



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMF NO. 24 TEPIC, NAYARIT

ADHERENCIA TERAPEUTICA CON ANTIMICOTICOS EN PITIRIASIS  
VERSICOLOR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL MARTINEZ OLMOS

TEPIC, NAYARIT

NOVIEMBRE 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ADHERENCIA TERAPEUTICA CON ANTIMICOTICOS EN PITIRIASIS  
VERSICOLOR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL MARTINEZ OLMOS

AUTORIZACIONES:

DRA. VERONICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN  
UMF NO. 24, TEPIC, NAYARIT

DR. CARLOS ALBERTO LUGAREL GODINEZ  
ASESOR DE TEMA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN  
UMF NO. 24, TEPIC, NAYARIT

DR. LEOPOLDO MEDINA CARRILLO  
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS  
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

DR. FEDERICO RAMIREZ CARRILLO  
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD

ADHERENCIA TERAPEUTICA CON ANTIMICOTICOS EN PITIRIASIS  
VERSICOLOR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL MARTINEZ OLMOS

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**ADHERENCIA TERAPEUTICA CON ANTIMICOTICOS EN  
PITIRIASIS VERSICOLOR**

## INDICE GENERAL

1. INDICE.....	1
2. MARCO TEORICO.....	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
4.- JUSTIFICACION.....	11
5.- OBJETIVOS.....	12
5.1.-OBJETIVO GENERAL.....	12
5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
6.- HIPOTESIS.....	13
7.- METODOLOGIA.....	14
7.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	14
7.2.- DISEÑO.....	14
7.3.- POBLACION LUGAR Y TIEMPO.....	14
7.4.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO.....	14
7.5.- GRUPO DE ESTUDIO.....	15
7.6.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	15
7.6.1.- CRITERIO DE INCLUSION.....	15
7.6.2.- CRITERIO DE EXCLUSION.....	15
7.6.3.- CRITERIO DE ELIMINACION.....	15
7.7.- INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES).....	15
7.8.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	16
7.9.- CONSIDERACIONES ETICAS.....	17
7.10.- PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA DE INFORMACIÓN.....	18
7.11.- RECURSO HUMANO.....	19
7.12.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	20
8.- ANALISIS DE DATOS.....	21
9.- RESULTADOS.....	22
10.- DISCUSIÓN.....	26
11.- CONCLUSIONES.....	27
12.- BIBLIOGRAFIA.....	28
13.- ANEXOS.....	30

## 2.- MARCO TEORICO

La Pitiriasis versicolor es una micosis superficial de la piel causada por el genero *Malassezia* sp. Saprofito de la piel cutánea, levadura dimòrfica, y lipofílica. Topográficamente más frecuente en tronco y se distingue por mostrar placas con escama fina en la superficie, de forma y tamaño variables que pueden ser hipercrómicas, hipocrómicas o eritematosas, de evolución crónica y recurrente, generalmente asintomática.

A mediados del siglo XIX Eischstedt y Sluyter describieron por primera vez la enfermedad y la denominaron pitiriasis versicolor y propusieron su etiología fúngica, debido a sus finas escamas y variabilidad de colores que caracterizan a las lesiones. En 1853 Robin aisló el agente causal denominándolo como *Microsporum furfur*. En 1951 Morris Gordon aisló levaduras redondas y ovals, que debido a su lipofilia no crecía en métodos de cultivo habituales y cambio su nombre por *Pityrosporum orbiculare* diferentes investigadores observaron el cambio de un tipo morfológico a otro y concluyeron que se trataba de variantes de una misma especie; en 1984, en la revisión taxonómica de Yarrow y Ahearn las consideraron pertenecientes al género *Malassezia*, posteriormente se determinaron otras especies como:

*M. sympodialis*, por Simmons y Guèho en 1990.  
*M. Globosa*, por Guèho, Guillot y Migdley 1996  
*M. Slooffiae*, Guèho, Guillot y Migdley en 1996  
*M. Restricta*, Guèho, Guillot y Migdley en 1996  
*M. Obtusa*, Guèho y Migdley en 1996  
*M. Dermatis*, Sugita en 2002  
*M. Japonica*, Sugita en 2003  
*M. Nana*, Iría 2004 <sup>(1)</sup>

