. The American Journal of Medicine. 2007. Vol. 120. Pages. 26 – 32.
<b>INSTITUCION</b>	Base de datos de la farmacia del Departamento de Veteranos. Norte de California, Norte de Nevada y Hawaii.
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Hipertensión; Adherencia a medicamentos; clases de medicamentos antihipertensivos; Diuréticos tiazídicos; Beta bloqueadores; Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; Bloqueador de receptor de angiotensina; Antagonista de los canales de calcio; Alfa bloqueadores.
<b>TEMA CENTRAL</b>	La hipertensión y la adherencia a su tratamiento a partir del análisis de la base de datos de diferentes farmacias del Departamento de Veteranos, en las que se tuvieron en cuenta los diferentes medicamentos utilizados para controlar la presión alta en el sistema circulatorio.
<b>OBJETIVOS Explícitos e Implícitos</b>	Comprobar la adherencia al tratamiento para la hipertensión de los integrantes del Departamento de Veteranos; Determinar la diferencia de adhesión al tratamiento teniendo en cuenta los diversos medicamentos existentes.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	Significancia clínica. La adherencia depende de los beneficios percibidos por el tratamiento farmacológico.
<b>DISEÑO</b>	Cuantitativo, basado en análisis estadísticos.
<b>POBLACION</b>	40.492 pacientes tomados de las bases de datos de diferentes farmacias asociadas al Departamento de Veteranos, de 67 a 72 años. Los criterios de inclusión:

<p><b>MUESTRA</b></p> <p><b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b></p>	<p>pacientes con diagnóstico de hipertensión que estén en las diferentes bases de datos consultadas, que estén consumiendo algún fármaco para controlar la hipertensión de Julio de 2002 a Diciembre de 2003. En cambio, los pacientes con creatinina sérica de 2.5 mg/ml o más durante el periodo de análisis fueron excluidos.</p>
<p><b>INSTRUMENTOS</b></p>	<p>Bases de datos de farmacias asociadas al Servicio Integrado de Veteranos; Una base de datos mensual demográfica de los pacientes, estos datos fueron cargados en un servidor SQL de sistema de bases de datos y aplicadores de red: Proclarity, Knosys Inc, Boise, ID, fueron usados para desarrollar presorteos del cubo de datos; Regresión logística.</p>
<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p>	<p>Se utilizaron las diferentes bases de datos asociadas al Servicio de Veteranos, laboratorio, proveedores y datos demográficos de los pacientes, datos cargados por servidor SQL y redes de aplicación; Proclarity, Knosys Inc, Boise e ID, para desarrollar y ver los datos presorteados. La base de datos de las farmacias revelaron los medicamentos dispensados a los Veteranos Integrados a la Red de Servicio 21. Los pacientes incluidos fueron aquellos con diagnóstico de hipertensión y una historia de medicación con diferentes antihipertensores de Julio de 2002 Diciembre de 2003 para calcular la posesión del medicamento y los días sin medicación. Los pacientes fueron categorizados en adherentes al tratamiento si la posesión del medicamento era de 80% o más, la regresión logística fue usada para estudiar la asociación de las clases de medicamentos, edad, género, etnia, Veteranos facilitadores con adherencia al medicamento.</p>
<p><b>ANALISIS DE DATOS</b></p>	<p>Todos los datos fueron recolectados desde Julio de 2002 a Diciembre de 2003. Desde la fecha de prescripción los datos fueron recogidos. Los datos de medicación colectados incluyen: medicamento, clase de antihipertensivo, fecha de llenado o rellenado, días en que se suplió el medicamento y cantidad dispensada. Otros datos para covariar el análisis de lo colectado</p>

	<p>incluye: la fecha de nacimiento, género, etnia, Veteranos facilitadores, número de medicamentos activos en el momento de finalizar la fecha y el Código Internacional de Enfermedades – 9. La edad en años fue estimada para tomar la diferencia en días entre Octubre 1, 2003 y la fecha de cumpleaños y dividirlo entre 365. El número de diferentes medicamentos antihipertensivos fue calculado con una tabulación cruzada de la tabla principal de datos usando Microsoft Acces. La adherencia a los medicamentos fue calculada con 2 variables usando definiciones de Steiner y colaboradores, para cada paciente y su clase de medicamento, la suma de días dispensados fue comparada con el número de días que transcurrieron desde la fecha índice a la fecha de terminación. Este es el radio de posesión del medicamento y la situación ideal si se hubiera aprovechado el 100%. En adición los días fuera de medicación fueron calculados por la sustracción de cada pedido, la diferencia en el número de días entre pedidos al número de días suplidos. La suma de intervalos en días entre pedidos y suplidos por cada paciente entre la fecha de inicio y la de terminación es la variable de medicación externa y la situación ideal si el acercamiento fuera cero. En los cálculos un número negativo indica una sobreaceptación con la medicación. El efecto potencial de otras variables fue examinado usando el análisis de regresión logística. Para este propósito, la población fue dividida entre grupos adherentes y no adherentes basados en las ratas de adherencia de más o menos 80% con un radio de posesión de medicamento de 0.8 o más definiendo al paciente como adherente.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<p>Se estudiaron 40.492 pacientes hipertensos que tomaban al menos una clase de antihipertensivo. El promedio de edad por clase tenía un rango entre 67.4 a 72.9 años; 96% fueron hombres; 51% fueron blancos, 8% fue Afro descendiente, 4% fue Asiático americano y 3% fue hispánico. La rata de adherencia no ajustada se basó en la medición del radio de posesión del medicamento con un rango de 78.3% para diuréticos</p>

	tiazídicos a 83.6% para bloqueadores de los receptores de angiotensina. El número de medicaciones y edad fueron predictores independientes de mejor adherencia. La etnia negra y la depresión fueron asociadas con peor adherencia.
<b>CONCLUSIONES</b>	Las ratas de adherencia con todas las medicaciones con antihipertensivos fueron altas. Sin embargo hubo diferencias estadísticas por la clase de droga, pero estas diferencias fueron pequeñas. Los grupos étnicos y de depresión fueron identificados como potenciales beneficiarios de programas para mejorar la adherencia.
<b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b>	Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. <i>N Engl J Med.</i> 2005; 353:487-497.  Shalansky SJ, Levy AR. Effect of number of medications on cardiovascular therapy adherence. <i>Ann Pharmacother.</i> 2002; 36:1532-1539.  Andrade SE, Kahler KH, Frech F, Chan KA. Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases. <i>Pharmacoepidemiol Drug Saf.</i> 2006; 8:565-574.
<b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b>	Este artículo en particular me pareció algo complejo por algunos de los conceptos que no tienen su par en el español y aunque se entienda en inglés, al momento de traducir o interpretar hay que hacer uso de sinónimos y fabricar oraciones alrededor del término para que tenga coherencia y significado al momento de traducirlo. Por otra parte me parece un texto muy interesante porque se hace uso de recursos tecnológicos como son las bases de datos y análisis estadísticos que permiten tener alguna certeza de lo que se está hablando, ya que no son datos subjetivos sino basados en la evidencia y soportados por la ciencia exacta de las matemáticas.

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA (Según normas</b>	2. Chao, J. et al. Patient – Reported Perceptions of Side Effects of Antihyperglycemic Medication and Adherence to Medication Regimens in Persons in
---	--



<b>Vancouver)</b>	Diabetes Mellitus. Clinical Therapeutics. Vol. 29. Pages. 177 – 180.
<b>INSTITUCION</b>	Universidad de Michigan. MCARE, Organización para el manejo del cuidado en Midwest US.
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Antihiperглиcemicos, diabetes, adherencia, efectos colaterales.
<b>TEMA CENTRAL</b>	La percepción que tienen los usuarios de medicamentos antihiperглиcémicos respecto a los efectos colaterales y su influencia en la no adherencia al tratamiento.
<b>OBJETIVOS</b> <b>Explícitos e Implícitos</b>	El propósito de este estudio fue determinar la proporción de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 quienes percibieron haber tenido efectos colaterales de los medicamentos antihiperглиcémicos; la proporción de estos pacientes que comunicaron estos episodios a su médico y la asociación potencial entre la percepción de experiencias de efectos colaterales y la adherencia al régimen medicamentoso.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	PHQ-8: Cuestionario de salud del paciente con 8 ítems.
<b>DISEÑO</b>	Retrospectivo; Abierto sobre el contexto situacional conjugando interpretación y análisis cuantitativo estadísticos.
<b>POBLACION</b> <b>MUESTRA</b> <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	La población inicial fue de un poco más de 6.000 adultos con diabetes, de los cuales fueron entrevistados por medio de cuestionarios 1.700 pacientes, finalmente la muestra que se tomó para el estudio fue de 445 sujetos quienes recibían medicamentos antihiperглиcémicos vía oral y se consideraron apropiados para la inclusión en el estudio, el criterio de exclusión fue que el paciente no estuviera recibiendo insulina.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Cuestionario, PHQ-8, Escala Horne modificada.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Los pacientes con diabetes fueron identificados a través de una organización para el manejo del cuidado en el Medio oeste norteamericano, usando los Datos

	<p>Principales del Plan de Salud y Criterios de Información fijos. Fueron enviados cuestionarios por correo a pacientes seleccionados aleatoriamente. Los pacientes que recibían medicamento antihiperглиcémico fueron seleccionados como sujetos probables. Los pacientes fueron excluidos si recibían insulina.</p>
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	<p>Todos los análisis fueron llevados a cabo usando SAS versión 8.2. un modelo de análisis regresivo fue construido para evaluar la asociación entre experimentación de efectos colaterales y la adherencia al régimen medicamentoso, mientras era controlado para un número de características demográficas y enfermedades específicas, incluyendo la edad, sexo, raza, ingreso, duración de la diabetes, intensidad, uso de múltiples medicamentos antihiperглиcémicos, calificación PHQ-8 y comorbilidad relacionada a la diabetes.</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>Las respuestas de los 445 pacientes reunidas en el criterio del estudio fueron colectadas y analizadas. Los sujetos fueron predominantemente blancos con una edad media de 56 años y duración media de diabetes de 7.3 años. 148 de los sujetos reportaron una percepción de haber tenido efectos colaterales de la medicación antihiperглиcémica; 126 sujetos reportaron habérselo comunicado a su médico. El análisis de las respuestas de los sujetos indicaron una asociación entre la percepción de haber experimentado efectos colaterales y no adherencia a los regímenes de medicación antihiperглиcémica</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Cerca de la tercera parte de sujetos con diabetes que recibieron medicamentos antihiperглиcémicos no insulínicos vía oral reportaron haber experimentado efectos colaterales. Despreciando la amplia proporción de sujetos que reportaron esto a sus médicos, la percepción de experimentar efectos colaterales fue significativamente asociada con la no adherencia al régimen de medicamento antihiperглиcémico.</p>

<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b> sugerida</p>	<p>Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, et al. Patient adherence improves glycemic control. <i>Diabetes Educ.</i> 2005; 31:240-250.</p> <p>Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes Care.</i> 2003; 26:1408-1412.</p> <p>Lowry KP, Dudley TK, Oddone EZ, Bosworth HB. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. <i>Ann Pharmacother.</i> 2005; 39:1198-1203.</p> <p>Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, et al. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. <i>Health Psychol.</i> 2000; 19:124-133.</p> <p>Abraham C, Cliff S, Grabowski P. Cognitive predictors of adherence to malaria prophylaxis regimens on return from a malarious region: A prospective study. <i>SocSci Med.</i> 1999</p>
<p><b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b></p>	<p>El presente artículo posee instrumentos válidos, sin embargo en el no se reporta el consentimiento informado; por otra parte es un tema muy acorde con el tema de investigación porque arroja resultados de interés que van a enriquecer el conocimiento que se tiene sobre las causas de la no adherencia terapéutica.</p>

<p><b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA (Según normas Vancouver)</b></p>	<p>3. Fung, V. et al. Hypertension Treatment in a Medicare Population: Adherence and Systolic Blood Pressure Control. 2007. Vol. 29. Pages. 972 – 984.</p>
<p><b>INSTITUCIÓN</b></p>	<p>Institución KPNC, Academia de Salud, Boston Massachusetts.</p>

<b>PALABRAS CLAVE</b>	Hipertensión, adherencia, control de la presión sanguínea, calidad de la atención en salud, datos de farmacia.
<b>TEMA CENTRAL</b>	La hipertensión como enfermedad común que es tratada sin éxito por la no adherencia al tratamiento farmacológico y el control de la presión sistólica sanguínea como importante fuente de ayuda para la prevención y tratamiento
<b>OBJETIVOS</b> <b>Explícitos e Implícitos</b>	Examinar la adherencia a los medicamentos de los pacientes hipertensos; Evaluar la asociación entre las medidas de adherencia y el control de la presión sanguínea sistólica.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo.
<b>CONCEPTOS</b>	Régimen: Se definió régimen como el número de drogas usadas en un periodo de tiempo.
<b>DISEÑO</b>	Cuantitativo comparativo de estudio de cohortes
<b>POBLACION</b> <b>MUESTRA</b> <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	350.000 pacientes provistos por KPNC y 280.000 beneficiarios de Medicare. Los pacientes debían tener 65 años o más, además estar bajo prescripción farmacológica para tratar la hipertensión y estar asistiendo a control de la presión sanguínea. De estos pacientes fueron evaluados un total de 184.981 pacientes.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Información dispensada de los registros farmacéuticos; software para determinar los registros con Riesgo Ajustado, versión 5.1; Censo Norteamericano del 2000; Modelo de regresión logística; Stata versión 8.2.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	El estudio incluyó beneficiarios escogidos de Medicare, quienes estaban continuamente enrolados en el sistema integrado de entrega en 2003 y quienes estaban documentados como hipertensos y recibían uno o más de un medicamento antihipertensivo en 2002. Este análisis uso datos clínicos automatizados y el Censo norteamericano del 2000. Se estimaron 2 medidas de adherencia al tratamiento de hipertensión en 2003

	<p>usando el abastecimiento de drogas dispensadas en días: adherencia a 1 o más droga antihipertensiva y adherencia al tratamiento completo antihipertensivo. Se definió el régimen por el número de droga antihipertensiva usada concurrentemente en 2002. Avaluaron la adherencia anualmente y durante los 30, 60 y 90 días después de las medidas SBP.</p>
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	<p>La logística de regresión fue usada para determinar la asociación entre adherencia y SBP. Para el análisis se usaron los datos clínicos y el Censo norteamericano del año 2002.</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>La mayoría de pacientes tenían un régimen antihipertensivo multifarmacéutico. En 2003 87.3% de los sujetos tenían adherencia a 1 o más de 1 droga antihipertensiva; 72.1% tenían adherencia al régimen completo. Luego del ajuste, se encontraron sujetos con régimen multidroga lo que era significativamente menos adecuado para haber adherencia al régimen completo, comparado con los pacientes con régimen de 1 solo medicamento. Ambas medidas de adherencia fueron asociadas con baja diferencia de tener elevado SBP.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Las medidas de adherencia que usan los datos automatizados de farmacia pueden identificar pacientes que no tienen adherencia a los medicamentos de su régimen y quienes están más probables de tener controles inadecuados de presión sanguínea. Las medidas de adherencia que cuentan por el número de drogas en un paciente, el régimen de medicamentos debería ayudar a identificar pacientes adicionales con riesgo por una pobre BP y las consecuencias por una adherencia parcial al tratamiento.</p>
<b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b>	<p>Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. <i>J ManagCare Pharm.</i> 2006; 12:239-245.</p> <p>Grant RW, Singer DE, Meigs JB. Medication adherence before an increase in antihypertensive therapy: A cohort</p>

	<p>study using pharmacy claims Data. <i>Clin Ther.</i> 2005; 27:773-781.</p> <p>Chapman RH, BennerJS, PetrillaAA, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. <i>Arch Intern Med.</i> 2005; 165: 1147-1152.</p> <p>Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: Evidence from a meta-analysis. <i>Clin Ther.</i> 2002; 24:302-316.</p> <p>Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. <i>N Engl J Med.</i> 2005; 353:487-497.</p>
<b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b>	<p>Este artículo es complejo en la medida que sus fuentes son bases de datos electrónicas y su análisis se hace más difícil por esto, no obstante los resultados son claros y concisos. La no adherencia al tratamiento farmacológico tiene muchas coincidencias con lo encontrado en otros estudios.</p>

<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA (Según normas Vancouver)</b>	<p>4. Wu, J., Moser, D., Lennie, T., Peden, A., Chang, Y., Heo, S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. <i>Heart &amp; Lung.</i> 2008. Vol. 37. Págs. 8 - 16.</p>
<b>INSTITUCIÓN</b>	<p>Philips Medical-American Association of Critical Care Nurses Outcomes Grant. Centro de Investigaciones Clínicas de la Universidad de Kentucky.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	<p>Adherencia al medicamento y falla cardíaca</p>
<b>TEMA CENTRAL</b>	<p>Los factores que influyen en la adherencia al medicamento en pacientes con falla cardíaca.</p>
<b>OBJETIVOS Explícitos e Implícitos</b>	<p>Explorar los factores que influyen en la adherencia al régimen de medicamentos prescritos en pacientes con falla cardíaca.</p>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<p>Cualitativo.</p>

<b>CONCEPTOS</b>	Relación positiva con el proveedor de salud: facilitador clave para la adherencia a la medicación.
<b>DISEÑO</b>	Cualitativo – descriptivo.
<b>POBLACION</b> <b>MUESTRA</b> <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Fueron seleccionados 16 participantes para el estudio. Los criterios de selección incluían: diagnóstico confirmado de falla cardiaca crónica diagnosticado por un cardiólogo; evaluación previa de falla cardiaca y optimización de la terapia médica; habilidad para leer y hablar inglés y no coexistencia de enfermedad terminal. Los pacientes con falla cardiaca aguda como consecuencia de infarto miocárdico, fueron excluidos.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Entrevistas a profundidad, consentimiento informado.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Una muestra conveniente de 7 mujeres y 9 hombres con falla cardiaca participaron en entrevistas de profundidad. Las entrevistas fueron audio-grabadas, transcritas y revisadas para mayor exactitud. Las estrategias de contenido de análisis fueron usadas para analizar los datos.
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	El análisis de contenido fue usado para analizar los datos de la entrevista con la meta de identificar precisamente los modelos o regularidades dentro de los datos. Para establecer la confianza y credibilidad del estudio. Antes del análisis los investigadores propusieron códigos potenciales basados en sus llamadas de las entrevistas. Dos investigadores individualmente codificaron segmentos de datos de las 5 primeras entrevistas. Los datos codificados fueron entonces revisados para determinar la porción media de aceptación. Todos los desacuerdos fueron discutidos hasta que se pudo alcanzar un consenso. Una vez llegado a un acuerdo en los códigos generales, un investigador codificó cada entrevista usando el esquema de aceptación sobre los códigos. Una vez todos los datos han sido analizados, los códigos fueron sorteados entre categorías. Las categorías fueron agrupadas dentro de temas. El proceso analítico y los subsecuentes hallazgos fueron revisados por un experto en métodos cualitativos. Los investigadores usaron el software SPSS (Paquete Estadístico para las

	Ciencias Sociales, Chicago, Illinois) versión 13.0 para sumar datos cuantitativos con respecto a las características demográficas y clínicas.
<b>RESULTADOS</b>	Los participantes en este estudio cualitativo expresaron el deseo de estar tan saludables como fuera posible así como rechazar un tema en la decisión de tomar su medicación. La base de enaltecer la adherencia al medicamento es la habilidad del paciente para hacer la conexión entre la necesidad de tomar la medicación y las consecuencias de no hacerlo así. En un diagrama se exponen las barreras para hacer las conexiones: comunicación limitada con los proveedores de salud, olvidar la toma del medicamento, características de la medicación y los costos. Por otra parte menciona los facilitadores para hacer las conexiones: entender los síntomas de falla cardíaca, efectividad de los medicamentos en el manejo de los síntomas, desarrollo de hábitos y usos de señales en su medioambiente, relaciones positivas con los proveedores de salud y el soporte familiar.
<b>CONCLUSIONES</b>	Que la educación ayuda a los clientes a entender sus enfermedades, síntomas particulares y como los medicamentos los pueden ser benéficos al promover la adherencia. Una relación de trabajo positiva con los proveedores de salud puede resultar en mejoramiento de la adherencia.
<b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b>	<p>Rodgers PT, Ruffin DM. Medication nonadherence: part II—a pilot study in patients with congestive heart failure. Manag Care Interface 1998; 11(9):67-9, 75.</p> <p>Bohachick P, Burke LE, Sereika S, Murali S, Dunbar-Jacob J. Adherence to angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy for heart failure. Prog Cardiovasc Nurs Fall 2002; 17(4): 160-6.</p> <p>Russell J, Krantz S, Neville S. The patient-provider relationship and adherence to highly active antiretroviral therapy. J Assoc Nurses AIDS Care 2004; 15(5):40-7.</p> <p>Conn V, Taylor S, Miller R. Cognitive impairment and</p>