Las levaduras del género *Malassezia* pueden encontrarse en la piel sana como componente de la flora cutánea hasta en un 90 % de la población normal, aunque en ciertos individuos y con una serie de condiciones predisponentes. Su distribución es universal, no muestra diferencias raciales, ni de sexo, se le ha identificado con mayor frecuencia en países con climas húmedos, tropicales y de temperaturas elevadas. Puede aparecer en cualquier edad <sup>(2)</sup>

Esta micosis se presenta en zonas húmedas y calientes donde llega a ser endémica, su topografía es fundamentalmente en el tronco por ambas caras puede subir al cuello, la cara, la piel cabelluda y bajar hasta las nalgas; y raíces de las extremidades en casos muy extensos. La morfología es característica, se inicia como discretas manchas eritematosas cubiertas con una escama muy delgada (como salvado) que pronto toman 2 aspectos: hiperchromante o hipochromante. En México predomina la primera como manchas un poco mas claras de la piel raras veces acromicas, son lenticulares, confluentes bien limitadas, de bordes no activos como deshilachados, con esa fina escama y prácticamente sin prurito. Cuando son hipercrómicas toman un color café claro. De ahí su nombre: pitiriasis = fina escama, versicolor = varios colores.

Cuando el paciente cambia de localidad y se va a sitios más fríos, la enfermedad tiende a desaparecer espontáneamente y vuelve a activarse cuando el paciente regresa a lugares calientes.

El diagnóstico es fácil pues basta raspar las lesiones o pegar una tira de durex sobre las lesiones y después pegarla en un portaobjetos, para ver directamente al microscopio las blastoesporas con filamentos cortos dando la conocida imagen de "espagueti con albóndigas".

El diagnóstico diferencial debe realizarse con dermatitis solar hipocromiante descrita en México y caracterizada por manchas hipocrómicas, a menudo de aspecto folicular, mal limitadas a diferencia de la pitiriasis versicolor, que pueden aparecer sobre todo en zonas expuestas como las regiones deltoideas y caras externas de brazos y antebrazos con menor frecuencia en cuello y cara, que son más común de pitiriasis alba cuyas lesiones pueden ser una o varias de diverso tamaño hasta 5 cm., de superficie áspera, hipocrómicas mal limitadas y cubierta de fina escama, que se desprende con facilidad, situadas en las mejillas, región maseterina, frente, alrededor de la boca excepcionalmente en otros sitios. El vitíligo por su parte suele ser monomorfo con manchas acrónicas e hipocrómicas de topografía localizada en párpados, la región peribucal, axilas, zona de la cintura, la cara anterior y el dorso de las manos.

En forma típica no hay complicaciones, aunque la hipopigmentación persiste en personas de piel oscura, en especial en ciertos países de grupos étnicos, puede tener importancia médica, social y económica.<sup>(3)</sup>

La eficacia terapéutica en las infecciones fúngicas superficiales como la pitiriasis versicolor, no ha dejado de evolucionar desde mediados del siglo pasado mejorando no sólo su eficacia, espectro de acción, tolerabilidad, manejo tiempo de tratamiento y su farmacoeconomía. En este sentido, podemos considerar tres etapas en el desarrollo de los fármacos antifúngicos.

Una primera que va hasta la década de 1940-1950, en la cual utilizaron tratamientos tópicos tradicionales, que actuaban como exfoliantes químicos de la capa córnea (queratolíticos) y antifúngicos débiles.

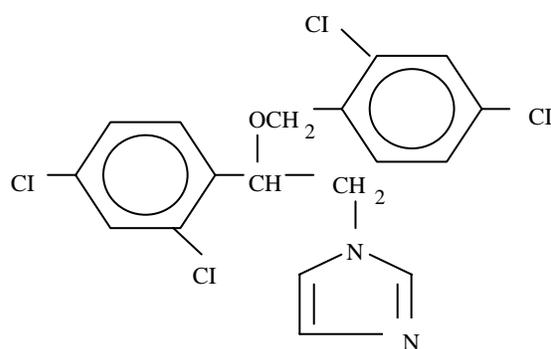
Una segunda etapa, entre los años 1950 y 1980 en la cual se sintetizan los primeros antifúngicos de uso tópico y sistémico, los imidazoles como el miconazol en 1972.

Una tercera etapa comenzó en la década de 1980 con el desarrollo de los nuevos triazoles, con formulaciones nuevas de antifúngicos poliénicos ya conocidos como el itraconazol.

En el arsenal terapéutico disponible en nuestras farmacias, destacan los derivados imidazólicos, como miconazol cuyo mecanismo de acción se basa en la inhibición, en uno o más puntos, de los procesos enzimáticos que intervienen en la síntesis del ergosterol, creando un déficit en este elemento esencial y un daño en la membrana celular fúngica, en la terapéutica antifúngica tópica varía también respecto a su posología: una o dos aplicaciones diarias con una duración de dos semanas o 14 días, se debe aplicar cubriendo el área lesionada y abarcando 1 o 2 cm. de piel sana, son medicamentos bien tolerados y los efectos adversos son en general leves y transitorios.<sup>(4)</sup>

## Nitrato de Miconazol

El miconazol es un congénere químico que posee la siguiente estructura:



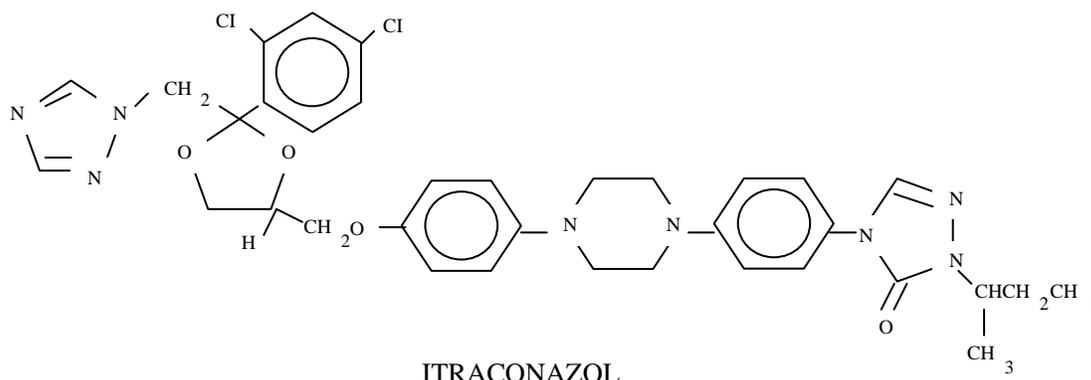
MICONAZOL

Penetra fácilmente en el estrato córneo de la piel y persiste en ese sitio durante más de 4 días después de aplicado. Entre los efectos adversos de la aplicación tópica están; la cefalea, ronchas, o erupciones cutáneas, rara vez surgen irritación, ardor y maceración.

El miconazol puede ser aplicado 2 veces por día durante 14 días en el tratamiento de las dermatomicosis superficiales. El índice de curación micológico puede ser superior al 90% según un estudio de doble ciego realizado en 1983 por Lebhers y col. También se han revisado las acciones y los empleos del nitrato de miconazol por Sawyer y col en 1975, por Kobayashi y Medoff en 1977, y Heel y col en 1980.<sup>(5)</sup>

## Itraconazol

Es un triazol, producto oral con espectro de actividad amplio con la siguiente fórmula estructural:



Los valores sanguíneos de itraconazol varían entre uno y otro paciente, en ayuno disminuye más del 50 % su concentración, y en los casos de SIDA avanzado. Más del 90 % se liga a las proteínas plasmáticas y muestra unión extensa a los tejidos, se metaboliza en hígado en forma de hidroxitraconazol, un metabolito biológicamente activo, que aparece en la sangre a concentraciones casi del doble del fármaco sin modificaciones.

Muchos hongos son igualmente sensibles al fármaco original y al metabolito hidroxilado; No se ha precisado la contribución del hidroxitraconazol al efecto quimioterápico, pero quizá depende del hongo que se busca eliminar.

Las concentraciones plasmáticas máximas del fármaco original después de 15 días de usarse a razón de 100 mg/día son de 0.5 mcgr/ml. Y su vida media en estado estable es de unas 30 horas.

El itraconazol puede utilizarse para tratar la pitiriasis versicolor extensa y se le atribuye hasta un 90% de efectividad (anonymus 1993) a dosis de 200 mg una o dos veces al día, con los alimentos.