	<p>medication adherence. J Gerontol Nurs 1994; 20(7):41.</p> <p>DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychol 2004;23(2): 207-18.</p>
<b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b>	<p>El artículo es interesante en cuanto dispone de todas las partes para ser analizadas, además sus objetivos se encuentran explícitos y es un aporte al tema de adherencia terapéutica visto en este caso para pacientes con falla cardiaca.</p>

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> (Según normas Vancouver)	<p>5. Yeur-Hur, L., Keefe, F., Wei-Zen, S., Lee-Yuan, T., Ping-Ling, C., Jeng-Fong, C., Ling-Ling, W. Relationship Between Pain-Specific Beliefs and Adherence to Analgesic Regimens in Taiwanese Cancer Patients: A Preliminary Study. Journal of Pain and Symptom Management. 2002, vol. 24. P. 415-423.</p>
<b>INSTITUCION</b>	<p>National Science Council in Taiwan, College of Nursing, Taipei Medical University.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	<p>Dolor por cáncer, creencias, analgésicos, adherencia.</p>
<b>TEMA CENTRAL</b>	<p>La adherencia a los medicamentos para el dolor mediada por las creencias de la población china hacia el dolor y los opioides.</p>
<b>OBJETIVOS</b> Explícitos e Implícitos	<p>-Explorar las creencias respecto al dolor y la adherencia a los analgésicos prescritos en pacientes taiwaneses con cáncer.</p> <p>-Examinar como las creencias seleccionan el dolor, características del dolor sensorial y factores demográficos predictivos para la adherencia analgésica.</p>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<p>Preliminar, prueba piloto.</p>
<b>CONCEPTOS</b>	<p>Adherencia: tomar todos los medicamentos regularmente para el dolor como los prescribió el médico; Efecto negativo de la creencia: creer que los opioides tienen un efecto</p>

	negativo sobre el cuerpo; Creer en aguantar el dolor: creer que uno debe aguantar el dolor tanto como sea posible; Creer en el control: creer que uno puede controlar su dolor; Creer en la incapacidad: creer que uno puede llegar a quedar incapacitado por el dolor; Creer en la medicación: creer que la medicación es mejor o necesaria para llegar a un acuerdo con el dolor; Creencias emocionales: creer que el dolor está relatando un estado emocional.
<b>DISEÑO</b>	Mixto (cuantitativo y cualitativo).
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Muestra de 194 pacientes, criterios de inclusión: pacientes adultos conscientes de su diagnóstico de cáncer y que hayan referido dolor durante la reciente semana y que estén alertas y orientados, quienes sean capaces de firmar el consentimiento informado, los pacientes operados en el mes anterior a la recolección de los datos fueron excluidos.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Consentimiento informado, cuestionario, test-retest, Escala de Creencias en Dolor y Analgésicos Opioides para el Cáncer (POABS-CA), Examen de Actitud al Dolor (SOPA), Escala tipo Likert, alfa de Cronbach, Escala Numérica de Clasificación, t-test o Chi-Escuadra.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Los datos fueron recolectados de pacientes de oncología hospitalizados en 4 hospitales universitarios de Taipei.
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	El análisis de estadística descriptiva fue utilizado para analizar la rata de adherencia, la distribución de los modelos de no adherencia y los significados para cada creencia del dolor. Para propósitos descriptivos, la correlación bivariada Pearsons fue usada para analizar la relación entre las creencias del dolor y todas las otras sensaciones de dolor y variables demográficas, la prueba t y la prueba Chi-Escuadra fue usada para comparar las diferencias entre los grupos de adherencia y no adherencia en 6 creencias de dolor, intensidad del dolor, duración, edad, años de educación y género. La regresión logística fue usada para determinar los mejores predictores de adherencia al analgésico.
<b>RESULTADOS</b>	La adherencia a la analgesia fue medida por el autoreporte de los pacientes de todas las prescripciones medicamentosas para el dolor tomadas durante los 7 días previos. Solo 66.5% de los pacientes con cáncer hospitalizados con dolor se adhirieron a su régimen

	<p>analgésico. Por sobre todo, los pacientes que tuvieron relativamente gran record significativo en creencias sobre discapacidad, efectos negativos de los medicamentos, y aguante del dolor y bajos registros en creencias de control y emoción. Creencias en medicación y control significativamente predictivas para la adherencia a la analgesia. Los pacientes que creían más en la medicación y menos en el autocontrol del dolor fueron más proclives a la adherencia. Se encontró soporte en la importancia de seleccionar las creencias del dolor en los pacientes para la adherencia a los analgésicos, se sugiere que las creencias respecto al dolor sean asignadas e integradas dentro del manejo del dolor y para educar al paciente y realzar en él la adherencia al tratamiento.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Despreciando las limitaciones de este estudio, los resultados proveen datos acerca del estado actual de la adherencia al analgésico y la evidencia de la influencia de seleccionar creencias del dolor, por ejemplo, creencias en medicación y control en el presente estudio, en los pacientes con cáncer en Taiwán. Los hallazgos preliminares también soportan y proveen un reto para desarrollar y probar los efectos del modelo comportamiento-cognitivo, tales como cambios particulares en las creencias sobre dolor, para enaltecer la adherencia de los pacientes con cáncer a la medicación contra el dolor.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b> sugerida</p>	<p>Turk DC, Rudy TE. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients—relapse, noncompliance, and adherence enhancement. <i>Pain</i> 1991; 44:5–28.</p> <p>Meichenbaum D, Turk DC. <i>Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook</i>. New York: Plenum Press, 1987.</p> <p>Juarez G, Ferrell B, Borneman T. Influence of culture on cancer pain management in Hispanic patients. <i>Cancer Pract</i> 1998; 6:262–269.</p> <p>Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. <i>Am J Public Health</i> 1992; 82:1607–1612.</p>

	Fishman SM, Wilsey B, Yang J, et al. Adherence monitoring and drug surveillance in chronic opioid therapy. J Pain Symptom Manage 2000; 20:293–307.
<b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b>	Este artículo muestra claramente la diferencia que existe entre la cultura oriental y la occidental respecto al dolor, porque en Oriente consideran al dolor como purificante del espíritu y entre más se soporte mejor persona va a ser; mientras en Occidente se considera la manera de aliviar el dolor lo más pronto posible, a cualquier costo, es decir no se ve ningún interés en aprender de una situación difícil como la es el estado de dolor, el dolor existe y hay que ser erradicado, no tiene el trasfondo filosófico que tiene en Oriente, por eso en Oriente hay dificultad para la adherencia a la terapia analgésica, mientras que en Occidente ocurre lo contrario, incluso hay automedicación y sobreadherencia a la terapia analgésica.

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> Según normas Vancouver	6. Sarradon-EckA, Egrot M, Blanc M-A, Faure M.; Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Anthropological approach of adherence factors for antihypertensive drugs.; Pratiques et Organisation des Soins. 2008. vol.39. p. 3 – 12.
<b>INSTITUCION</b>	Centro de Investigaciones culturales, la salud y la sociedad.
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Observancia de la descripción, medicamento, representaciones sociales, enfermedades crónicas, HTA, relación médico-paciente, confianza, antropología.
<b>TEMA CENTRAL</b>	La hipertensión no controlada conduce a los clínicos a interrogarse sobre los niveles de observación de los hipertensos tratados. En este contexto el estudio describe y analiza las experiencias de los hipotensores para los hipertensos a fin de conocer los múltiples factores sociales simbólicos que comprenden el constructo cultural de las prácticas medicamentosas de los individuos.
<b>OBJETIVOS</b> Explícitos e	Describir y analizar la experiencia del uso de hipotensores en pacientes hipertensos.

<b>Implícitos</b>	
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Antropológico, Cualitativo, descriptivo con abordaje etnográfico.
<b>CONCEPTOS</b>	Hipertensión arterial no controlada: (se asocia con la pregunta sobre la observancia terapéutica de los hipertensos) es aquella donde el grado de aplicación de la prescripción médica para la enfermedad: posología, horario, duración, tratamiento, recomendaciones, número de medicamentos a tomar no basta para su control; Adhesión al tratamiento: la adhesión terapéutica de la enfermedad corresponde a la adecuación entre las percepciones del paciente y las del médico.
<b>DISEÑO</b>	Correlativo entre dos características: sociodemográficas y económicas del grupo.
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Una muestra de 68 personas entre hombres y mujeres con edades de entre 40 y 95 años. Criterios de inclusión: personas hipertensas tratadas y médicos generales.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Entrevista semiestructurada.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	El estudio busca hacer seguimiento al tratamiento. Escrito basado en experiencia etnológica que fue teorizada por Kleinman y Kleinman y Good. Se realiza encuesta etnográfica como entrevista semiestructurada entre Octubre de 2002 y Abril de 2004 a 68 personas hipertensas tratadas y a médicos generales, se repartieron los pacientes según el género, 39 mujeres y 29 varones en edades comprendidas entre los 40 años a los 95 años. Las entrevistas estuvieron enfocadas más a la comprensión de los factores que inciden en la no adherencia que a la correlación entre características sociodemográficas y económicas. De las 68 personas tomaron 45 para hacer un estudio de discurso o ensayo. Sin embargo los resultados de este estudio son concernientes únicamente a los pacientes, no a los médicos.
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	La etnología de la experiencia de la HTA y de los tratamientos hipotensores nos permite construir la red semántica de la HTA, analizar la lógica que condiciona la

	<p>adhesión a los tratamientos y el seguimiento a la ordenanza o fórmula y analizar la percepción que los individuos pueden tener del riesgo cardiaco y las formas de reducción de este riesgo. La relación fisiológica metafórica entre la sangre y nervio fue relacionada con el estrés como primera causa de hipertensión. El estrés según la concepción émica lo constituye la presión social y/o el choque emocional. En la cultura rural la representación del cuerpo es una máquina o instrumento de trabajo.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<p>Los medicamentos hipotensores fueron reinterpretados a través de filtros de representaciones populares de la fisiopatología (cuerpo-máquina). Esta dimensión simbólica facilitó la adhesión terapéutica pero condujo a una jerarquización de otros medicamentos prescritos y de ciertas clases terapéuticas (diuréticos). El seguimiento de la ordenanza o fórmula estuvo condicionada por la percepción del riesgo cardiovascular pero igualmente por la apropiación del tratamiento y su integración en la vida cotidiana, que necesita una identificación del producto, fidelidad y autorregulación del tratamiento; control de efectos indeseables, ingesta y continuidad del tratamiento. El seguimiento de la ordenanza requiere una relación de confianza entre el médico y el paciente donde se destacan tres formas: confianza razonada, confianza afectiva y confianza concebida.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Se toma en cuenta la comprensión de sus diferentes lógicas pragmáticas y simbólicas por el médico tratante el cual puede ayudar a sus practicantes en su función de educación terapéutica a los pacientes hipertensos. El seguimiento a la prescripción en las patologías es un proceso complejo que asocia la apropiación del medicamento por la enfermedad; integración en cotidianidad, identificación, personalización y fidelidad al medicamento integra también la fidelidad al médico y la reducción de confianza, reconocimiento de su rol de experto y de médico de familia, también comprende factores externos y dimensiones simbólicas del medicamento. En su cotidianidad la hipertensión arterial tiene una regulación autónoma de su tratamiento que es aquel que responde a las lógicas de experimentación, de medida de los riesgos, efectos adversos, control de la</p>

	ingesta, limitación, continuidad, la toma en cuenta de los anteriores deberá ayudar a los practicantes en su función de educación terapéutica.
<b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b>	Farmer K, Methods for measuring and monitoring medication. Regimen adherence in clinical trials and clinical practice. Clin Ther 1999; 21:1074-90.  Moatti JP, Spire B, Kazatchine M. Drug resistance and adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment: against a double standard between the north and the south. AIDS 2004; 18(3):55-61.  Myers L, Midence K. Concepts and issues in adherence. In: Myers ED, Midence V, eds. Adherence to treatment in medical conditions. Buffalo (NY): Hardwood; 1998. p. 1-24.
<b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b>	En este artículo se puede ver por el tipo de estudio la influencia de la cultura en la adherencia al tratamiento, se tiene en cuenta la concepción émica del estrés y por esto es de especial aporte a nuestra búsqueda sistemática, además a los profesionales de la salud les brinda información valiosa que puede ser asimilada para procurar una más eficiente comunicación con las personas que atiende.

**FICHA BIBLIOGRÁFICA PARA REVISIÓN DE ARTÍCULOS**  
**BASE DE DATOS: Nursig@Ovid**

<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b> (Según normas Vancouver)	1. Evangelista L; Shinnick M. What Do We Know About Adherence and Self-care? Journal of Cardiovascular Nursing; Vol.23, N°.3, pp 250-257.
<b>INSTITUCIÓN</b>	Universidad de California, Los Ángeles
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Adherencia, autocuidado, autogestión.
<b>TEMA CENTRAL</b>	Adhesión y conductas de autocuidado entre los pacientes con insuficiencia cardíaca.

<b>OBJETIVOS</b>  <b>Explícitos e Implícitos</b>	<p>Proporcionar una visión general de los datos actuales relacionados a la adhesión y conductas de autocuidado entre los pacientes con insuficiencia cardiaca.</p> <p>Describir el estado de la ciencia en las intervenciones desarrolladas y probadas para mejorar el mantenimiento de auto-cuidado en esta población.</p>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Artículo de revisión de literatura
<b>CONCEPTOS</b>	<p>La adhesión se define como la capacidad de seguir las recomendaciones dadas por un profesional de la salud sobre los regímenes de tratamiento. (Deaton C. Outcome measurement: self-management in heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2000;14: 116 y 118).</p> <p>El autocuidado se refiere a conductas específicas que los individuos inician y llevan a cabo por su cuenta para el cuidado de su salud con la intención de mejorarla, prevenir las enfermedades y mantener su bienestar. Orem D. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001.</p> <p>El autocuidado se extiende más allá de la paciente simplemente siguiendo las instrucciones, sino que implica enseñar a los pacientes a controlar sus síntomas, tomar decisiones y evaluar el impacto de tales decisiones. Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie MR. Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. J Adv Nurs. 2007; 60: 87 y 95.</p>
<b>DISEÑO</b>	Revisión de literatura
<b>POBLACION</b>  <b>MUESTRA</b>  <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<p>Un total de 22 artículos fueron incluidos para esta revisión.</p> <p>Artículos que hablen sobre adherencia terapéutica</p>
<b>INSTRUMENTOS</b>	Artículos de dos bases de datos (MEDLINE y CINAHL)
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Se realizaron búsquedas en la literatura de las bases de datos de MEDLINE y CINAHL desde enero de 2000 hasta



	diciembre de 2007. Los términos utilizados fueron: insuficiencia cardiaca, adhesión (del paciente), no cumplimiento y las conductas de autocuidado (de gestión).
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	<p>Se dividió el artículo en las siguientes temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Definición de términos clave</li> <li>-La adhesión a las tarifas en pacientes con IC</li> <li>-Los instrumentos utilizados para medir el auto-cuidado - Comportamientos en la IC</li> <li>-Estrategias eficaces para mejorar la adhesión en la IC: <ul style="list-style-type: none"> <li>Las intervenciones educativas</li> <li>Las intervenciones conductuales</li> <li>Intervenciones psicosociales</li> </ul> </li> <li>-Enfermedad y los síntomas Gestión de programas</li> <li>-Examen de las brechas en el cumplimiento</li> <li>-Investigación de autocuidado</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	No aplica
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Apoyo a personas con IC en sus esfuerzos para manejar la enfermedad requiere comprensión del cambio del comportamiento y estrategias adecuadas. Las enfermeras han de considerar lo que el paciente piensa del cambio en las recomendaciones y la forma en que participan de su autocuidado. Mediante el enfoque centrado en el paciente que fomenta la colaboración y permite a este participar en su cuidado, las enfermeras pueden ayudar a asegurar que la persona con insuficiencia cardiaca informe sus decisiones sobre el cuidado de sí mismo y asuma la responsabilidad para modificar sus hábitos de vida. Los pacientes que participan en su cuidado tienen más confianza en su capacidad de controlar su afección.</p> <p>La capacidad de entender y seguir el tratamiento del plan es necesario para el autocuidado de los pacientes. Las enfermeras, por lo tanto, debe traducir un tratamiento en un plan de atención que un paciente puede seguir. Las enfermeras también deben ayudar a los pacientes y sus familias a identificar las barreras potenciales para el autocuidado y ayudarles a encontrar soluciones para hacer frente a estas barreras. Con la construcción de relaciones con los pacientes a través de la audición, entrenamiento, y la supervivencia de modelado, las enfermeras pueden</p>

	<p>ayudar a los pacientes a ser más comprometidos en su capacidad para involucrarse en conductas de auto-cuidado. Por último, reconociendo los problemas y obstáculos que enfrentan los adultos con insuficiencia cardiaca, incluyendo deficiencias cognitivas y funcionales y baja educación en salud, nuestra capacidad de ayudar a que los pacientes se adhieran puede influir en sus planes de tratamiento. La evidencia para apoyar estrategias efectivas para hacer frente a esta población especial sigue siendo un ámbito de evolución de la investigación.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b> <b>sugerida</b></p>	<p>American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics.2007 Update [pamphlet].Dallas, TX: American Heart Association; 2007.</p>
<p><b>ANALISIS O NOTA</b> <b>PERSONAL</b></p>	<p>La literatura demuestra que la adherencia y conductas de autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca redujo reingresos hospitalarios y condujo a resultados positivos en el paciente, por ello se hace necesario que las personas mantenga una buena adherencia terapéutica especialmente si padece una enfermedad crónica, el problema cobra mayor importancia al analizar que las tasa de incumplimiento se presentan en todos los grupos etareos, étnicos y socioeconómicos.</p> <p>Este articulo nos da a conocer aspectos importantes para la comprensión y evaluación de la adherencia terapéutica, basándose en la definición de adherencia como “la capacidad que tiene el paciente de seguir las recomendaciones dadas por el profesional de la salud” (OMS, 2001).</p> <p>La educación es un factor indispensable para mejorar la adherencia terapéutica aunque, como se menciona en el artículo esta por sí sola no ha demostrado ser completamente efectiva. Para lograrlo se hace necesario utilizar intervenciones complementarias como: la motivación al paciente, reforzamiento del autocuidado, capacitación al paciente, fortalecimiento espiritual, promover imágenes positivas, creencias y actitudes, seguimiento comprometido al paciente.</p>

	Los mayores beneficios se han obtenido mediante la utilización de estrategias como: Control y reforzamiento del cuidado del paciente por medio de llamadas telefónicas realizadas por las enfermeras, participación activa del paciente en las decisiones en salud, control diario del peso y signos vitales, el grado de autocuidado que puede desarrollar el paciente para generar las condiciones ideales de salud y el uso de un monitor electrónico que le recuerde al paciente la toma de medicamentos.
--	---

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> (Según normas Vancouver)	2. R; Head K; Dwyer J. Psychological Factors and Treatment Adherence Behavior in Patients with Chronic Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing Vol.22,No.1, pp 76 y 83.
<b>INSTITUCION</b>	School of Psychology and Counselling, Queensland University of Technology, Australia.
<b>PALABRAS CLAVE</b>	La adhesión, la ansiedad, la insuficiencia cardíaca crónica, la depresión, la auto-eficacia.
<b>TEMA CENTRAL</b>	Adherencia en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica
<b>OBJETIVOS</b> Explícitos e Implícitos	Probar la hipótesis de que la depresión, la ansiedad y la autoeficacia son predictores independientes de la adherencia.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	La autoeficacia es el juicio que los individuos desarrollan sobre su propia capacidad para llevar a cabo con éxito comportamientos. autoeficacia influye en el comportamiento participación, el grado de esfuerzo, perseverancia, resistencia, y el nivel de logro. Autoeficacia se utiliza cada vez más en la investigación en salud como predictor de la conducta. Escaso cumplimiento y los bajos niveles de autoeficacia se unen en la población con IC, aunque en ese estudio, la auto-eficacia a nivel mundial fue operacionalizado como la confianza en el mantenimiento de la salud y el control de los síntomas de IC.