Entre los efectos adversos del itraconazol destacan molestias gastrointestinales como náusea y vómito, hipertrigliceridemia, hipopotasemia y erupciones, pero es posible corregir todos estos efectos al disminuirse la dosis. <sup>(6)</sup>

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

Uno de los problemas que enfrenta, el abordaje de este tema es la definición conceptual del fenómeno de cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones. En la literatura médica y psicológica se reconoce un conjunto de términos para referirse al mismo aspecto, algunos de ellos aportando matices diferentes, pero sin llegar a un concepto que sea aceptado por todos y empleado de forma habitual por los investigadores y profesionales interesados en el tema.

Por otra parte, la diversidad de conceptualizaciones trae aparejada confusión e incompreensión. No es poco frecuente observar, incluso entre profesionales de la salud, expresiones de duda o desconocimiento al escuchar el término apego al tratamiento, lo que conduce inevitablemente al cuestionamiento acerca del sistema de acciones que estén realizando para lograr la conducta de cumplimiento adecuado de las prescripciones en sus pacientes.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que esta condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.<sup>(7)</sup>

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerado como un fenómeno múltiple y complejo como lo describió Leventhal en 1993. Especialmente el modelo de creencias de salud a sido el mas utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación como lo señalan Kirscht y Rosenstock en 1979, por que toma en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial de costo beneficio y las claves para la acción o necesidades internas.

Clasificados de la manera siguiente:

- ❖ Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.
- ❖ El régimen terapéutico.
- ❖ Las características de la enfermedad.
- ❖ Los aspectos psicosociales del paciente.

Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS en Junio del 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como "el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas" era un punto de partida útil. En particular se

reconoció durante la reunión que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro.

Los participantes en la reunión también señalaron que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que ocurra a las capacidades de cada uno. Se hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones.

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. Indiscutiblemente, no existe patrón de oro alguno para medir el comportamiento de adherencia terapéutica, y en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias.

Un enfoque de medición es solicitar a prestadores y pacientes sus clasificaciones subjetivas sobre comportamiento de adherencia. Otros medios subjetivos para medir la adherencia terapéutica son los cuestionarios estandarizados administrados por los pacientes<sup>(8)</sup>.

En la actualidad son múltiples las investigaciones que se llevan a cabo en torno al complejo problema de la adherencia terapéutica. Se han realizado numerosos estudios sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y su relación con la satisfacción del paciente (Zastowny, Raghmann y Cafferata, 1989), así como también con la organización y calidad de los servicios de salud.

En España, auspiciado por la sociedad española de quimioterapia, se han realizado múltiples investigaciones sobre el cumplimiento terapéutico en la antibioterapia (M.A. Paya, 1986; J.C. Pechere, 1993); similares estudios también se realizaron en Estados Unidos, India, Israel y Arabia Saudita. Se han realizado investigaciones sobre la adherencia terapéutica en pacientes con patologías crónicas renales (O. Brien M. E., 1990); en pacientes neumológicos (Cicero R, 1984); en hipertensos (Vergel G, 1995); en los diferentes tipos de cáncer (López Rodríguez A, 1984); en los tratamientos activos antirretroviral en pacientes con SIDA (Ramón Hernández, 1997); en obstetricia y ginecología, fundamentalmente, durante el embarazo de riesgo y en la anticoncepción en adolescentes (Karchmerk S, 1984).<sup>2</sup> A pesar de constituir un tema joven dentro de las ciencias de la salud han sido numerosos los estudios desarrollados en esta dirección, resultando útil su aplicación en todo tipo de problema de salud.<sup>(9)</sup>

En un estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ensat) Roberto A. Ingarano comenta que la falta de adherencia al tratamiento es una de las causas principales del pobre control. Los autoinformes de los pacientes sobre adherencia, como el test de Morisky-Green-Levine demuestran la capacidad para predecir dicho control.

Asegura que una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos sería la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico tratante. Entre los diversos factores que influyen en la adherencia figuran la edad, el fármaco administrado, la cantidad de drogas, la cantidad de tomas diarias y el costo de la medicación.