<b>DISEÑO</b>	Descriptivo
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Pacientes que reciben tratamiento integrado a través de un hospital australiano para diagnóstico de IC, personas en espera de la cirugía de trasplante de corazón; fueron excluidos los pacientes diagnosticados con demencia o déficit grave de comunicación. Ochenta y un pacientes fueron reclutados en la sección de admisiones del hospital y 34 fueron reclutados en una unidad ambulatoria especializada, que comprende un total de 115 pacientes.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Cuestionario demográfico Pruebas psicométricas: Inventario de Depresión de Beck (BDI) <sup>36</sup> , Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI-T), Índice de auto-Cuidado de la insuficiencia cardiaca (SCHFI). Cuestionario de la falta de cumplimiento (HFCQ) Auto-informe de medida de la adhesión a las recomendaciones de tratamiento.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Los participantes fueron entrevistados utilizando un cuestionario y el formato de los investigadores, mientras que los pacientes bajo la supervisión completaron con lápiz y papel un auto-informe. Cinco pacientes ambulatorios completaron el protocolo cada semana. "Los pacientes de NYHA y las puntuaciones de la FEVI fueron obtenidos de los registros médicos por el personal de enfermería.
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	Las características de los pacientes y los comportamientos de adhesión se evaluaron mediante la estadística descriptiva. El estudio utilizó una diferencia de edad de años $\geq 70$ , lo cual es consistente con estudios relacionados con el examen y las enfermedades coronarias en los adultos mayores. La edad y las diferencias de género fueron examinadas a través de pruebas de t test para muestras independientes. Una serie de regresiones jerárquicas se realizaron para examinar la relación entre variables

36 El BDI se incluyó para obtener una medida de los niveles de depresión de la muestra. El BDI se evalúa la intensidad de 21 síntomas depresivos y las actitudes. Las respuestas se hacen en una escala de 4 puntos con mayores resultados que indican niveles más altos de síntomas depresivos. Las puntuaciones inferiores a 10 indican depresión mínima, las puntuaciones de 10 a 16 indican una depresión leve, puntuaciones de 17 a 29 indican depresión moderada, y las puntuaciones superiores a 29 indican depresión severa.

	<p>independientes y las recomendaciones individuales. El nivel de probabilidad para rechazar la hipótesis nula (de ninguna relación entre las variables independientes y valor de referencia) se estableció en 0,05.</p> <p>Procedimientos de selección de datos como resultado la supresión de 13 casos, y otros 10 individuales que faltan se llenen datos en las celdas de la sustitución. El uso de la sustitución significa un procedimiento estadístico aceptable para el mantenimiento de la contribución de los sujetos individuales, cuando la recolección de datos no puede ser completa para las personas. La práctica suele reducir la varianza de la variable observada en la medida en que se aplica, por lo tanto, en el presente caso, donde menos del 10% de los datos fue objeto en el sentido de sustitución (es decir, 10 casos de una muestra analizada de 102) Cualquier distorsión de la varianza de la población puede considerar tener un impacto mínimo en los resultados. Fueron analizados los datos de 102 participantes.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<p>No se encontraron diferencias entre los dos grupos en el nivel educativo, situación laboral, género o edad. Los miembros del grupo de pacientes ambulatorios tuvieron mayor probabilidad de casarse que en el grupo de pacientes internos. No hubo diferencias significativas en el nivel de STAI de ansiedad se encontraron rasgo entre los pacientes hospitalizados y grupos de pacientes externos. No se encontraron diferencias significativas en la depresión medida con BDI entre los pacientes hospitalizados y los grupos de pacientes externos.</p> <p>Con respecto al nivel de adhesión al objetivo de comportamientos, los dos grupos difieren significativamente en su adhesión a una rutina de peso diario, con el grupo de pacientes ambulatorios es más probable que se pesen a sí mismos que el grupo de pacientes internos. Todas las demás medidas psicométricas y el comportamiento de las puntuaciones de adhesión fueron constantes en los dos grupos, por lo tanto estos dos grupos fueron considerados juntos en su posterior análisis. El grupo de participantes eran relativamente joven (M = 63,57 años, SD =14,23 años, rango</p>

= 26 a 98 años) y predominantemente varones (70,6%). Los participantes tuvieron una clasificación funcional moderada (NYHA: M = 2,63, SD = 0,68) y deterioro fisiológico (FEVI: M = 32,90%, SD = 14,21%).

Los participantes informaron mínima depresión global según lo medido por el BDI (M = 9.61, SD = 7.65). Síntomas mínimos depresivos (BDIG-10) se reportaron 66,7% de los participantes, mientras que un 21,6% informó depresión leve (BDI 10-16), 6,9% reportado depresión moderada (BDI 17-29), y 5.9% reportó la depresión severa (Puntuaciones BDI 929). Un tercio de la muestra de los casos registrados demostraron estar deprimidos (es decir, las puntuaciones BDI 910). El rasgo general de puntuación de la ansiedad medida por el STAI-T fue 35,47 y el 31,4% de encuestados informó ansiedad significativa. No se encontraron diferencias de género, aunque los participantes menores de 70 años reportaron niveles más altos de la depresión y mayores niveles de ansiedad que los pacientes mayores de 70 años. Los mayores niveles de auto-reporte de la auto-eficacia están relacionadas con " adherencia a los medicamentos de los pacientes (M = 9.81, SD = 1.10), seguido por evitar el tabaco (M = 9.37, SD = 1,83), la realización diaria de peso (M = 8.88, SD = 2.19), y evitar el consumo de alcohol (M = 8.68, SD = 2.23). la Baja auto-eficacia se relaciona con la observación de las restricciones de sodio (M = 8.03, SD =2.24) y los protocolos de ejercicio (M = 7.00, SD = 2,65).

Aunque el 79,4% de los pacientes informó que controlar diariamente el peso es importante, sólo el 34,3% afirma llevar a cabo esta conducta cada día. Aunque el 86,3% de los pacientes informaron de que evitar el consumo de alcohol es importante, sólo el 33,3% afirmó haberlo hecho. Aunque el 90,2% de los pacientes informó que la adhesión a las restricciones de sodio al día es importante, sólo el 9,8% afirmó haber hecho. Y, por último, aunque el 95,1% de los pacientes indica que el ejercicio diario era importante, el 47,1% reportó un moderado grado de dificultad siguiendo esta recomendación (con el 44,1% atribuye la falta de adhesión a tales síntomas físicos). El

	<p>ejercicio de 5 o más días a la semana se informó de sólo el 10,8% de los participantes. Curiosamente, los pacientes que tenían 70 años o más reportó niveles significativamente más altos de adherencia al ejercicio que los pacientes menores de 70 años.</p> <p>El género, la edad y el estado funcional significativo explicó el 14% de la varianza en diaria de peso. Fracción de eyección Ventricular izquierda fue el único predictor importante.</p> <p>Las 3 variables psicológicas (depresión, la ansiedad y la auto-eficacia) representó una significativa proporción (13,6%) de la variabilidad en la adhesión al peso diario después de controlar por los efectos de género, la edad y el estado funcional.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>La adhesión de los pacientes a los cambios de estilo de vida prescritos y los regímenes médicos sigue siendo un importante reto para los profesionales de la salud, que a su vez afecta potencialmente la morbilidad de los pacientes. Ampliar el conocimiento sobre el papel y la interacción de los predictores psicológicos que subyacen a los comportamientos de adhesión puede ayudar a identificar más claramente los pacientes con IC que están en riesgo de una progresión más rápida de la enfermedad. Este estudio proporciona información útil sobre los patrones de comportamientos de adhesión y la angustia psicológica. Aunque la depresión y la ansiedad evaluada no explicó de manera significativa los comportamientos de adhesión, estos resultados tienen implicaciones para el personal de enfermería con respecto a evaluación psicológica y la aplicación de las intervenciones para promover la auto-eficacia. En concreto, el objetivo de las intervenciones de enfermería como es promover el nivel de los pacientes con IC de creencias relativas a su capacidad para hacer cambios de estilo de vida. Los pacientes por lo tanto pueden estar más dispuestos a adoptar las recomendaciones demostrado reducir la morbilidad cardíaca.</p>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	Riegel B, Carlson B, Moser D ,Sebern M, Hicks F D, Roland

<p><b>sugerida</b></p>	<p>V. Psychometric testing of the Self-Care of Heart Failure Index. JCardFail.2004;10: 350 y 360.</p> <p>Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers D G, Lip GY H. The Prevalence and persistence of depression and anxiety Following myocardial infarction. Br J Health Psychol. 2002;7: 11 y 21.</p>
<p><b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b></p>	<p>En este artículo no se toma una definición de adherencia terapéutica, se basa en aplicar una serie de instrumentos para identificar el grado de depresión, ansiedad y adherencia (al ejercicio, control de peso diario, evitar el cigarrillo, alcohol y sodio) en un grupo de 115 pacientes con insuficiencia cardíaca.</p> <p>Se observó una marcada diferencia en la adherencia al ejercicio físico en los grupos de edad, mostrando que las personas mayores de 70 años se adhieren mejor a esta actividad que las personas jóvenes, a su vez estos últimos reportaron los mayores índices de depresión y ansiedad.</p> <p>Se identificó que la depresión influye en el grado de adherencia o no adherencia a la terapéutica dado que estos pacientes no manejan un adecuado autocuidado por tanto son más propensos a tener comportamientos como fumar, consumir alcohol, comer en exceso y no realizar ejercicio.</p> <p>Se identificó que los pacientes tienen mejor adherencia al régimen terapéutico, seguido de evitar el tabaco por el contrario las recomendaciones menos seguidas por los pacientes son la disminución del consumo de sodio y el ejercicio.</p> <p>Todas las puntuaciones psicométricas y de comportamiento de adhesión fueron constantes en los dos grupos (ambulatorios y hospitalizados). Por otra parte las características demográficas demostraron no influir en la adherencia terapéutica.</p> <p>Las variables género, edad y estado funcional no explican la variabilidad en la evitación de fumar.</p>



	<p>Las 3 variables psicológicas depresión, ansiedad y auto-eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Representó una significativa proporción (13,6%) de la variabilidad de adhesión al control de peso diario.</li> <li>-No pudo predecir variabilidad del comportamiento de reducción de sodio.</li> <li>-Explicó un 13,1% la variabilidad en la adherencia al ejercicio</li> <li>-No logro predecir la adherencia al consumo de líquidos</li> <li>-Aumentó en un 15,9% la predicción de fumar</li> <li>-Aumento la predicción de consumo de alcohol en un 31,5% (ansiedad y depresión)</li> </ul>
--	---

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> Según normas Vancouver	3. Yiannakopoulou ECh. Papadopulos JS. Cokkinos DV. Mountokalakis TD. La adhesión al tratamiento antihipertensivo: un factor crítico para el control de la presión arterial European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation.
<b>INSTITUCION</b>	University Department of Internal Medicine, Sotiria Hospital, Athens, Greece
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Control de la hipertensión, la adherencia al tratamiento antihipertensivo, el cumplimiento, la orientación del paciente
<b>TEMA CENTRAL</b>	Adhesión del paciente hipertenso al tratamiento
<b>OBJETIVOS</b> Explícitos e Implícitos	<p>Estimar la prevalencia de control de la PA entre los pacientes hipertensos tratados</p> <p>Examinar la relación entre PA de control y la adhesión a tratamiento antihipertensivo</p> <p>Evaluar la contribución de posibles factores riesgo de la falta de adhesión entre los pacientes hipertensos griegos.</p>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	Tratamiento de la hipertensión se define como el uso actual de medicación antihipertensiva. El cumplimiento se define como un respuesta afirmativa a una serie de cuestiones relacionadas con el uso regular de medicamentos antihipertensivos de acuerdo con la instrucciones de su

	médico
<b>DISEÑO</b>	Estudio de corte transversa con un diseño descriptivo
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Las personas de más de 80 años, así como los pacientes con enfermedad aguda, mental trastornos o signos de malignidad, se excluyeron del estudio. Así, de 1380 pacientes al principio se estimó elegibles, 1000 fueron incluidos en el estudio. Criterios de elegibilidad fueron el conocimiento de la hipertensión y la prescripción de la medicación antihipertensiva.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Entrevistas estructuradas: el tiempo desde diagnóstico de hipertensión arterial, la frecuencia y el método de la PA mediciones, la fuente de atención médica regular, actualizada y antes de los regímenes de antihipertensivos, los efectos secundarios asociados con cada régimen de medicación y las razones para el cambio medicamentos, la asistencia a sus citas, frecuencia de cambio de los médicos, los regímenes de medicamentos para otros problemas de salud, el cumplimiento de medicamentos antihipertensivos y los motivos de incumplimiento.  Cuestionarios pre-codificados sobre datos demográficos, y la historia clínica.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	A los pacientes se les preguntó si se las arreglan para tomar sus medicamentos según las instrucciones de su médico. En un esfuerzo por evitar la sobre-estimación de cumplimiento, la gente responde positivamente También se preguntó si omite alguna de sus píldoras. Las personas que informaron siguiendo las instrucciones de su médico y no omitir ninguna de las pastillas fueron clasificados como compatibles. Los pacientes que admitieron el incumplimiento se les pedía que especificaran el tipo de falta de adhesión (por ejemplo, dosis equivocada, frecuencia de administración incorrecta, Interrupción del tratamiento inapropiada), así como las razones para no cumplimiento.  En un esfuerzo por obtener información acerca de la idoneidad del asesoramiento médico previo, los pacientes se les pidió responder a las preguntas siguientes: (1) "¿Con qué frecuencia visita a su médico?", (2) Siempre visita a su

	<p>médico personal para la prescripción de medicamentos ", (3) Además de la prescripción de píldoras, ¿qué otras tareas realiza su médico en cada visita: la medición de la presión arterial, examen físico, con instrucciones sobre estilo de vida, explicando que la importancia del control de la PA '</p> <p>Los pacientes que declararon que visitan a su médico por lo menos cada 3 meses y respondieron positivamente a las otras dos preguntas se consideraban que habían recibido suficiente asesoramiento, de lo contrario se clasificaron en el grupo de los que habían recibido asesoramiento inadecuado.</p> <p>Después de que los sujetos había respondido a las preguntas de los cuestionarios, se les midió sentados la presión arterial tomadas en el brazo derecho con un esfigmomanómetro de mercurio. Para todas las lecturas de las fases I y V de Korotkoff se utilizaron para establecer los niveles de presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente. La hipertensión se considera que está controlada si la lectura promedio fuera de menos de 140/90 mmHg.</p>
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	<p>Todos los datos registrados se transfieren a un PC y se analizaron mediante el Paquete Estadístico de Software Ciencias Sociales (SPSS). Características analizadas con fines descriptivos, plantea incluir datos demográficos, socio-medidas económicas, y factores de riesgo cardiovascular. La media (<math>\pm</math> DE) o proporción se definió en general y por sexo. Hipótesis estadística se analizaron en el nivel de 0.05 con la prueba de chi-cuadrado. Relación con la edad de género de probabilidad ajustada (OR) y el 95% intervalo de confianza (IC) fueron calculados para estimar el efecto del cumplimiento en el control de la presión arterial. Coeficiente de correlación de Pearson fue calculado para la correlación de variables cualitativas. Sin embargo las pruebas estadísticas no se pone de relieve en este estudio</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>La presión arterial sistólica media (<math>\pm</math> DE) fue de 160,2 (<math>\pm</math> 16,6) mmHg (mujeres, 160,25 <math>\pm</math> 16,91, los hombres, 160.09 <math>\pm</math> 16.37). La presión arterial diastólica media (<math>\pm</math> DE) fue de 97,9 <math>\pm</math> 10,5 mm Hg (mujeres, 97,68 <math>\pm</math> 10,34, los hombres,</p>

98,16 ± 10,78). Hubo correlación positiva entre la BP y la edad ( $r = 0,49$ ,  $P < 0,001$  para la PAS,  $r = 0.13$ ,  $P < 0,001$  para la PAD).

Doscientos ochenta de los hipertensos fueron seguidos por los médicos rurales, 195 por los cardiólogos del Sistema Nacional de Salud, 175 por internistas del Sistema Nacional de Salud, 89 por cardiólogos privadas y 261 por internistas privado. Ningún paciente fue atendida en una clínica hospital de antihipertensivos. Nadie había sido objeto de la medición ambulatoria de la PA. Todos los pacientes reportaron la asistencia a las citas ordinarias por lo menos cada 3 meses.

Doscientos noventa y cinco pacientes declaró que desde el diagnóstico de la HTA, el mismo médico les había seguido, 232 pacientes habían cambiado de medico una vez, 185 dos veces, y ocho pacientes había cambiado tres veces de médico. Pacientes seguidos por un médico rural informaron que cada año otro médico les había seguido. Este último hallazgo se debe a la práctica seguida en Grecia, donde los médicos jóvenes tienen que servir un año en un puesto rural. De los 1000 pacientes el 63,5% estaban en monoterapia, el 25,5% estaban tomando dos medicamentos, el 9,5% tres fármacos y el 1,5% cuatro.

La duración de la hipertensión fue de 6 meses a 25 años (duración media 10 años). Cien pacientes declararon que nunca habían cambiado su régimen antihipertensivo desde el diagnóstico de la hipertensión. De los pacientes restantes, 185 informaron que habían utilizado dos regímenes terapéuticos diferentes, 149 pacientes habían tenido tres regímenes diferentes, 213 pacientes tuvieron cuatro regímenes, 195 cinco regímenes y 158 más de cinco regímenes de medicamentos diferentes. Las Razones de los cambios en la medicación informadas fueron: la falta de control de la PA (68%), los efectos secundarios (38%), y el cambio de médico (22%).

El cumplimiento fue más común entre los menores de edad

	<p>de 60 (22,3 frente al 3,8% de los mayores de 60), los que viven en una ciudad (16,9 frente a 10% de quienes viven en una pueblo), y por aquellos con un mayor nivel de la educación (17,6% liceo o graduados universitarios en comparación con 9% en aquellos con menor educación).</p> <p>El cumplimiento fue también más común entre los pacientes que están siendo seguido por un médico privado (25,1 frente a 10% de los son seguidos por un médico de guardia en las zonas rurales y el 8,8% de aquellos que son seguidos por un médico del hospital de la Sistema Nacional de Salud).</p> <p>El cumplimiento fue también más común entre los que tomaban un comprimido por día antihipertensivos (37,8 frente a 8,2% entre los que tomaban más de una tableta), los que nunca había cambiado régimen antihipertensivo (95,1 frente a 25,5% entre aquellos con al menos un cambio, y los que nunca han cambiado de médico (33,8 frente a 6,9%). El tipo de anti prescrito agente de hipertensos no influye en el cumplimiento.</p> <p>Sobre la base de mediciones de la PA obtenida en la admisión, la presión arterial resultó ser controlado en sólo el 20% de los hipertensos.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Este estudio indica que, como es el caso en la mayoría de los países, en Grecia el control de la hipertensión no es el óptimo. Sólo el 20% de los hipertensos tratados tienen lecturas de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg.</p> <p>Todos tienen dificultades en la aplicación e interpretación de los resultados. La sobreestimación de cumplimiento es muy común con el recuento de comprimidos. Incluso los ensayos de marcador de drogas y químicos no son del todo correctos, ya que pueden sufrir de un "efecto de cepillo de dientes", que significa la adhesión deliberada de los pacientes sólo unos pocos días antes del ensayo.</p> <p>Entre las personas hipertensas en el presente estudio, el cumplimiento se asoció positivamente con la edad por debajo de 60, un mayor nivel de educación, residencia</p>

	<p>urbana, el tratamiento por un médico privado, la dosis simple (un comprimido al día), inmutable regímenes de antihipertensivos y el mismo médico tratante. Un régimen sencillo, estable y un tratamiento de seguimiento por el mismo médico parece ser los parámetros que se deben considerar para mejorar el cumplimiento y control de la presión arterial.</p> <p>La falta de comunicación entre los médicos y los pacientes puede ser un impedimento importante para la adherencia al tratamiento. La comunicación adecuada se puede lograr únicamente si el médico dedica tiempo para educar a los pacientes sobre la naturaleza de la hipertensión y la importancia del tratamiento de la presión arterial y el control, esto explica porque los pacientes que consultan su médico privado tienen mejor adherencia.</p> <p>Todos los pacientes del presente estudio reportaron la asistencia a las citas regulares. El hecho decepcionante es que, según ellos, el objetivo principal de estas las citas fue la prescripción de medicamentos. Esto significa que las personas con hipertensión no controlada reciben atención médica regular, pero de mala calidad debido a la falta de asesoramiento médico. Esta observación es consistente con los hallazgos de las encuestas realizadas en otros países, que son indicativos de la necesidad de mejora de la calidad de la atención de la salud.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b> sugerida</p>	<p>Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence, a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. <i>Curr Opin Cardiol</i> 2004; 19:357–362</p> <p>Haq IU, Chadwick IG, Yeo WW, Jackson PR, Ramsay LE. Resistant hypertension. In: Kendall MJ, Kaplan NM, Horton RC (editors): <i>Difficult hypertension. Practical management and decision-making</i>. London: Martin Dunitz Ltd; 1995, pp. 97–115.</p>
<p><b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b></p>	<p>En este estudio no hay una definición de adherencia, su objetivo es mostrar cuanto es el porcentaje de personas que hacen un control de su presión arterial, cumplen con su tratamiento farmacológico, con las citas medicas y algunos</p>

	<p>de los factores que afectan la adherencia terapéutica como: la edad, la educación, la presencia de un médico privado que lleve un seguimiento, el número de medicamentos que deben tomar y el tipo de medicamento que toman.</p> <p>Entre los resultados más importantes, se encontró que los factores que influyen positivamente en la adherencia a la terapéutica son: la edad (se evidenció que los jóvenes se adhieren en un menor porcentaje que las personas de más de 60 años), las personas con niveles altos de educación, residentes en áreas urbanas, llevar el control con un médico privado, tratamientos con un solo medicamento, paciente que recibían mejor educación por parte del médico, los pacientes que nunca han cambiado de antihipertensivo o de médico.</p> <p>Por último este estudio pone de manifiesto la importancia de mejorar la calidad de la atención en salud, dado que los pacientes han reportado tener una mejor adherencia cuando son atendidos por médicos privados puesto que estos les brindan mejor información y la comunicación es más efectiva (59,3 médicos privados frente a 9,3% de los médicos en las zonas rurales y 11% de los médicos de los hospitales públicos).</p>
--	--

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> (Según normas Vancouver)	4. Grindley E. Zizzi S. Using a Multidimensional Approach to Predict Motivation and adherence to Rehabilitation in Older Adults: Topics in Geriatric Rehabilitation. 21(3):182-193, 2005 July/September.
<b>INSTITUCION</b>	School of Physical Education, West Virginia University, Morgantown
<b>PALABRAS CLAVE</b>	adherencia, la rehabilitación, revisión
<b>TEMA CENTRAL</b>	factores relacionados con la adhesión a la terapéutica en adulto mayor

<b>OBJETIVOS</b> <b>Explícitos e Implícitos</b>	ofrecer un marco teórico para el estudio de la motivación y adherencia a la rehabilitación en los adultos mayores
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Artículo de revisión
<b>CONCEPTOS</b>	<p>Los pacientes motivados siguen de cerca sus recomendaciones.</p> <p>El objetivo común de la rehabilitación es ayudar a los pacientes a mejorar sus capacidades funcionales y devolverlos, cuando sea posible, previo a la lesión de la salud tan eficientemente como posible.</p> <p>La autoeficacia es una situación específica de la construcción. Autoeficacia percibida es la conceptualización que tiene en cuenta las personas " la situación (por ejemplo, las demandas de rehabilitación) y sus capacidades para satisfacer las demandas de la situación (por ejemplo, su nivel de competencias propias)"</p> <p>Grupo de la fijación de metas tenían niveles más altos de la auto-eficacia y que también tuvo el puntaje más alto significa la adhesión.</p>
<b>DISEÑO</b>	Revisión de literatura
<b>POBLACION</b> <b>MUESTRA</b> <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	No incluyen el número de artículos revisados
<b>INSTRUMENTOS</b>	No especifican la base de datos donde se obtuvieron los artículos.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	No aplica
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	No aplica



<b>RESULTADOS</b>	<p>Las mayores tasas de adherencia, se han reportado en la literatura de terapia física. Vasey completaron una encuesta de los departamentos fisioterapia en el Reino Unido e informó que el 7% a 14% de los pacientes no regresaron para el seguimiento de las citas, con un 6% a 11% no asistir hasta su primera cita programada.</p> <p>La multitud de factores relacionados con comportamientos de adhesión en general han sido categorizados como personal o del medio ambiente. Los factores personales con más frecuencia que afecta a las tasas de adherencia incluyen la creencia en la eficacia del tratamiento, auto-motivación, el apoyo social percibido, la tolerancia al dolor, perturbación emocional, la creencia en la capacidad para llevar a cabo las actividades prescritas, la actitud positiva de afrontamiento instrumental, los posibles efectos de las complicaciones y beneficios futuros o a largo plazo, el éxito percibido relacionado con factores controlables y percepción de falta de tiempo.</p> <p>Factores ambientales o situacionales con mayor frecuencia que afecta a las tasas de adherencia incluyen el establecimiento de clínicas y la programación, la comunicación, los terapeutas, la esperanza de los profesionales de soporte, la progresión de los ejercicios y la rehabilitación del comportamiento del paciente.</p> <p><b>FACTORES PERSONALES:</b></p> <p>Auto-eficacia y auto-motivación: Los estudios han demostrado que la creencia en el establecimiento de metas específicas efectivamente ayudara de manera positiva a la recuperación.</p> <p>Las percepciones de los síntomas: Taylor informo que los pacientes adherentes perciben las lesiones y complicaciones de la enfermedad.</p> <p>Estado de ánimo: Ha habido una variedad de modelos para explicar las posibles reacciones a las lesiones. Después de una lesión, no es raro que un individuo muestre un dialogo interno negativo, experimentan ansiedad, frustración y/o de</p>
-------------------	--

	<p>presión.</p> <p>Entre la población geriátrica, la depresión y otras formas de alteración del estado de ánimo son más propensos a manifestarse. Además, la depresión mayor puede confundirse con demencia debido a la superposición de sintomatología.</p> <p>Dolor: Kolt y McEvoy han sugerido que la recuperación puede verse afectada por las experiencias de dolor previo. Fisher señala que los atletas universitarios que se consideraron cumplidores toleran mejor el dolor. En otro estudio, los cumplidores de la rehabilitación estaban menos preocupados por el dolor en comparación con quienes no se adhieran y que se detuvieron una vez sentían dolor. Aunque ha habido grandes variaciones en la influencia que tiene el dolor en el proceso de rehabilitación, todos los estudios han reportado que el dolor es un factor contribuyente. Las barreras percibidas a la rehabilitación: Vasey llevó a cabo una encuesta que contempla cuatro departamentos fisioterapia en el Reino Unido. Las barreras comunes citadas por los pacientes después de no presentarse incluye: disminución de la necesidad de tratamiento, problemas con el tiempo libre del trabajo, la familia.</p> <p>Sluijs y sus colegas señalaron algunas de las razones que los pacientes citados para explicar su falta de adherencia al tratamiento de fisioterapia: el paciente estaba demasiado cansado, los ejercicios eran aburridos, y los pacientes perciben los ejercicios para causar dolor. El factor de barreras mostró la más fuerte relación con la no adherencia al ejercicio a domicilio se percibió la falta de tiempo, que también fue la barrera más frecuentemente mencionada (73%).</p> <p><b>AMBIENTALES Y FACTORES DE SITUACIÓN:</b> Rehabilitaciones profesionales: Varios artículos en el entrenamiento deportivo y la literatura de terapia física han discutido la importancia de la relación terapéutica y la necesidad de crear confianza y relaciones con los pacientes.</p> <p>Comunicación, las interacciones con el PT, la información</p>
--	---

	<p>entregada en relación con la lesión y el proceso de rehabilitación, y apoyo terapeuta se considerará todos los componentes que podrían influir en el comportamiento de los individuos a la adhesión.</p> <p>Seguros: Kolt y McEvoy se comparó a pacientes asegurados y no asegurados que buscan tratamiento para el dolor lumbar. Se encontró que aquellos que pagan de su bolsillo para sus propias visitas eran más cumplidores y se esforzaban en las sesiones de rehabilitación. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los dos grupos en relación a la asistencia y la adhesión a la realización del ejercicio en casa. Ningún otro estudio se ha pronunciado sobre seguro, aunque esto parece un componente lógico del proceso de rehabilitación que podría ser un factor influyente para la adhesión.</p> <p>Lesiones de gravedad: Numerosos estudios tratan de controlar la gravedad de las lesiones mediante la selección de un grupo específico de personas que tienen la misma lesión esta podría afectar la duración y el tipo de rehabilitación. Por ejemplo, alguien que se recupera de una prótesis de rodilla o cadera puede estar enfrentando un período de rehabilitación significativamente mayor en comparación con alguien que se recupera de un esguince de tobillo de grado II.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Si bien el documento de los estudios antes mencionados "percibe la falta de tiempo" como un obstáculo importante a la rehabilitación, la conclusión implícita es que los pacientes que dan prioridad a la rehabilitación son más propensos a tener tiempo para asistir a las sesiones, siga las instrucciones, y completar los ejercicios a domicilio. La comprensión de estas y otras barreras a la rehabilitación puede ser un elemento útil para la evaluación del paciente, sobre todo entre los adultos mayores. Los pacientes geriátricos también puede verse obstaculizada por la falta de apoyo social, la falta de conocimiento de la rehabilitación, sintiendo vergüenza de su lesión, o problemas de transporte (para pacientes no ambulatorios), la falta de independencia, y ajustarse a cambios repentinos en la rutina.</p>

<b>BIBLIOGRAFÍA</b> <b>sugerida</b>	<p>Taylor J Taylor, S. enfoques psicológicos de Deportes Rehabilitación de Lesiones. Gaithersburg, MD: Aspen; 1997</p> <p>BW Brewer, AE Cornellers, JL VanRaalte. Atribución para la recuperación y la adhesión a la rehabilitación relacionada a la reconstrucción del ligamento anterior: un análisis prospectivo. Psicología de la Salud. 2000; 15:283 -291.</p>
<b>ANALISIS O</b> <b>NOTA</b> <b>PERSONAL</b>	<p>Varios autores han sugerido que el comportamiento de la adherencia es un factor importante para el éxito de la rehabilitación.</p> <p>Como se menciona en otros artículos aspectos como: la percepción de complicaciones de la enfermedad, buena comunicación con el personal de salud, tener que sacar del bolsillo para pagar el servicio y la autoeficacia han demostrado influir positivamente en la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Por el contrario, las sensaciones de dolor, el tiempo y la percepción de no necesitar el tratamiento fueron algunos de los factores que llevaron al paciente a la no adherencia.</p> <p>En este articulo se manifiesta la necesidad de mejorar la educación en los servicios de salud y de esta manera lograr competencia profesional y mejoras en el paciente la motivación y la satisfacción con los servicios</p>

<b>REFERENCIA</b> <b>BIBLIOGRAFICA</b> <b>Según normas</b> <b>Vancouver</b>	<p>5. Kerry S; Courneya R; Karen R, Reid J; Mackey C; Friedenreich C; Kirstin A; Ladha J; Vallence Donald M. Predictors of supervised exercise adherence during breast cancer chemotherapy. Medicine y Science in sports y exercise pags 1180-1187.</p>
<b>INSTITUCION</b>	<p>University of Alberta, E-488 Van Vliet Center</p>
<b>PALABRAS</b> <b>CLAVE</b>	<p>Sobrevivientes de Cáncer, los factores determinantes, Actividad Física, ensayo controlado aleatorio.</p>
<b>TEMA CENTRAL</b>	<p>Reporte de los predictores de la adhesión al ejercicio supervisado durante la quimioterapia del cáncer de mama.</p>

<b>OBJETIVOS</b> <b>Explícitos e Implícitos</b>	Realizar un reporte de los predictores de la adhesión a la formación de ejercicio supervisado durante la quimioterapia del cáncer de mama aplicando el método que postula la teoría de la conducta planificada de Ajzen.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	La teoría de Ajzen de la conducta planificada (TCP). El TPB es un modelo social cognitivo del comportamiento humano que propone que la intención (es decir, motivación) es el determinante más importante de la conducta. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991; 50:179–211.
<b>DISEÑO</b>	estudio experimental de caso-control prospectivo
<b>POBLACION</b> <b>MUESTRA</b> <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Pacientes con cáncer de mama (N = 242) iniciaron la quimioterapia adyuvante en Edmonton, Ottawa y Vancouver fueron asignados aleatoriamente a tratamiento habitual (n = 82), bajo la supervisión del ejercicio de resistencia (n = 82), o el ejercicio aeróbico supervisado (n = 78) para la duración de la quimioterapia.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Entrevistas, revisión historias clínicas
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Evaluación de los predictores. Se recogieron datos demográficos de auto-informe que consistió en edad, estado civil educación, ingreso familiar anual, empleo estado y la ubicación / centro (0 = Ottawa, 1 = Edmonton, 2 = Vancouver). Los datos médicos se obtuvieron de los registros médicos y consistió en estado de la enfermedad (I, IIa, IIb, IIIa y codificados como 0-3), el tipo de cirugía (lumpectomía = 0, 1 = mastectomía), y el tipo de quimioterapia (nontaxane = 0; taxano = 1). Las variables de comportamiento se obtuvieron del auto-informe y consistió en fumar (0 = no fuma; 1 = fumador) y el ejercicio desde el momento del diagnóstico, codificada bajo las directrices de salud pública de 150 minutos de ejercicio moderado a vigoroso a la semana o 60 minutos de ejercicio vigoroso por semana.
<b>ANALISIS DE</b>	Análisis estadísticos. Se compararon los tres grupos al azar al

<b>DATOS</b>	<p>inicio del estudio de las variables TPB mediante análisis de varianza. También se compararon las creencias a los participantes sobre la resistencia aeróbica en comparación con el ejercicio con cargo t-test. Se analizaron las asociaciones univariantes entre los predictores y la adherencia al ejercicio utilizando las correlaciones de Pearson. Para facilitar la interpretación, también se analizaron las variables predictoras continuas como variables categóricas sobre la base de puntos de corte clínicamente relevantes ni estadísticamente determinados mediante análisis de varianza. Las variables que había estadísticamente significativas o en el límite significativas asociaciones univariadas fueron retenidos con la adherencia al ejercicio por un análisis de regresión multivariante de entrada forzada.</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>En resumen, se examinaron 1.468 sobrevivientes de cáncer de mama y se reclutó 242 de 736 (33%) participantes admitidos entre febrero de 2003 y julio de 2005. Se tomaron al azar a160 de los dos grupos de ejercicio. El rango de edad 25-78 años (media, 49 años), el 21% eran obesos, 37% eran posmenopáusicas, 61% tenían enfermedad en estado II, el 59% recibieron cirugía conservadora de la mama, el 31% recibieron una quimioterapia basada en taxanos, y el 25% informó de los últimos ejercicios. No hubo diferencias entre los grupos. La mediana de duración de la intervención con ejercicios fue de 17 semanas (95% IC, 9-24), y la adhesión al programa de ejercicio supervisado durante la quimioterapia era 72.0% T 30.1% y 68.2% T 28.4% en los grupos de la AET y RET, respectivamente ( P = 0,411), con 51,2% que alcanza un 80% de asistencia (rango, 0% a 100%).</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Contrario a las hipótesis planteadas, las variables motivacionales no predijeron la adherencia al ejercicio. Este hallazgo es muy raro en la literatura de comportamiento respecto al ejercicio en general y en la investigación con pacientes y sobrevivientes de cáncer. Pocos estudios de cáncer, sin embargo, han examinado los factores predictivos de la adherencia al ejercicio supervisado durante los tratamientos de cáncer.</p> <p>La adhesión al ejercicio supervisado durante la quimioterapia fue de 70,2% en el inicio del estudio. Esta tasa de adherencia se encuentra dentro del rango reportado para otros ensayos de</p>

	<p>ejercicio durante los tratamientos de cáncer y los de adultos mayores sin cáncer. Es importante destacar, sin embargo, que muchos de estos estudios han reportado tasas de adherencia de los abandonos (es decir, los participantes que no completaron el ensayo). Martin y Sinden informaron que en el ejercicio de ensayos controlados aleatorios (ECA) de los adultos mayores sin cáncer, la tasa promedio de adherencia para los estudios que excluyen los abandonos fue del 88%, frente al 63% para los estudios que incluyeron a los abandonos. Teniendo en cuenta esta comparación, nuestra tasa de cumplimiento es superior a la reportada en los ECA de los adultos mayores, aunque todavía no son óptimos. En consecuencia, la comprensión de los predictores de la adhesión de nuestro estudio es un esfuerzo importante para mejorar la salud de pacientes con cáncer</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b> <b>sugerida</b></p>	<p>Courneya KS, Friedenreich CM, Quinney HA, Fields AL, Jones LW, Fairey AS. Predictors of adherence and contamination in a randomized trial of exercise in colorectal cancer survivors. <i>Psycho-Oncol.</i> 2004; 13 (12): 857–66.</p> <p>Courneya KS, Segal RJ, Reid RD, et al. Three independent factors predicted adherence in a randomized controlled trial of resistance exercise training among prostate cancer survivors. <i>J Clin Epidemiol.</i> 2004;57(6):571–9</p> <p>Courneya KS, Karvinen KH, Vallance JKH. Exercise motivation and behavior change. In: <i>Handbook of Cancer Survivorship</i>, M Feuerstein. New York (NY): Springer, 2007, pp. 113–32</p>
<p><b>ANALISIS O</b> <b>NOTA</b> <b>PERSONAL</b></p>	<p>No hay un término implícito de adherencia terapéutica.</p> <p>Una efectiva adherencia terapéutica proporciona al paciente grandes beneficios que se verán reflejados en la recuperación de su salud. El ejercicio físico es un componente inmerso en la terapéutica de muchos pacientes, en este estudio queda demostrado los efectos positivos de esta actividad en personas con cáncer, algunos de estos son: aumento es su autoestima, capacidad aeróbica, fuerza muscular, tasa de finalización de la quimioterapia, disminución de niveles de grasa corporal y de ansiedad</p> <p>Entre los predictores que se analizan en este estudio se encuentran: estándar demográfico (lugar donde vive, estado</p>

	<p>civil, educación), médicos (tratamiento, estadio de la enfermedad), motivación (teoría del comportamiento planificado), estado físico (fuerza muscular y porcentaje de grasa corporal). De estos predictores el que demostró mayor influencia sobre la adherencia fue el de ubicación del centro seguido por fuerza muscular y los poco influyentes como la depresión y el tabaquismo que predicen pobre adherencia terapéutica.</p> <p>Contrario a lo que han demostrado otros estudios es alentador observar que la edad, tipo de cirugía, motivación, quimioterapia, la calidad de vida, la fatiga y la ansiedad no predicen el grado de adherencia.</p> <p>Los predictores de la adherencia al ejercicio pueden variar según el tipo de cáncer, tipo de los tratamientos, la ubicación de ejercicio y otros factores, teniendo en cuenta esto podemos enfatizar la importancia de seguir trabajando para lograr brindar un cuidado cada vez más individualizado, donde no solo se tenga en cuenta la patología sino también al paciente como un ser holístico que tiene sus propias características y que forma parte de una comunidad y una cultura la cual se debe reconocer para brindar un cuidado congruente.</p>
--	---

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> <b>(Según normas Vancouver)</b>	6. Bethel A; Feinglos M; Fleingos A; Lane J, Barkauskas. Diabetes on a Cardiovascular Ward: Adherence to Current Recommendations. Southern Medical Journal, Volumen 97, N° 11; pag: 1031-1037
<b>INSTITUCION</b>	Duke University Medical Center, and Duke University School of Medicine, Durham.
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Diabetes mellitus, hemoglobin A1c, standards of care. Diabetes mellitus, la hemoglobina A1c, normas de atención.
<b>TEMA CENTRAL</b>	Este estudio describe un grupo de pacientes con diabetes que fueron ingresados en un servicio de cardiología en un centro médico académico.
<b>OBJETIVOS</b>	Determinar el nivel de adherencia a la práctica de las directrices de los pacientes con diabetes que ingresan en un



<b>Explícitos e Implícitos</b>	servicio de hospitalización cardiovascular en un importante centro médico académico.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	Mejorando la diabetes y el control de la presión arterial disminuye la incidencia y progresión de la enfermedad microvascular. Del mismo modo, la detección de complicaciones microvasculares es beneficiosa en la detección precoz y el tratamiento de estos trastornos. Sin embargo, la adherencia en la práctica las directrices para el cribado y el tratamiento en pacientes con diabetes no es el óptimo.
<b>DISEÑO</b>	Estudio descriptivo
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Los pacientes fueron reclutados del 17 de marzo de 2003, al 21 de abril de 2003. De los 613 pacientes inicialmente seleccionados para la elegibilidad de los estudios, 185 (30%) tenían diabetes; 100 pacientes consecutivos con diabetes que dieron su consentimiento se incluyeron en el análisis.
<b>INSTRUMENTOS</b>	Entrevistas y revisión de historias clínicas (para obtener datos demográficos, incluyendo la edad, estatura, peso, origen étnico, sexo, nivel de educación, y la duración de la diabetes, medicamentos)
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Después de obtener consentimiento informado, los pacientes fueron entrevistados y se revisaron las historias clínicas para obtener datos demográficos, como edad, altura, peso, origen étnico, sexo, nivel de educación, y la duración de la diabetes. También se les pidió a los pacientes identificar al médico responsable de su cuidado de la diabetes y que indique si se efectúa una monitorización de glucosa en casa. A los pacientes se les preguntó si tenían una historia personal, o había recibido tratamiento para la retinopatía diabética, nefropatía o la neuropatía. Se utiliza el informe de revisión de historias clínicas del paciente para determinar si había recibido un examen ocular dilatado el plazo de 1 año, si el paciente tenía algunas parestesias dolorosas en las extremidades o tenían antecedentes de úlcera en el pie o la amputación, y si el paciente tenía alguna enfermedad renal documentada.

	<p>Aunque los datos que documentan los síntomas clínicos de insuficiencia cardíaca no han sido recogidos, la fracción de eyección (FE) se recoge cuando esté disponible. A efectos de análisis de datos, un FAN &lt;35% fue utilizado como un marcador indirecto de la insuficiencia cardíaca congestiva. Por último, se utiliza el informe del paciente y la revisión de la carta para compilar una lista de los medicamentos actuales, tanto al ingreso y salida del hospital.</p>
<p><b>ANALISIS DE DATOS</b></p>	<p>Las estadísticas descriptivas como media, desviación estándar (DE), mediana, rango intercuartílico (RIC), las frecuencias, proporciones, y muestra gráficos se calcularon con el uso del software SAS Enterprise Guide (versión 2.05.89, SAS Institute Inc., Cary, NC) .Todas las variables fueron examinados por la inspección visual del histograma de cada variable para determinar si los supuestos de distribución paramétricos eran válidos. La media y SD son reportados por todas las variables continuas. Cuando los supuestos paramétricos de distribución no eran válidos, también se informó de comparación entre la mediana y RIC. Las frecuencias de las variables que faltan se han observado en todas las variables reportadas. Los datos faltantes no fueron incluidos en el análisis. En este caso, se calculo un intervalo de confianza del 95% para las variables continuas como una medida adicional de la difusión de los datos.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<p>Se mencionan las características demográficas de esta población de pacientes: Noventa pacientes (89%) tenían diabetes tipo 2, mientras que ocho pacientes (8%) tenían diabetes tipo 1, según lo determinado por el propio informe y revisión de la carta. El tipo de diabetes no se pudo determinar en tres pacientes (3%). 85 los pacientes tenían antecedentes familiares de diabetes (84%). Quince pacientes (15%) no tenían antecedentes familiares de diabetes, mientras que una paciente fue adoptada y no sabía si tenía una historia familiar de diabetes. La duración media de la diabetes fue de 11 - 9 años.</p> <p>Las preguntas del estudio sobre la nefropatía parecen indicar que esta fue la complicación microvascular sobre la que los pacientes eran los menos educados. Aunque 28</p>

pacientes sabían que tenían enfermedad renal, con 31 se realizó un diagnóstico de las enfermedades crónicas de insuficiencia renal, y 12 habían documentado la proteinuria. Más de la mitad de los pacientes no tenían evaluación documentada de la función renal que no sea una creatinina sérica, y muy pocos tenían un nivel de microalbuminuria documentada en los 3 meses antes de la hospitalización. Esto no sólo es motivo de preocupación desde el punto de vista del mantenimiento de la salud, pero la microalbuminuria ha demostrado ser un factor de riesgo independiente para eventos cardiovasculares y por todas las causas de muerte en pacientes con y sin diabetes. Por lo tanto, es particularmente importante saber si la microalbuminuria está presente en esta población de pacientes.

Retinopatía. 60 pacientes (69%) habían tenido un examen de ojos en el último año. Entre los que tenían examen de ojos, 48 (69%) no tenían antecedentes de la retinopatía. 22 pacientes (31%) tenían retinopatía, 16 (23%) había requerido terapia con láser en el pasado. Neuropatía. 45 pacientes presentaban síntomas de neuropatía. Sólo 15 pacientes habían recibido algún tratamiento farmacológico para la neuropatía (medicamentos sin especificar).

28 pacientes (28%) tenía antecedentes de insuficiencia renal enfermedad relacionada con su diabetes. 67 pacientes (66%) informó que no tenían nefropatía, y seis pacientes (6%) no estaban seguros. Treinta y un pacientes (31%) tenían diagnóstico de insuficiencia renal crónica, y un paciente estaba en fase terminal de la enfermedad renal.

En nuestra población de estudio de pacientes con diabetes mal controlada en alto riesgo de complicaciones cardiovasculares, el 18% de los pacientes no comprobó la glucosa en sangre en su casa, 44 (44%) consultar más de una vez, 22 (22%) control una vez al día y el 17% sólo de vez en cuando hizo el seguimiento. Del mismo modo, casi el 20% de los pacientes (n =19) no tenía ni una HbA1c ni un perfil de lípidos documentado en los 3 meses antes de la

	<p>admisión o durante el momento de su hospitalización.</p> <p>En cuando los lípidos, el 85 pacientes tenían resultados de hiperlipidemia, pero sólo 63 pacientes estaban tomando estatinas al ingreso.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Este estudio está limitado por una serie de factores. Un sesgo de referencia es casi seguro que se presente, dado el Duke University Medical Center es un hospital de tercer nivel. Es probable que la población de este estudio presente un sesgo en la tasa de ingreso, por el que los pacientes con diabetes son más propensos que aquellos sin diabetes para ser admitido en el hospital para la evaluación del dolor en el pecho. Del mismo modo, parece plausible que los pacientes ingresados pueden tener una enfermedad más grave, tanto la diabetes y cardiovasculares, que los pacientes tratados de forma ambulatoria. La dirección de este sesgo no es del todo clara; estos pacientes pueden haber tenido una estancia hospitalaria más corta, lo que implica una enfermedad menos grave, o pueden haber estado recibiendo más evaluaciones de hospitalización. Por lo tanto, pueden haber sido más gravemente enfermos que los pacientes reclutados en el estudio. Por último, puede haber un componente de sesgo de memoria limitada. No todos los pacientes en esta muestra habían recibido atención previa de la Duke University Hospital. Para los pacientes, el estudio fue dependiente de los registros gráficos que otra institución envió con el paciente y el recogimiento propio de la paciente de las pruebas de detección y el diagnóstico documentado.</p>
<b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b>	<p>JC Javitt, LP Aiello. Coste-efectividad de la detección y tratamiento de diabetes para evitar la retinopatía. Ann Intern Med 1996; 124:164 -169</p> <p>Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Asociación de la glucemia con microvasculares y macrovasculares de la diabetes tipo 2 (en el Reino Unido PDS 35): Estudio prospectivo observacional. BMJ 2000; 321:405 - 412</p>
<b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b>	<p>Este artículo demuestra la importancia de la adherencia para disminuir los índices de morbi-mortalidad en pacientes</p>

	<p>que padecen diabetes, se resalta los efectos de este comportamiento para mejorar la calidad de vida de estas personas.</p> <p>Es importante que un paciente con una enfermedad como la diabetes adopte medidas de control de la salud como: registro de glicemia, control de lípidos (obesidad) y de la tensión arterial, realización de: examen periódico de ojos, pruebas de función renal, hemoglobina glucosilada. El reciente reconocimiento de la importancia del control de la glucosa en los pacientes hospitalizados ha llevado a muchas instituciones a desarrollar protocolos para el tratamiento agudo de la diabetes</p> <p>Por medio de la revisión de este artículo se pudo evidenciar la falta de adherencia a la terapéutica por parte de pacientes con diabetes, lo que representa un alto riesgo de complicaciones en salud especialmente para este tipo de pacientes quienes pueden desarrollar enfermedades cardiovasculares letales. Es preocupante observar que de 101 pacientes solo 18 pacientes mantengan un control de su glucosa el cual es uno de los cuidados mínimos de personas con diabetes.</p>
--	--

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> (Según normas Vancouver)	7. Wen Wen Li, Stewart A; EdD S; Sivarajan E. Factores culturales asociados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los inmigrantes chinos. Journal of Cardiovascular Nursing Vol.21, No.5, pp 354 y 362 x B 2006.
<b>INSTITUCION</b>	Universidad de California en San Francisco
<b>PALABRAS CLAVE</b>	La medicina china, las culturas, la hipertensión, la adherencia al tratamiento.
<b>TEMA CENTRAL</b>	Adherencia al tratamiento en los inmigrantes chinos
<b>OBJETIVOS</b> Explícitos e	El propósito de este estudio fue caracterizar los inmigrantes chinos con hipertensión y examinar cuales factores culturales están asociados con adherencia a la medicación.

<b>Implícitos</b>	
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio descriptivo transversal
<b>CONCEPTOS</b>	<p>Inmigrantes chinos, o personas de origen chino que han inmigrado a los Estados Unidos, constituyen la mayor proporción (25%) de los estadounidenses de origen asiático.</p> <p>En este artículo, los factores culturales hacen referencia a percepciones de la salud relacionados con la hipertensión y su tratamiento, apoyo social y los factores demográficos. La adherencia al tratamiento se define como tomar por lo menos 80% de los medicamentos prescritos para tratamiento Occidental de la hipertensión</p> <p>Susceptibilidad a las enfermedades específicas se define como la percepción de experimentar un riesgo de complicación (es decir, un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, enfermedad renal, cáncer) de hipertensión no controlada.</p> <p>La susceptibilidad percibida en general se define como la percepción del impacto de la hipertensión en la vida personal, se centra en la comprensión de la amenaza global de la hipertensión no controlada.</p> <p>Beneficios percibidos de las hierbas chinas en general se define como la percepción de las propiedades beneficiosas de las hierbas de los chinos. Los beneficios percibidos de Medicamentos occidentales para la hipertensión se definen como los beneficios percibidos de medicamentos antihipertensivos.</p> <p>Apoyo Social se define como la percepción de apoyo para los servicios de salud obtenidos de la familia y / o amigos. Esta escala mide las relaciones sociales que un individuo percibe ayuda a sí mismo de obtener atención médica.</p>
<b>DISEÑO</b>	Descriptivo transversal

<p><b>POBLACION</b></p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p><b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b></p>	<p>Una muestra de conveniencia de 200 inmigrantes chinos con hipertensión fueron reclutados. Criterios de inclusión fueron: (1) ser un inmigrante chino (etnia china nacidos fuera de Estados Unidos) 18 años o más; (2) con un diagnóstico de hipertensión (confirmado por historia clínica), (3) recoger sus antihipertensivo medicamentos para más de 1 mes antes del estudio inscripción, y (4) ser capaz de hablar y leer El chino mandarín. Los criterios de exclusión fueron ser médicamente inestables (insuficiencia renal aguda, por ejemplo) y tener problemas psiquiátricos concomitantes (por ejemplo, esquizofrenia). Los sujetos tenían edades comprendidas entre 39 a 91 años (media 70.6).</p>
<p><b>INSTRUMENTOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuestionarios de auto-informe y las mediciones de presión arterial.</li> <li>-Susceptibilidad Percibida específicas para Enfermedades</li> <li>-Beneficios Percibidos de las Hierbas Chinas en General</li> <li>-Beneficios Percibida de los Medicamentos Occidentales para el tratamiento de La hipertensión</li> <li>-Apoyo Social Relacionados con la Salud</li> <li>-Sociales Apoyo en General</li> <li>-Escala de adhesión a los Medicamentos.</li> </ul>
<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p>	<p>El primer estudio piloto incluyó entrevistas individuales en profundidad con 5 personas y un grupo de enfoque, de 5 de los participantes a explorar las percepciones de los inmigrantes chinos de la hipertensión y su tratamiento y apoyo social relacionados con la adherencia a la medicación (n = 10). 23 Los resultados del estudio piloto informó a la de dominio y las áreas de contenido para la medición de los factores culturales. La mayor parte de las medidas en este estudio, desarrollado por estos investigadores, fueron probados previamente con otros 5 hipertensos chinos inmigrantes de adecuación del contenido, texto y opciones de respuesta en un estudio de segundo piloto. Los beneficios percibidos de Western Medicamentos para la hipertensión se definen como beneficio percibido del oeste de medicamentos antihipertensivos. Relacionados con la salud de Apoyo Social se define como la percepción de apoyo para los servicios de salud obtenidos de la familia y / o amigos. Esta escala mide las relaciones sociales que un individuo percibe ayuda a sí</p>

	mismo de obtener atención médica
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	No aplica
<b>RESULTADOS</b>	<p>La edad media fue de 71 años. La mitad eran hombres (50%). La mayoría estaban casados (70%), y reportó un ingreso familiar anual de \$ 20.000 (71%) y una longitud media de la estancia en los Estados Unidos de 13 años. La adherencia al tratamiento se informó en un 75%, aunque sólo el 51% tenían controlada la hipertensión. Cuatro de los ocho factores culturales fueron estadísticamente predictores significativos del incumplimiento medicamentos: menor de percepción susceptibilidad; mayor beneficio percibido de las hierbas chinas; menor percepción del beneficio de medicamentos para la hipertensión Occidental; y una mayor duración de la estancia en los Estados Unidos</p> <p>La mitad eran hombres (50,0%) y la mitad tenía menos de una educación secundaria (50,0%). La mayoría estaban casados (70,0%), se retiró (74,5%), y que viven con familiares o amigos cercanos (86,5%). El ingreso anual promedio por familia fue de los \$ 10.000 Y\$19.999. La duración media de permanecer en los Estados Unidos fue de 13 años.</p> <p>La hipertensión se controló en aproximadamente en la mitad (51%) de la muestra, 74,5% fueron conformes con medicamentos antihipertensivos. Alrededor de un tercio (34%) utilizaron otros tratamientos (por ejemplo, la modificación de estilo de vida) para hipertensión arterial. Más de la mitad (60,5%) utilizaban medicamentos occidentales para tratar otras enfermedades.</p> <p>Relativamente pocos (9,5%) habían utilizado las hierbas chinas el tratamiento de la HTA, pero muchos (43%) habían usado ellos por otros motivos (por ejemplo, tos, promoción de la salud). Alrededor de un tercio (32%) se encuentra de visita o ha tenido visita de la medicina profesionales chinos. Cuatro de las ocho variables introducidas en el análisis múltiple de regresión logística fueron estadísticamente significativos</p>



	<p>predictores del incumplimiento medicamentos: parte inferior de susceptibilidad percibida, en general, [OR = 3,77 (IC del 95%)</p> <p>Utilizar otros tratamientos (por ejemplo, la modificación de estilo de vida) para la hipertensión. Más de la mitad (60,5%) habían usado medicamentos occidentales para tratar otras enfermedades de la hipertensión. Relativamente pocos (9,5%) habían utilizado las hierbas chinas para el tratamiento de la HTA, pero muchos (43%) habían utilizado por otros motivos (por ejemplo, tos, promoción de la salud). Alrededor de un tercio (32%) se encuentra de visita o ha visitado los profesionales de la medicina china. Cuatro de las ocho variables introducidas en el análisis de regresión logística múltiple fueron estadísticamente predictores significativos de incumplimiento medicamento: menor susceptibilidad percibida, en general.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Cuatro factores culturales asociados con la falta de adherencia medicamentos, como la reducción de la susceptibilidad percibida, en general, el aumento de los beneficios percibidos de las hierbas chinas, menores beneficios percibidos de los medicamentos occidentales para la hipertensión, y mayor duración de la estancia en el país emigraron. Este modelo preliminar pruebas las necesidades en otras comunidades chinas, proporciona una orientación preliminar para los médicos en los Estados Unidos y otros países. El establecimiento de un modelo culturalmente sensible para adherencia a la medicación ayudará a los médicos identificar quién está en riesgo de incumplimiento de medicamentos y, posteriormente, que podrían beneficiarse más de intervenciones individualizadas para mejorar la adherencia. Estos hallazgos también pueden guiar las intervenciones de enfermería culturalmente apropiados para el manejo de la hipertensión en los inmigrantes chinos.</p> <p>En tercer lugar, es posible que los inmigrantes chinos sobrestimaron su adherencia a la medicación porque tenían miedo de ser estigmatizado como un "mal" paciente debido a la falta de adherencia. Además de otros factores la adherencia a la medicación puede influir en el control de la</p>

	<p>hipertensión arterial (por ejemplo, el tratamiento de la hipertensión no han sido óptimas). Dada la complejidad de la cuestión, se necesita más investigación sobre este tema. Casi todos los inmigrantes chinos prefirieron usar para comunicarse con sus médicos. Los inmigrantes chinos viven en la comunidad china en los que no utilizar el Inglés para comunicarse y no llegar al mundo más allá de su comunidad. Por lo tanto, sólo acuden a clínicas donde los profesionales de la salud pueden hablar su idioma. Esta situación podría ser aún más a un problema en China las mujeres inmigrantes, ya que tienden a ser menos educados y tienen más barreras que los hombres. Es evidente que, más profesionales de la salud bilingües y biculturales son necesarios para esta población, especialmente para las mujeres inmigrantes chinos.</p> <p>El apoyo social no se asoció con adherencia a la medicación. Este resultado difiere de las de los investigadores anteriores, que han encontrado una asociación significativa entre el apoyo social y adherencia a la medicación en la población general de EE.UU.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b> sugerida</p>	<p>Lipson JG, Meleis AI. Research with immigrants and refugees. In: Hinshaw AS, Feetham SL, Shaver JLF eds. Handbook of Clinical Nursing Research. Thousand Oaks, Calif: Sage Publication; 1999.</p> <p>Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. Am J Public Health. 1992; 82(12):1607 y 1612.</p> <p>Nelson EC, Stason WB, Neutra RR, Solomon HS. Identification of the noncompliant hypertensive patient. Prev Med. 1980;9(4):504 y 516</p>
<p><b>ANALISIS O</b> <b>NOTA PERSONAL</b></p>	<p>En este artículo se destacaron cuatro factores culturales en una población china con hipertensión arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Susceptibilidad a las enfermedades específica y en general</li> <li>Percepción de las Hierbas Chinas en General</li> <li>Percepción de los Medicamentos Occidentales</li> <li>Mayor estancia en el país donde migraron</li> </ul> <p>Encontrándose que: influyen negativamente en la adherencia</p>

terapéutica aspectos como; percibir mayor beneficio de las hierbas chinas y menos efectos adversos usando estas, menor percepción del beneficio de los medicamentos occidentales para la hipertensión, menor percepción de susceptibilidad a experimentar complicaciones que les haya hecho sentir vulnerables, poca educación especialmente para manejar el idioma (ingles) para lo cual se observo mayor deficiencia en las mujeres chinas quienes tenían menores niveles de educación que los hombres.

En cuanto a la percepción de que las hierbas chinas tienen menos efectos adversos, se sugiere en el artículo investigar la utilización de estas, puesto que no hay reportes de eventos adversos que puedan generar la utilización de dichas hierbas, además conviene también conocer las razones para que los chinos consideren un medicamento occidental como “poco benéfico” ya que de esto depende el grado de cumplimiento del régimen terapéutico en otro país por el momento el seguimiento frecuente y cuidadoso de los efectos secundarios de los medicamentos para la hipertensión y el ajuste de la dosis para aumentar su eficacia en la reducción de la presión arterial son una prioridad importante para los proveedores que directamente influirá en la adherencia al medicamento.

Algunos de los aspectos que se observaron en el presente estudio y que favorecen la adherencia al tratamiento fueron: tener una estancia mayor en el país migrado Una explicación podría ser que la mayoría de los inmigrantes llegaron a Estados Unidos a una edad mayor con su propio estilo de vida y hábitos firmemente establecidos, creer que la hipertensión a tenido una influencia en su vida personal (susceptibilidad percibida en general), mayor educación sobre la importancia de la adherencia a la medicación. Cabe resaltar que la el apoyo social en esta población no demostró influir de ninguna manera en la adherencia terapéutica como si lo muestran otros estudios.

Educar a los pacientes sobre medicamentos para la hipertensión y el refuerzo de la importancia de detectar síntomas y signos de complicación puede aumentar la

	<p>adherencia a la medicación en los inmigrantes chinos. Por otro lado los chinos que tuvieron una estancia mayor en Estados Unidos tienden a ser más adherentes a los medicamentos occidentales. Una explicación podría ser que la mayoría de los inmigrantes “nuevos” llegaron a Estados Unidos a una edad mayor con su propio estilo de vida y hábitos firmemente establecidos.</p> <p>El porcentaje de adherencia a la medicación (74,5%) en esta muestra fue mayor de lo esperado. Sin embargo, sólo el 51% tenían hipertensión controlada.</p>
--	--

### FICHA BIBLIOGRÁFICA PARA REVISION DE ARTICULOS

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> Según normas Vancouver	1. Arcega-Domínguez A, Celada-Ramírez NA, Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro, 2008 Nov-Dec; Vol. 46 (6), pp. 685-90
<b>INSTITUCION</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Puebla, México
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Educación médica, Diabetes mellitus
<b>TEMA CENTRAL</b>	Impacto de la educación participativa versus educación tradicional
<b>OBJETIVOS</b> Explícitos e Implícitos	Comparar el impacto de la educación participativa (EP) y la educación tradicional (ET) en el conocimiento, la adherencia al tratamiento y control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cuantitativo
<b>CONCEPTOS</b>	No presenta
<b>DISEÑO</b>	cuasi experimental
<b>POBLACION</b>	Se eligieron hombres y mujeres de 20 a 60 años con diabetes mellitus tipo 2, que durante el periodo de enero a

<p><b>MUESTRA</b></p> <p><b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b></p>	<p>diciembre de 2004 habían sido enviados al servicio de trabajo social por su médico familiar para integrar grupos de ayuda y que aceptaron participar en el estudio, obteniendo una muestra por conveniencia de 202, de un total de 3600 registrados en la Unidad de Medicina Familiar 2 de Puebla.</p>
<p><b>INSTRUMENTOS</b></p>	<p>Se realizó una medición antes y después de la intervención para evaluar conocimiento de la enfermedad y apego al tratamiento con el Cuestionario de Apego Terapéutico y Conocimiento de la Diabetes del Instituto Nacional de Nutrición. Este cuestionario consta de 27 preguntas, agrupadas en dos subescalas: conocimiento de la enfermedad y apego al tratamiento. La calidad de vida se definió como la percepción que el paciente tiene de su propia vida y se midió con el instrumento para la Evaluación Subjetiva de la Calidad de Vida del Hospital Universitario de Puebla,<sup>13,14</sup> que se ha empleado para pacientes con cáncer y que consta de cuatro preguntas con seis posibles respuestas (anexo); la respuesta que indica una apreciación más favorable es calificada con 6 y la de apreciación más desfavorable es calificada con 1.</p>
<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p>	<p>Los pacientes se asignaron de manera aleatoria simple por cuotas a dos grupos: el grupo experimental de EP (cuatro grupos de 20 y uno de 21 pacientes hasta alcanzar una muestra de 101) y el grupo control de ET (tres grupos de 25 y uno de 26 pacientes, para una muestra de 101). El contenido temático fue el mismo para ambos e incluyó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Información básica sobre diabetes (epidemiología, definición, anatomía, fisiología).</li> <li>b) Complicaciones agudas y crónicas (retinopatía, nefropatía, neuropatía, infarto agudo del miocardio, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia vascular periférica).</li> <li>c) Tratamiento (dietético, ejercicio, hipoglucemiantes e insulina).</li> <li>d) Automonitoreo.</li> <li>e) Apoyo familiar.</li> </ul>

	<p>Los cuatro grupos acudieron a una sesión semanal de dos horas cada una, en seis ocasiones. La estrategia EP tomó en cuenta la experiencia que cada paciente tenía de vivir con la enfermedad, involucrando así a las personas como generadoras de su propio aprendizaje para que las experiencias educativas estuvieran cercanas a la realidad y a su vida cotidiana, logrando percibir los riesgos y condiciones de su entorno, complementado con el análisis crítico del material de información y relacionándolo con sus necesidades personales (socioeconómicas y culturales). Los tres grupos acudieron a cuatro sesiones de dos horas cada una. Las sesiones fueron de tipo informativo, realizadas por la trabajadora social en forma de conferencia y demostraciones con apoyos audiovisuales como diapositivas, carteles, rotafolios, con un tiempo para preguntas y respuestas al final de cada sesión.</p>
<p><b>ANALISIS DE DATOS</b></p>	
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<p>Participaron 202 pacientes, 101 en el grupo control (ET) y 101 en el grupo experimental (EP). Las características demográficas, de escolaridad, ocupación y tiempo de evolución de la enfermedad fueron similares en ambos grupos. El tipo de tratamiento más empleado en ambos grupos fue el de hipoglucemiantes orales y dieta en 54.46 % del grupo ET y 51.48 % del grupo EP, y el de insulina y dieta en 15.84 y 20.80 %, respectivamente. Ambos grupos de estudio presentaban algún tipo de complicación en 26.3 %, las más frecuentes fueron la neuropatía (12.8 %) y la retinopatía (8.9 %). Los dos grupos al inicio de la intervención fueron estadísticamente similares (<math>p &gt; 0.05</math>), con excepción de la calidad de vida en la que las calificaciones fueron mayores en el grupo control. En el de EP se observaron incrementos significativos en las calificaciones de conocimiento (4.05 puntos), adherencia al tratamiento (0.71 puntos) y calidad de vida (10.5 puntos), <math>p = 0.0001</math>. En el grupo de ET los cambios en las mismas variables no fueron estadísticamente significativas (<math>p &gt;</math></p>

	<p>0.05). Los dos grupos presentaron una disminución en el promedio de las últimas cuatro cifras de glucosa plasmática en ayuno, sin embargo, el grupo de EP tuvo un mejor control de la enfermedad, con una reducción de 46.5 mg/dL, superior a 16.68 mg/dL del grupo con ET (<math>p = 0.0001</math>) (cuadro II). El grupo EP tuvo cambios importantes en los niveles de control, con un ascenso en el número de pacientes con buen y regular control (25.8 y 7.9 %, respectivamente), y un descenso en el grupo de pacientes con mal control (33.7 %) (cuadro III).</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Podemos afirmar que cuando el paciente acude voluntariamente a una capacitación sobre su padecimiento, tiene interés en modificar su conducta y por ese hecho mejorar sus calificaciones e incluso obtener un mejor control de la enfermedad, independientemente de la forma o tipo de información que se le haga llegar, como se reporta en diferentes trabajos. El efecto positivo que la educación participativa tiene en el control de una enfermedad como la hipertensión arterial se demostró en el trabajo de Peredo-Rosado, sin embargo, los resultados no pueden ser concluyentes ya que no permiten ser comparados con otra estrategia educativa. En el presente trabajo se midieron los alcances de dos estrategias educativas sobre el nivel de conocimiento, adherencia al tratamiento, control de la enfermedad y la percepción de la calidad de vida de los pacientes. En esta investigación se demuestra que la educación participativa tiene un impacto superior comparada con la educación tradicional. Con los resultados obtenidos se puede inferir que una estrategia educativa promotora de la participación que permite al paciente-alumno la elaboración de su propio conocimiento, partiendo de la reflexión de su experiencia de vida, y que toma en cuenta aspectos socioculturales que tienen que ver con la toma de decisiones en los hábitos y estilos de vida, tiene mejor impacto que una estrategia educativa pasiva que no impulsa la reflexión y fomenta el consumo de información sin un vínculo con la cultura de la enfermedad.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA</b></p>	<p>Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and</p>

<b>sugerida</b>	<p>projections for 2030. Diabetes Care 2004;27(5):1047-1053.</p> <p>Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo II.</p> <p>La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.</p> <p>Secretaría de Salud. Morbilidad, 2000. México:Secretaría de Salud; 2003. p. 25-51.</p>
<b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b>	<p>La educación desempeña un papel importante ya que lo que se quiere es propiciar el autocuidado, y por esto es indispensable incorporar a la educación como parte de la prevención, tratamiento y control de esta enfermedad. Un aspecto importante a tener en cuenta es que el paciente debe ser informado acerca de los aspectos básicos de la diabetes y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención, complicaciones y la necesidad de adherencia al tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida pero para ello se hace necesario tomar en cuenta las experiencias vividas por los pacientes acerca de su enfermedad y el entorno sociocultural que lo rodea con el fin de generar una buena atención y así permitir que el paciente se adhiera mejor al tratamiento.</p>

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> <b>Según normas Vancouver</b>	<p>2. Mato Y; Libertad A; Vea H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos Revista Cubana de Medicina General Integral, ene-mar2007, Vol. 23 Issue 1, p1-8, 8p</p>
<b>INSTITUCION</b>	<p>Rev Cubana Med Gen Integr 2007;23(1)</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	<p>Adherencia terapéutica, cumplimiento del tratamiento, comportamientos saludables, factores psicosociales.</p>
<b>TEMA CENTRAL</b>	



<b>OBJETIVOS</b>  <b>Explícitos e Implícitos</b>	Identificar los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en 13 consultorios del Médico de Familia del Policlínico Docente “Edor de los Reyes Martínez”, del municipio de Jiguaní, en la provincia Granma
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cualitativo
<b>CONCEPTOS</b>	<p>adherencia terapéutica: “una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado”</p> <p>El concepto de adherencia hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud.</p>
<b>DISEÑO</b>	descriptivo, de corte transversal
<b>POBLACION</b>  <b>MUESTRA</b>  <b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Para la conformación de la población objeto de investigación se tomaron en cuenta los criterios siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con hipertensión arterial esencial.</li> <li>• Pacientes mayores de 20 años.</li> <li>• Que se puedan valer por sí mismos.</li> <li>• Que estén en el área de salud en el momento de aplicar el instrumento.</li> <li>• Que no tengan problemas físicos o trastornos psiquiátricos que les imposibiliten contestar el cuestionario.</li> <li>• Que deseen colaborar con la investigación.</li> </ul>
<b>INSTRUMENTOS</b>	La información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario elaborado.

<b>PROCEDIMIENTO</b>	Para la recogida de la información se confeccionó un instrumento que indaga sobre los datos generales del paciente y los criterios acerca de los factores determinantes de una adherencia total, parcial, o de la no adherencia al tratamiento médico. El cuestionario se aplicó en la casa de los pacientes y en el consultorio, y la información recogida se llevó a una base de datos para su procesamiento, que se resumió posteriormente en tablas estadísticas. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y el análisis tradicional de tablas de contingencia, a través de la prueba de independencia, con la finalidad de encontrar asociación entre la adherencia y un conjunto de variables seleccionadas.
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	La información se analizó por medio de una base de datos
<b>RESULTADOS</b>	Se observan las creencias acerca del tratamiento como barrera o beneficio asociado de manera significativa con la adherencia terapéutica; es decir, la creencia de que el tratamiento es una necesidad para sentirse mejor, y considerar que las indicaciones médicas constituyen una modificación de conducta imprescindible para sentirse bien. La necesidad de experimentar el bienestar subjetivo, subyace en las creencias que se asocian a la adherencia terapéutica. Si bien es difícil cambiar costumbres y actividades nocivas en el estilo de vida de una persona, los resultados apuntan a que una parte importante de las personas estudiadas, advierten la importancia de asumir comportamientos saludables, en relación con la terapéutica prescrita u orientada por los facultativos. Se observan los conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento asociados a la adherencia terapéutica. Los pacientes tienen conocimientos acerca del carácter crónico que tiene la enfermedad, y de que su control se logra no solo con medicamentos sino con el cumplimiento, además, de medidas dietéticas e higiénicas. Los pacientes se sienten capaces de llevar a cabo el tratamiento, es decir, consideran que es algo posible de realizar, y que pueden modificar sus hábitos de vida en correspondencia con lo que indican sus médicos. En la adherencia terapéutica tiene un

	<p>alto significado el apoyo que recibe el paciente de familiares y amigos; esto puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, y animar al enfermo a mantener el régimen médico.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Es importante explorar y reforzar un buen uso del tratamiento antidepresivo en todos los dispositivos asistenciales y estar seguro de que este tipo de tratamiento es necesario si la indicación no está clara. Las creencias de los pacientes acerca del tratamiento como un beneficio para su salud son relevantes para lograr tener una buena adherencia al tratamiento. Es importante el criterio subjetivo de que los esfuerzos que realice para cumplir el tratamiento valen la pena, o sea, que son necesarios, con tal de evitar dolencias que lo amenazan y poder sentirse bien. Es necesario también valorar sus fortalezas personales y la tendencia a evaluar las dificultades como reto y no como amenaza.</p>
<b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b>	<p>Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública. 2004; 30(4).</p> <p>Ferrer Pérez V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. Journal of Health Pshychology. 1995; 7(1).</p>
<b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b>	<p>Tomando como significado que la adherencia terapéutica es una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, se puede deducir que un punto a tener en cuenta son las creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento como beneficio para su salud, los conocimientos la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento e identificar las redes de apoyo social con las que cuenta ya que estas se asocian a la adherencia terapéutica.</p>

<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA (Según normas Vancouver)</b>	3. Hughes CM, Drugs & Aging [Drugs Aging], Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? 2004; Vol. 21 (12), pp. 793-811.
<b>INSTITUCION</b>	School of Pharmacy, Queen's University Belfast, Belfast, Northern Ireland
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Los términos clave de búsqueda (y sus combinaciones) se 'adhesión', evaluar cumplimiento "," concordancia "," ancianos "," personas mayores "," medicina "," incumplimiento "," no adhesión "," intencional / no-incumplimiento intencionado / Benon- la adhesión "," drogas perdón "y" non-compliance/non-adherence inteligente ".
<b>TEMA CENTRAL</b>	Que tan grande es el problema de la no adherencia
<b>OBJETIVOS Explícitos e Implícitos</b>	No se encuentra
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión de literatura
<b>CONCEPTOS</b>	<p>Concordancia que se ha descrito como una alianza terapéutica entre el paciente y el profesional de la salud.</p> <p>Buena adherencia debe ser visto como un medio para lograr un resultado terapéutico satisfactorio y no como un fin en sí mismo.</p> <p>«Cumplimiento» ha sido definida como "la medida en que el comportamiento de una persona (en términos de tomar medicamentos, a raíz de las dietas, o la ejecución de cambios en el estilo de vida) coincide con el consejo médico o de salud" adherencia "es considerado como un término más aceptable, ya que reconoce la autonomía del paciente y requiere de su consentimiento a las recomendaciones dadas por el profesional de la salud</p>
<b>DISEÑO</b>	Revisión de literatura

<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	ancianos (convencionalmente se define como más de 65 años de edad)
<b>INSTRUMENTOS</b>	Base de datos MEDLINE, web o Science, publicaciones, internet y manual de revistas.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	En este artículo se ha revisado la investigación sobre la adherencia en los ancianos (convencionalmente se define como más de 65 años de edad) a través de una búsqueda exhaustiva de la literatura en MEDLINE, Web of Science, publicasearches International Pharmaceutical Abstracts, Internet y la búsqueda manual de revistas.
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	No aplica
<b>RESULTADOS</b>	No aplica
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Llegaron a la conclusión de que la no adhesión es un subproducto inevitable de la "integración entre el mundo clínico, y otros mundos en competencia de trabajo, el juego, la amistad y la vida familiar". Salzman [12] reportaron una amplia variación en el cumplimiento reportado en los ancianos, que van desde 40% a 75%. La no adherencia se atribuyó al abuso excesivo, el olvido, y la alteración de los horarios y las dosis.</p> <p>Frank [114] propuso que la mejora de la adherencia podría promoverse mediante la aplicación de los principios generales de buena administración de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso de los equipos de tratamiento multidisciplinario</li> <li>• La educación de los pacientes y familiares</li> <li>• La filosofía de concordancia</li> <li>• Presentación y mantenimiento de la atmósfera de la clínica de oficina / que refleja y apoya el espíritu de concordancia.</li> </ul>

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>  sugerida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Haynes RB. Determinants of compliance: the disease and the mechanics in treatment. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. Compliance in health care. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press, 1979: 3-18</li> <li>2. Schaffer SD, Yoon S-JL. Evidence-based methods to enhance medication adherence. Nurse Pract 2001; 26: 50-4</li> <li>3. Haynes RB, Matteson ME, Garrity TF, et al. Management of patient compliance in the treatment of hypertension. Hypertension 1982; 4: 415-23</li> <li>4. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74</li> </ol>
<b>ANÁLISIS O NOTA PERSONAL</b>	<p>. La adherencia depende de la participación del paciente en la toma de decisiones médicas y las decisiones de tratamiento, y para ello el profesional de salud juega un papel importante porque va hacer este el que le brinde las herramientas necesarias como enseñarle la hora indicada para la toma del medicamento, el tiempo necesario para no generar efectos adversos y por ende generar la no adherencia al tratamiento es así como el paciente debe ser incluido en cualquier enfoque para mejorar la adherencia con el fin de que este sea participe de ello.</p>

<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>  Según normas Vancouver	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Chen SL, Tsai JC, Lee WL,], The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan, Journal Of Clinical Nursing [J Clin Nurs 2009 Aug; Vol. 18 (15), pp. 2234-44</li> </ol>
<b>INSTITUCION</b>	Hospital General y la Universidad de Hungkuang (TCVGHK-958.008), Taichung, Taiwán, República de China.
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Adherencia, percepción de la enfermedad, medicamentos, enfermeras, la enfermería, la autogestión
<b>TEMA CENTRAL</b>	La percepción que tiene los pacientes de la no adherencia terapéutica
<b>OBJETIVOS</b>  Explícitos e	Examinar los efectos de predicción de la percepción de la enfermedad en la adherencia a los regímenes terapéuticos

<b>Implícitos</b>	de los pacientes con hipertensión. Evaluar los efectos de la enfermedad las percepciones sobre la adherencia a los medicamentos prescritos y recomendaciones de la autogestión de los pacientes con hipertensión en Taiwán.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Cualitativo
<b>CONCEPTOS</b>	La hipertensión es la tercera causa de muerte en el mundo, causando uno de cada ocho muertes en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud 2003. El mantenimiento de una salud es vivir en armonía con las condiciones sociales y ambientales y alcanzar un equilibrio interior ecológicos (Chen y Swartzman 2001
<b>DISEÑO</b>	corte transversal
<b>POBLACION MUESTRA CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Una muestra de 310 pacientes hipertensos que se encontraran en las clínicas cardiovasculares de los hospitales en el centro de Taiwan. Los pacientes que cumplieron los criterios se les invitó a participar en el estudio: (1) mayores de 18 años y ancianos, (2) con un diagnóstico de la hipertensión esencial confirmado por un médico cardiovascular y (3) haber sido prescrito un antihipertensivo para tratar la enfermedad de al menos tres meses antes del estudio. Criterios de exclusión incluidos aquellos pacientes que eran médicamente inestables como determinado por su médico cardiovascular, con cualquier episodio crítico o agudo, o con un diagnóstico de la secundaria hipertensión o problemas psicológicos.
<b>INSTRUMENTOS</b>	El modelo de autorregulación (SRM) es útil para entender cómo la gente piensa sus enfermedades y cómo establecer el punto de vista subjetivo puede guía de los comportamientos individuales adherente y los resultados de salud. En particular, el modelo reconoce el impacto de la socio-cultural  y los factores ambientales en la formación de creencias de salud del paciente y comportamientos a través de dos procesos paralelos: cognitivas y representaciones emocionales. Cuestionario percepción, El inventario de la

	adhesión
<b>PROCEDIMIENTO</b>	La puntuación de identidad se obtuvo por pedirle a un paciente para votar por 32 síntomas que podrían ser relacionados con la hipertensión mediante la selección de una gama de autónomo, dominios sensoriales y psicosomáticos, así como secundarios efectos de la medicación
<b>ANALISIS DE DATOS</b>	Los datos fueron analizados utilizando SPSS versión 11Æ0 para la ventana (SPSS, Chicago, IL, EE.UU.). Las estadísticas descriptivas fueron utilizadas para caracterizar los datos básicos de la muestra. asociaciones posibles o las diferencias entre las variables independientes y la puntuaciones de la adhesión se analizaron mediante análisis de correlación o una forma de análisis de varianza (ANOVA).
<b>RESULTADOS</b>	<p>Se indica la estabilidad de enfermedad de la variación y la poca respuesta emocional provocada por la enfermedad. La mayoría de los pacientes creían que su enfermedad fue causada psicológicamente y el riesgo de atribuciones de los factores. El análisis encontró que aquellos que no estaban seguros acerca de los síntomas que presentaban después de un diagnóstico de hipertensión tuvieron significativamente puntuaciones más bajas de adherencia.</p> <p>Los resultados del estudio indicaron que después de controlar la influencia de las variables clínicas y demográficas, la percepción de la enfermedad ha tenido una influencia significativa sobre la adherencia a los regimen de antihipertensivos y las recomendaciones de autogestión. Los resultados fueron consistentes con la teoría predicción de la SRM (Leventhal et al. 1998, 2003) y el hallazgos de estudios previos (Patel &amp; Taylor 2002, Ross et al. 2004). Las variables significativas de predicción para la adhesión a medicamentos prescritos y la autogestión en gran medida diferente. Los pacientes que tenían una hiperlipidemia, vivían con sus familias, que se cree que la HTA puede ser curado o controlada.</p>



<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Estudios previos demostraron que los pacientes tienen más probabilidades de estar motivados para adherirse a los medicamentos prescritos, si creen que el tratamiento puede tener efectos beneficiosos para su situación. En los resultados del estudio se encuentran predictores significativos de la adhesión a la medicación prescrita y la autogestión son muy diferente. Parece que los pacientes adoptan el punto de vista de el profesional de la salud cuando se considera la adhesión a medicación, mientras que 'los pacientes estaba vistas de la enfermedad afectan la adhesión a la autogestión. Los profesionales de salud necesitan reconocer las posibles lagunas existentes entre la vista de un profano y el puntos de vista profesional de la enfermedad, al dar médica consejos en los encuentros clínicos. Identificando claramente el papel que desempeña la identidad cultural y atribuciones específicas de la enfermedad en la adherencia a los regímenes terapéuticos de los pacientes con hipertensión. Sin embargo, el sentido de identidad y sus efectos sobre las decisiones de comportamiento de la salud deben ser más aclarados.</p>
<p><b>BIBLIOGRAFÍA sugerida</b></p>	<p>Chang H (1983) Medical behavior and medical system of Taiwanese peasants: an anthropological inquiry (In Chinese). The Taiwan Journal of Anthropology 56, 29–58.</p> <p>Chang H (2000) Illness and Culture: The Folk Medical Anthropology Research Gathers of Taiwanese. Dao Siang Publisher, Taipei, Taiwan.</p> <p>Chen X &amp; Swartzman LC (2001) Health beliefs and experiences in Asian cultures. In Handbook of Cultural Health Psychology (Kazarian SS &amp; Evans DR eds). Academic Press, San Diego, CA,pp. 390–411.</p>
<p><b>ANALISIS O NOTA PERSONAL</b></p>	<p>Se puede evidenciar que hay que tener en cuenta el contexto y las diferentes culturas donde se educa si se quiere generar una buena adherencia al tratamiento para pacientes con HTA, por ejemplo en Taiwán que dependiendo de los factores que generen la enfermedad ellos acuden a diferentes medicinas. Para los chinos, los síntomas y la atribución de la enfermedad son las razones principales para buscar ayuda a los profesionales de la</p>

	<p>salud. En Taiwán se manejan tres sistemas de salud (medicina occidental, tradicional medicina china y la medicina popular de Taiwán) coexisten simultáneamente. El mantenimiento de la salud para ellos es vivir en armonía con las condiciones sociales y ambientales y alcanzar un equilibrio interior. El paciente puede aceptar las recomendaciones de salud y al mismo tiempo adoptar las que funcionan mejor para sus problemas de salud. El estado de salud y la atención se realiza en base a su interpretación de la enfermedad. Por ejemplo, cuando los pacientes perciben el síntoma como agudo, buscarán la ayuda de la medicina occidental. Si las personas atribuyen sus enfermedades a causas externas tales como feng shui (geomancia) o tzu pa (el tiempo específico de su nacimiento), son más propensos a buscar ayuda de la medicina de Taiwán. Por el contrario, se aconseja tomar la medicina tradicional china, si se atribuyen la causa de la enfermedad a un desequilibrio entre lo interno y externo ecológica entornos. teniendo en cuenta las diferentes culturas y aprendiendo de ellas vamos a generar una buena adherencia al tratamiento.</p>
--	--

## 6. RESULTADOS

Se incluyeron para este estudio 24 artículos de cuatro bases de datos incluidas en el catalogo de la Universidad Nacional de Colombia, del total 14 investigaciones fueron de tipo cuantitativo (58.3%); 6 de revisión de literatura (25%); y 4 de tipo cualitativo (16.7%).

El diseño investigativo que prevaleció en los artículos revisados fue el descriptivo, utilizado en 10 de los artículos (41,7%), llama la atención que solamente en 2 de los artículos se desarrollo con un diseño cuasi-experimental y experimentales ninguno.

Se encontraron artículos de Cuba, México, España, Puerto Rico, Estados Unidos, China, Australia y Grecia y algunos artículos se encuentran repetidos en varias bases de datos o se encuentran los mismos artículos pero con diferentes descriptores.

En los artículos se abordaron diferentes enfermedades crónicas siendo la hipertensión arterial la que reporta mayor investigación, esto puede deberse a las innumerables complicaciones que conlleva la enfermedad, siendo este el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares las cuales actualmente representan la primera causa de muerte en el mundo, la temáticas se distribuyeron así:

- ✓ Hipertensión Arterial: 10 artículos (41.7%)
- ✓ Diabetes Mellitus tipo II: 3 artículos (12.5%)
- ✓ Falla cardiaca: 3 artículos (12.5%)
- ✓ Cáncer: 1 articulo (4.1%)
- ✓ Adherencia en paciente crónico: 6 artículos (25%)
- ✓ Conceptos de adherencia: 1 articulo (4.1%)

Se han venido manejando diferentes términos durante años como son la cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia llegando a adoptar el término de adherencia terapéutica como uno de los más indicados ya que permite mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan su salud. A partir de esto se abordan 16 diferentes conceptos de adherencia en los 24 artículos revisados algunos de estos son:

Para la OMS (2003) la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.

Conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.<sup>37</sup>

*DiMatteo y DiNicola* la definió como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”<sup>38</sup>

La adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.<sup>39</sup>

Finalmente se pudo evidenciar que el concepto de adherencia que tiene mayor aceptación es el dado por la OMS en el 2003, quienes mediante una socialización concluyeron que la adherencia requiere la conformidad y por lo tanto no debe limitarse al “grado de cumplimiento” de la terapéutica por parte del paciente.

Para resumir los hallazgos encontrados mediante la revisión sistematizada de los artículos se han clasificado en cuatro componentes principales: factores relacionados con los profesionales de salud, factores relacionados con el paciente, factores ambientales, seguimiento por parte del profesional.

- 1) Factores relacionados con el profesional de salud y el tratamiento: por medio de la revisión de los artículos pudimos conocer las influencias que tiene el personal sanitario en la adherencia y no adherencia terapéutica del paciente, se destacan tres aspectos fundamentales, la educación, la

---

<sup>37</sup> Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30(4).

<sup>38</sup> Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud 1995; 7(1):35-61

<sup>39</sup> Zaldívar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida. 2003. Disponible en: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu), [4 abril 2003].

comunicación y la empatía y con respecto al tratamiento el tipo y dosis de medicamento.

Hay un consenso en cuanto a la importancia de la educación del paciente durante la atención médica; está comprobado que los pacientes que tiene conocimientos amplios y sólidos de su enfermedad, tratamiento y complicaciones son mas adherentes a la terapéutica que aquellos que no tienen un conocimiento previo, sin embargo todavía no se les brinda la información y el tiempo necesario para explicarles y enseñarles todos los aspectos importantes sobre su enfermedad. En muchas de los artículos se hace un llamado a los profesionales de salud para mejorar sus prácticas en cuanto a la educación del paciente, también se hace una reflexión sobre los innumerables beneficios que trae para el paciente y para la salud publica una efectiva educación, los primeros porque desarrollan habilidades en el cuidado de su salud e identificación de signos y síntomas de alarma. Y este ultimo por que logra mejoras en la calidad de atención e influencia positivamente la prevención, promoción y rehabilitación de la salud.

La orientación, la educación de los pacientes, la información por todas las vías posibles incluida la comunicación social en salud, constituye parte imprescindible de la estrategia que puede elevar las tasas de cumplimiento<sup>40</sup>.

Indudablemente la comunicación entre en profesional de salud y el paciente es imprescindible para lograr los objetivos del encuentro, cuando el paciente mantiene una comunicación genera un ambiente de confianza con el profesional lo que hace que se comprometa con el cuidado de su salud, además el paciente tiene la oportunidad y libertad de hacer preguntas y comentar con el personal sanitario las dificultades, miedos e incertidumbres sobre su salud. Nadie más que el paciente reconoce los cambios, sentimientos y manifestaciones de su enfermedad, lo cual es un punto clave para que el profesional logre identificar problemas que debe intervenir. Por otro lado la comunicación es el momento en que el paciente logra identificar los conocimientos del profesional y detectar el grado de credibilidad que le genera este mismo.

En los artículos se puso de manifiesto los efectos positivos para la adherencia terapéutica cuando los pacientes son atendidos por profesionales privados el siguiente apartado explica cual es la razón de este hecho:

La comunicación adecuada se puede lograr únicamente si el médico dedica tiempo para educar a los pacientes sobre la naturaleza de la hipertensión y la importancia del tratamiento de la presión arterial y el

---

<sup>40</sup> Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública, jul-sep2006, Vol. 32 Issue 3, p99-108, 10p

control, esto explica porque los pacientes que consultan su médico privado tienen mejor adherencia<sup>41</sup>.

Por último es importante resalta que mantener una comunicación más frecuente con el paciente aumenta la posibilidad de que este mantenga un buen cuidado de su salud, llevando a cabo todas las recomendaciones medicas, puesto que tiene un control y un seguimiento que lo motiva a comprometerse con dichos cuidados.

Finalmente la empatía fue otro de los aspectos que se tomaron en cuenta casi en la totalidad de los artículos, puesto que se ha observado que cuando el profesional es más comprensivo con la situación del paciente este se siente motivado y apoyado para cuidar de su salud, reconocer al paciente como un ser humano que piensa, siente y conoce sobre su enfermedad, genera una actitud de cooperación en el paciente dado que es comprendido y tenido en cuenta por el profesional que le brinda atención disminuyendo así “choques culturales” que en muchas ocasiones se presentan en este binomio.

Con respecto al tratamiento se evidenció que la adherencia disminuye cuando un paciente debe tomar muchos medicamentos, ya que se puede presentar cansancio u olvido en la toma de alguno de ellos, en otros casos se percibe que el paciente abandona el tratamiento porque presenta efectos adversos y observa pocos beneficios con la toma de sus medicamentos. El tipo de medicamento que se consume no influye en el cumplimiento o no de la terapéutica.

- 2) Factores relacionados con el paciente: se identificaron una serie de factores que influyen en el grado de adherencia terapéutica por parte del paciente, estos se pueden resumir en cuatro aspectos: demográficos, estado de ánimo, autocuidado y culturales.

Demográficos: entre los factores que se incluyen en los artículos están, la edad, estado civil, sexo, la educación y nivel socioeconómico. Aunque no hay un consenso en la influencia de los aspectos demográficos en la adherencia o no adherencia al tratamiento, en general se puede concluir que:

---

<sup>41</sup> Yiannakopoulou ECh. Papadopulos JS. Cokkinos DV. Mountokalakis TD. La adhesión al tratamiento antihipertensivo: un factor crítico para el control de la presión arterial European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation.

Existen grandes diferencias y controversias en cuanto a la influencia de la edad para la efectiva adherencia al tratamiento, se puede observar que con el aumento de la edad se van perdiendo ciertas capacidades cognitivas y físicas que afectan significativamente el cumplimiento de la terapéutica sin embargo a diferencia de las personas menores de 60 años los ancianos son quienes más cumplen con el régimen de ejercicio recomendado por los profesionales de salud. Los adolescentes y adultos tienen un gran problema especialmente con eliminar hábitos que afectan la salud como: fumar, restricción de sodio en las comidas, evitar altos niveles de colesterol y el consumo de alcohol, los cuales forman parte del componente terapéutico que debe cumplir una persona cuando padece alguna enfermedad crónica.

Se identificó que los pacientes tienen mejor adherencia al régimen terapéutico, seguido de evitar el tabaco por el contrario las recomendaciones menos seguidas por los pacientes son la disminución del consumo de sodio y el ejercicio<sup>42</sup>.

Los demás aspectos demográficos no explican el incumplimiento de la terapéutica, aunque el nivel educativo influye siempre y cuando sea necesario la utilización o comprensión de otro idioma, este es el caso por ejemplo de las personas de origen asiático que migran a otro país donde es necesario manejar el idioma de dicho país para que en el momento que se requiera asistir a un centro de salud y se logre comprender las indicaciones médicas así como facilitarle al profesional información específica sobre las manifestaciones de la enfermedad.

Autocuidado: este aspecto va de la mano con la adherencia terapéutica dado que cuando un paciente es consciente del compromiso que tiene consigo mismo y con su salud, se siente motivado para llevar a cabo todas las actividades recomendadas ya que evalúa que obtendrá beneficios. La autoeficacia fue otro término que se refirió al momento de hablar sobre adherencia terapéutica es definido como el juicio que los individuos desarrollan sobre su propia capacidad para llevar a cabo con éxito comportamientos. autoeficacia influye en el comportamiento participación, el grado de esfuerzo, perseverancia, resistencia, y el nivel de logro. Autoeficacia se utiliza cada vez más en la investigación en salud como

---

<sup>42</sup> Mato Y; Libertad A; Vea H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos  
Revista Cubana de Medicina General Integral, ene-mar2007, Vol. 23 Issue 1, p1-8, 8p

predicador de la conducta<sup>43</sup>, ya que las personas que son más autoeficientes tienen una mejor adherencia terapéutica.

Cuando el paciente se siente susceptible a desarrollar complicaciones o ha experimentado los efectos adversos de no adoptar las recomendaciones médicas decide comprometerse con su autocuidado y seguir el régimen terapéutico pues confía en que es la manera de recuperar su salud y que obtendrá beneficios si se adhieren a su terapia.

El estado de ánimo del paciente también sea definido como un predicador de la adherencia terapéutica, dado que cuando una persona se encuentra angustiada, deprimida o frustrada es menos probable que desee dedicar y concentrar su tiempo al cuidado de su salud, sin embargo no es necesariamente un criterio concluyente.

Culturales: en algunos artículos rescataron aspectos culturales y creencias que dan explicación a la no adherencia de la terapéutica, estos son:

- Creencias en que se obtiene menor beneficio de los medicamentos farmacéuticos
- Grado en que sus conocimientos y creencias encajan en las indicaciones del profesional de la salud
- Creencias en que las hierbas y manejo tradicional de su salud es más efectivo y tiene menos efectos secundarios que el uso de medicinas ajenas a su cultura<sup>44</sup>
- Creencias emocionales: creer que las enfermedades son generadas por sentimientos dañinos como rencor, culpa, egoísmo, frustración.
- Creer que se puede controlar la salud<sup>45 46</sup>: por ejemplo refieren en el artículo que a veces se soporta el dolor por que se tiene la creencia que es purificante del espíritu, o simplemente que es algo que la mente puede controlar.
- Etnia negra<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup> Grindley E. Zizzi S. Using a Multidimensional Approach to Predict Motivation and adherence to Rehabilitation in Older Adults: Topics in Geriatric Rehabilitation. 21(3):182-193, 2005 July/September.

<sup>44</sup> Wen Wen Li, Stewart A; EdD S; Sivarajan E. Factores culturales asociados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los inmigrantes chinos. Journal of Cardiovascular Nursing Vol.21, No.5, pp 354 y 362 x B 2006.

<sup>45</sup> Courneya K. Segal R. Gelmon K. Reid R. Mackey J. Friedenreich C. Proulx C. Lane K. Ladha A. Vallance J. McKenzie D. Predictors of supervised exercise adherence during breast cancer chemotherapy. Medicine & Science in Sports & Exercise. 40(6):1180-7, 2008 Jun

<sup>46</sup> Yeur-Hur, L., Keefe, F., Wei-Zen, S., Lee-Yuan, T., Ping-Ling, C., Jeng-Fong, C., Ling-Ling, W. Relationship Between Pain-Specific Beliefs and Adherence to Analgesic Regimens in Taiwanese Cancer Patients: A Preliminary Study. Journal of Pain and Symptom Management. 2002, vol. 24. P. 415-423.

<sup>47</sup> Siegel, D. et al. Antihypertensive Medication Adherence in the Department of Veterans Affairs. The American Journal of Medicine. 2007. Vol. 120. Pages. 26 – 32.



Por el contrario los aspectos culturales que favorecen la adherencia son:

- Tener mayor estancia en el país donde reside actualmente y que le obligan a adaptarse a otra cultura.
- Grado de comprensión e incorporación de las costumbres y creencias culturales por parte de los profesionales de la salud.

Claramente pudimos reconocer como la cultura influye en la adherencia y no adherencia a la terapéutica, es inevitable olvidarnos de los conocimientos y creencias que nos han transmitido a lo largo de nuestra vida, por ello es tan importante que se valore y se tenga en cuenta la cultura del paciente al momento de planear el cuidado.

### 3) Factores ambientales y sociales

Tiempo: muchos pacientes refirieron no tener tiempo suficiente para realizar las actividades y rutinas recomendadas por el profesional de salud.

Ubicación del centro: la ubicación del centro de salud también fue un impedimento para adherirse al régimen terapéutico, llevando a pacientes a no asistir a las consultas y actividades programadas para el tratamiento de la enfermedad, este problema se presenta especialmente en aquellos pacientes que necesitan terapia física o capacitación sobre la enfermedad.

Otro aspecto que se discute en los artículos es la influencia del apoyo familiar y social en la terapéutica del paciente, aunque no hay un acuerdo en la influencia de este aspecto en la adherencia, la mayoría de autores afirman que el apoyo familiar y social permite que el paciente se adhiera de manera eficaz, puesto que tiene un estímulo que lo alienta y motiva a mantener el cuidado de su salud.

Por otra parte se tiene en cuenta que la deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas como son: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, errores de omisión, de dosis, inasistencia a consultas e interconsultas, ausencia en la modificación de hábitos y estilos de vida y automedicación. Todos estos aspectos traen unas consecuencias tanto médicas o clínicas como son: recaídas más intensas, aumento del riesgo de efectos adversos, toxicidad, accidentes y riesgo de desarrollar resistencia medicamentosa; económicas como son: ausentismo laboral, inversión en medicamentos que no se consumen, atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados; psicosociales como son: complicaciones y secuelas que lleven a una

carga de sufrimiento físico, una carga estresante, dificultades en autoimagen y autoestima, reajustar metas y propósitos, miedo ante amenaza vital o muerte.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública, jul-sep2006, Vol. 32 Issue 3, p99-108, 10p.

## 7. LIMITACIONES

En el desarrollo de nuestra pasantía se presentaron algunas limitaciones las cuales se modificaron con el fin de guiar correctamente nuestros objetivos, dichas limitaciones tuvieron que ver en primera instancia con la definición del tema sobre el cual íbamos a desarrollar nuestra pasantía, la elaboración de los instrumentos de recolección de datos y finalmente con la selección de artículos para la revisión sistemática de literatura.

La primera limitación se dio porque nuestro aporte iría dirigido a construir el marco teórico del proyecto de adherencia terapéutica en paciente crónico para lo cual realizamos una búsqueda no sistematizada de temáticas relacionadas con calidad de vida del paciente crónico, modos de vida, adherencia terapéutica y educación en salud, debido a que este proyecto no fue aprobado por Colciencias se replanteo la metodología de nuestra pasantía con las profesoras del grupo de Cuidado Cultural de la Salud, concluyendo que nuestro trabajo de grado sería la búsqueda sistemática de literatura con respecto al tema de Adherencia Terapéutica con enfoque cultural.

En cuanto a la elaboración de las fichas se realizó un primer instrumento para recopilar la información de los artículos, identificando en una de nuestras asesorías con la profesora Alba Lucero López que se debían modificar ya que este instrumento inicial no lograba abarcar todos los aspectos que se requerían para la sistematización de la información, para lo cual nos oriento con respecto a la búsqueda sistemática y los instrumentos que debíamos utilizar para registrar los resultados, adicionalmente nos sugirió utilizar como base la matriz que se utiliza en el grupo de Cuidado Cultural de la Salud, la cual fue modificada de acuerdo a nuestras necesidades.

Por último encontramos la limitación con respecto a la selección de los artículos para nuestro trabajo ya que en la consulta que realizamos en las diferentes bases de datos nos arrojaba gran cantidad de artículos de los cuales muy pocos cumplían con nuestros criterios de inclusión, con respecto a este limitante se vio la necesidad de modificar uno de nuestros criterios de inclusión como fue el grupo etéreo ya que inicialmente habíamos tenido en cuenta que fuera enfocado en adulto mayor, pero en vista de que cada vez era más reducido el número de artículos se realizó esta modificación; por otro lado en algunas de las bases de datos consultadas se encontraban artículos que tenían un costo para acceder a ellos.

Cabe mencionar que en la revisión de artículos se encontraron algunos de estos en otros idiomas como son inglés y portugués y en la lectura fue difícil dar coherencia a algunos de los conceptos.

## 8. CONCLUSIONES

- El desarrollo y socialización de este trabajo permitió la consolidación y comprensión del modelo transcultural de la salud, conocer las definiciones de teóricos como: Giger y Davidhizar, Campinha Bacote, Larry Purnell y Papadopolus, y Madeleine Leiniger (máxima exponente del modelo transcultural) es un elemento indispensable para lograr reconocer la trayectoria de esta visión a lo largo del tiempo.
- La competencia cultural es una condición importante para toda persona que desee incluir en sus prácticas de cuidado el enfoque cultural, este no es un aspecto que se logre adquirir mediante un conocimiento teórico, este, simplemente es el primer paso para comenzar a construir dicha competencia cultural la cual se compone de: conocimiento, conciencia, encuentros, habilidades, deseo y sensibilidad cultural.
- Se hizo el abordaje de la investigación cualitativa teniendo en cuenta que es la más indicada en los estudios que se realizan en el grupo de investigación de cuidado cultural ya que plasma de manera amplia el significado de los temas objeto de estudio.
- Por medio del desarrollo de este trabajo logramos identificar la importancia que tiene el cuidado cultural en el abordaje de la salud, pues preserva los valores, conocimientos y creencias culturales de cada individuo, en otras palabras permite que el cuidado sea congruente con las creencias del paciente y este se sienta conforme con el servicio de salud lo que finalmente influirá en la adherencia terapéutica..
- La Adherencia Terapéutica adquiere gran importancia para la salud pública ya que permite disminuir la morbi – mortalidad especialmente en el paciente crónico quien requiere tratamientos prolongados.
- Se asocia la adherencia como un asunto comportamental del paciente y se relaciona con la conducta del profesional de la salud quien debe dedicar más tiempo a ofrecer instrucciones claras, que aseguren la comprensión del paciente.
- Para lograr una adherencia terapéutica es necesario: que haya una aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y el personal de salud, que el paciente cumpla con el tratamiento, que haya una participación activa en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento

- La adherencia puede verse afectada por efectos colaterales de los medicamentos ya que los pacientes perciben que no se está logrando un beneficio con los medicamentos sino que estos están causando reacciones y deciden dejar de tomarlos abandonando su tratamiento.
- El tratamiento y consultas con el mismo médico por un periodo de tiempo largo incrementa la adherencia terapéutica.
- Se menciona que la conducta del paciente puede variar dependiendo de varios factores como son: tipo de recomendaciones, número de instrucciones que se le dan, el grado de supervisión médica y otros aspectos relacionados con que tan amenazado se siente el paciente, cuanto valore y este de acuerdo con las recomendaciones que recibe, que tanto entiende y retiene, que tan motivado está, cuáles son sus expectativas y que tanto difiere todo esto de sus creencias.
- La relación médico paciente es de vital importancia ya que se debe establecer una comunicación asertiva y empatía para lograr confianza, transmitir la información de forma clara de tal forma que el paciente y su familia puedan comprender y adoptar las nuevas medidas para el tratamiento según la patología que presente.
- Pensamos que este trabajo aportara al grupo cuidado cultural, dado que aborda el tema de adherencia terapéutica desde una visión cultural, es importante que por medio de este trabajo se reflexione sobre la manera en que enfermería debe intervenir para permitir que el paciente mantenga una efectiva adherencia terapéutica y así evitar complicaciones en salud.

## **9. RECOMENDACIONES**

Es evidente la necesidad de seguir investigando sobre esta campo, especialmente abordar la adherencia desde una mirada cualitativa y cultural, de modo que el profesional cuente con información precisa y detallada de los factores que influyen en el incumplimiento del tratamiento terapéutico, que como ya se ha manifestado trae graves consecuencias en salud para el paciente y por consiguiente un alto impacto para la salud pública.

La adherencia se relaciona con la comprensión del cambio de comportamiento de los pacientes, en este sentido como enfermeros podemos brindar nuestra colaboración, educación y apoyo para informar con respecto al tratamiento, identificar las barreras para el autocuidado, motivar a que se asuma la responsabilidad para modificar hábitos de vida y encontrar soluciones conjuntamente con el paciente y la familia.

## BIBLIOGRAFIA

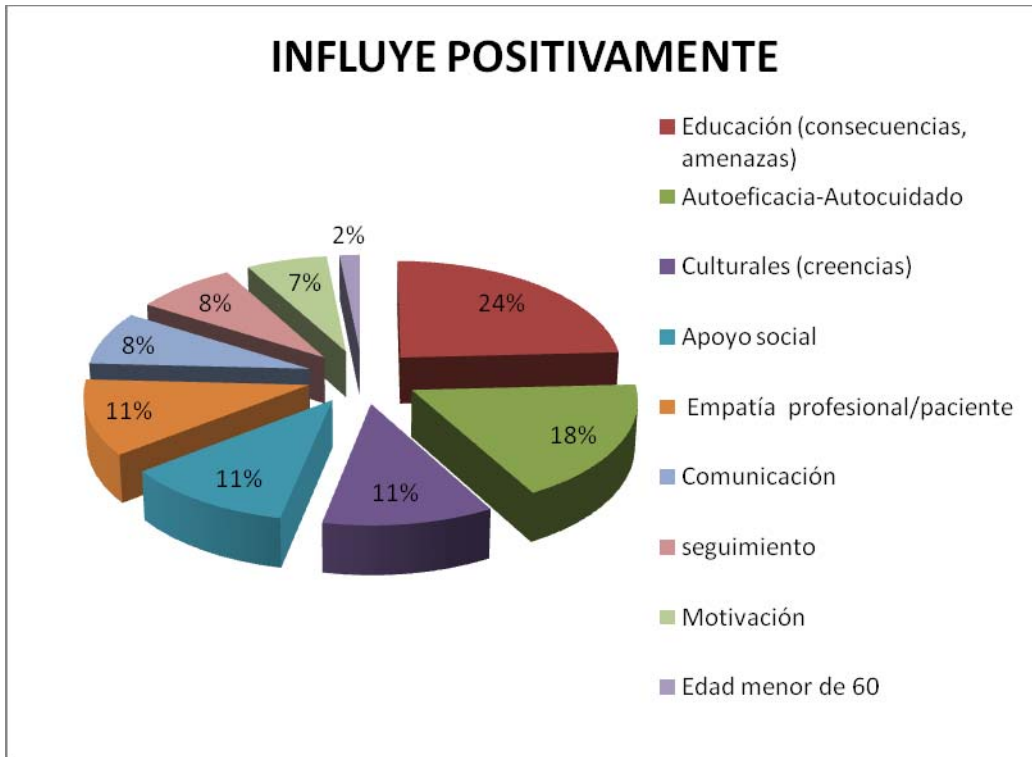
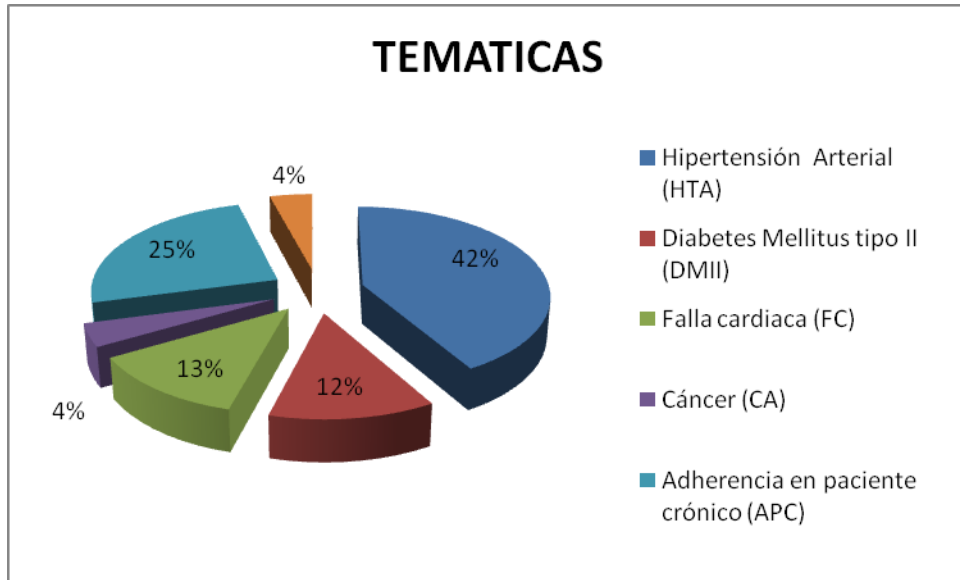
- Campinha – Bacote, J. Campinha – Bacote, D. (1999) A Framework for providing culturally competent health care services in manager care organizations. *Journal of transcultural nursing*. v10 (4). 290 – 291.
- Giger, J. Davidizar, R. Purnell, L. Taylor – Harden, J. Phillips, J. Strickland, O. (2007). American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate Health, disparities in ethnic minoritie and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*. V18 (2) 95 – 102.
- Mato Y; Libertad A; Vea H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos *Revista Cubana de Medicina General Integral*, ene-mar2007, Vol. 23 Issue 1, p1-8, 8p.
- Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, jul-sep2006, Vol. 32 Issue 3, p99-108, 10p.
- Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica *Revista Cubana de Salud Pública*, oct-dic 2004, Vol. 30 Issue 4, p1-5, 5p.
- Shkurovich R. La adherencia terapéutica desde una perspectiva antropológica *Archivos de Neurociencias*, ene-mar2003, Vol. 8 Issue 1, p46, 6p.
- Quirós-Morales, D; Villalobos-Pérez, A. Comparación de factores vinculados a la Adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitas tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica *Universitas Psychologica*, oct-dic2007, Vol. 6 Issue 3, p679-688, 10p
- Granados, G; Roales-Nieto, J. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 2007, Vol. 7 Issue 3, p393-403, 11p
- Holguín, L; Correa, D; Arrivillaga, M; Cáceres, D; Varela, M. Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: efectividad de un programa biopsicosocial *Universitas Psychologica*, oct-dic2006, Vol. 5 Issue 3, p535-547, 13p



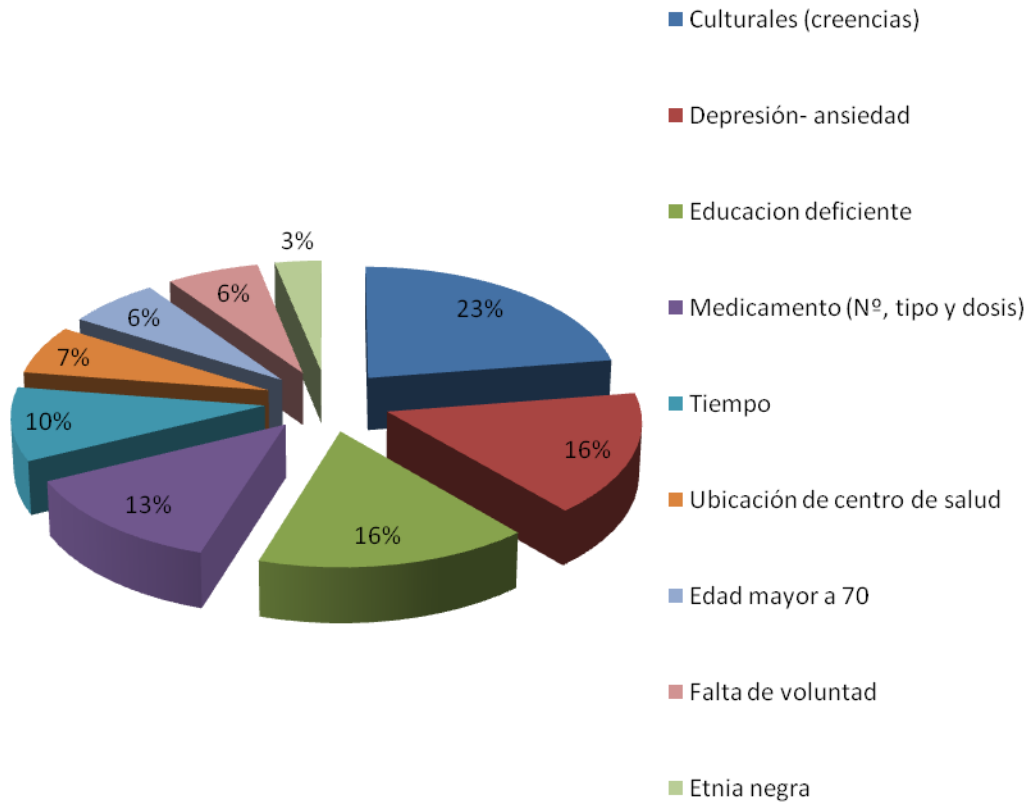
- Siegel, D. Antihypertensive Medication Adherence in the Department of Veterans Affairs. *The American Journal of Medicine*. 2007. Vol. 120. Pages. 26 – 32.
- Chao, J. et al. Patient – Reported Perceptions of Side Effects of Antihyperglycemic Medication and Adherence to Medication Regimens in Persons in Diabetes Mellitus. *Clinical Therapeutics*. Vol. 29. Pages. 177 – 180.
- Fung, V. et al. Hypertension Treatment in a Medicare Population: Adherence and Systolic Blood Pressure Control. 2007. Vol. 29. Pages. 972 – 984.
- Wu, J., Moser, D., Lennie, T., Peden, A., Chang, Y., Heo, S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart & Lung*. 2008. Vol. 37. Págs. 8 - 16.
- Yeur-Hur, L., Keefe, F., Wei-Zen, S., Lee-Yuan, T., Ping-Ling, C., Jeng-Fong, C., Ling-Ling, W. Relationship Between Pain-Specific Beliefs and Adherence to Analgesic Regimens in Taiwanese Cancer Patients: A Preliminary Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002, vol. 24. P. 415-423.
- Sarradon-EckA, Egrot M, Blanc M-A, Faure M.; Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Anthropological approach of adherence factors for antihypertensive drugs.; *Pratiques et Organisation des Soins*. 2008. vol.39. p. 3 – 12.
- Evangelista L; Shinnick M. What Do We Know About Adherence and Self-care? *Journal of Cardiovascular Nursing*; Vol.23, N°.3, pp 250-257.
- Schweitzer R; Head K; Dwyer J. Psychological Factors and Treatment Adherence Behavior in Patients With Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* Vol.22,No.1,pp76Y83
- Yiannakopoulou ECh. Papadopoulos JS. Cokkinos DV. Mountokalakis TD. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 12(3):243-9, 2005 Jun.

- Grindley E. Zizzi S. Using a Multidimensional Approach to Predict Motivation and adherence to Rehabilitation in Older Adults: Topics in Geriatric Rehabilitation. 21(3):182-193, 2005 July/September.
- Courneya K. Segal R. Gelmon K. Reid R. Mackey J. Friedenreich C. Proulx C. Lane K. Ladha A. Vallance J. McKenzie D. Predictors of supervised exercise adherence during breast cancer chemotherapy. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 40(6):1180-7, 2008 Jun.
- Bethel MA. Alexander J. Lane J. Barkauskas C. Feinglos M. Diabetes on a cardiovascular ward: adherence to current recommendations. *Southern Medical Journal*. 97(11):1031-7, 2004 Nov.
- Wen Wen Li; Stewart A; Sivarajan E. Factores culturales asociados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los inmigrantes chinos. *Journal of Cardiovascular Nursing* Vol.21, No.5, pp 354 y 362 x B 2006.
- Fielding RA. Katula J. Miller ME. Abbott-Pillola K. Jordan A. Glynn NW. Goodpaster B. Walkup MP. King AC. Rejeski WJ. Life Study Investigators. Activity adherence and physical function in older adults with functional limitations. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 39(11):1997-2004, 2007 Nov.
- Chen SL, Tsai JC, Lee WL,], The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan, *Journal Of Clinical Nursing* [J Clin Nurs 2009 Aug; Vol. 18 (15), pp. 2234-44
- Hughes CM, *Drugs & Aging* [Drugs Aging], Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? 2004; Vol. 21 (12), pp. 793-811.
- Mato Y; Libertad A; Vea H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos *Revista Cubana de Medicina General Integral*, ene-mar2007, Vol. 23 Issue 1, p1-8, 8p
- Arcega-Domínguez A, Celada-Ramírez NA, Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro*, 2008 Nov-Dec; Vol. 46 (6), pp. 685-90.

## ANEXOS:



## INFLUYE NEGATIVAMENTE



DIAS	AGOSTO/SEPTIEMBRE/OCTUBRE/NOVIEMBRE/DICIEMBRE																															
	09 I	23 L	06 L	13 L	20 L	27 L	04 L	07 J	08 V	11 L	12 M	13 Mi	14 J	15 V	21 J	22 V	25 L	28 J	29 V	04 J	05 V	08 L	11 J	12 V	13 S	18 J	19 V	22 L	26 V	29 L	06 L	
Inducción al semillero I																																
Primer encuentro: Socialización guía # 1 (competencia cultural)																																
Semillero II																																
Segundo encuentro: socialización de la guía #2 (competencia cultural)																																
Semillero III																																
Tercer encuentro: socialización de la guía # 3 (competencia cultural)																																
Cuarto encuentro: socialización de la guía # 4 (competencia cultural) NO HUBO																																
Semillero IV NO HUBO																																

Quinto encuentro: socialización de la guía # 4																												
Sexto encuentro: socialización de la guía # 5																												
Semillero V																												
Revisión de artículos																												
Reunión grupo de cuidado cultural																												
Realización de búsqueda sistemática (artículos)																												
Asesoría por parte de la profesora Lucero López																												
Realización de ficha de revisión y matriz y búsqueda de artículos																												
Asesoría por parte de la profesora Nhora Cataño																												
Semillero VI																												
Análisis de artículos, realización																												