Han sido propuestos diversos métodos para medir la adherencia al tratamiento y aquellos basados en el autoinforme del paciente, son los que están mejor validados ya que promediaron un índice de seguridad de entre el 52% y el 76 %, y fueron los que mejor se correlacionaron con el conteo de píldoras, permitiendo clasificar correctamente con esa metodología al 75% de los pacientes. Uno de esos métodos es el test de Morisky-Green-Levine que mostró un valor potencial predictivo del autoinforme sobre la adherencia. Donde cuyo objetivo es evaluar la adherencia al tratamiento mediante una serie de preguntas englobadas en el test de Morisky-Green-Levine incorporadas en una ficha única con esos datos.

El test de Morisky-Green-Levine consta como ya se menciona en las siguientes 4 preguntas:

- ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos?
- ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
- Cuándo se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos debe responder “sí” o “no”

Según los autores y validaciones por ellos publicadas, se consideran adherentes a quienes contestan No a las 4 preguntas y No adherentes a quienes contestan Si a una o más. Para comparar los promedios de los datos continuos en este estudio se usó el test t de Student no pareado, para determinar asociación entre variables cualitativas se usó el test de Chi cuadrado.<sup>(10)</sup>

Un estudio de la concurrencia y validación predictiva en la adherencia del régimen médico en el manejo de pacientes con hipertensión arterial esencial resume y analiza las partes psicométricas y la adaptabilidad mediante el test de Morisky con la aplicación de 4 ítems, los cuales pudieron ser integrados durante cada visita médica, permitiendo proveer el cuidado de la salud para el comportamiento positivo en la adherencia terapéutica.<sup>(11)</sup>

Se han efectuado múltiples investigaciones en torno a las infecciones fúngicas superficiales como la pitiriasis versicolor, realizando numerosos estudios sobre el tema, pero ninguno que implique y de a conocer la adherencia terapéutica en esta dermatosis aun a pesar de su reincidencia y cronicidad.

En Perú la incidencia de las micosis superficiales sólo puede ser estimada en forma parcial, ya que los datos publicados generalmente proceden de aquellos casos en los que la consulta llega al dermatólogo y este traslada el examen al microbiólogo-clínico o dermatomicrobiólogo. Así es fácil encontrar pacientes sometidos a tratamientos con diversos antifúngicos, e incluso con corticoides, sin éxito más que

aparente (curación micológica vs. curación clínica) con lo que la realidad epidemiológica queda subestimada.

La existencia de variaciones geográficas y estacionales que afectan a la frecuencia con la que los distintos agentes infecciosos son responsables de esa patología es también valorable. Por otro lado, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha supuesto un incremento estadísticamente significativo en las infecciones fúngicas en general, y en particular de las infecciones cutáneas, además de ser la causa de la diversificación de los agentes etiológicos.<sup>(12)</sup>

En Santo Domingo, Republica Dominicana, se encontró que la frecuencia de la pitiriasis versicolor varía de un 5 hasta un 50 % en lugares calidos y húmedos. Se observa desde lactantes hasta ancianos, pero es poco frecuente antes de los 5 años de edad y en mayores de 60, predominando de los 15 a los 30 años.

Al parecer la gran frecuencia de pitiriasis versicolor en países tropicales podría deberse a la disminución del recambio celular favorecida por el calor.<sup>(13)</sup>

En Cuba un estudio demostró que un 28.5 % de las afecciones dermatológicas que motivan la consulta en la atención primaria son de etiología micotica encuestas realizadas entre 1991 y 1995 en consultorios cubanos. Por su parte en los Estados Unidos según estudios de morbilidad realizados por la Dra. Marie Louis Johnson, la prevalencia de infecciones micoticas es de 81.1 x 1000 habitantes de aquel país.<sup>(14)</sup>

También se puntualizo que la pitiriasis versicolor es una de las afecciones cutáneas mas frecuentes y cosmopolitas, y aunque generalmente no provoca complicaciones sistémicas, si afecta de forma importante la constitución psicológica y estética de los pacientes, por ello se hace necesario que los médicos de asistencia primaria manejen adecuadamente esta patología, que, sin duda se les presenta con alta frecuencia en su trabajo cotidiano.<sup>(15)</sup>

En Venezuela estudios realizados en una comunidad costera encontraron que la relación entre ocupación y enfermedad va relacionada ya que la actividad pesquera de los habitantes les permite mantener sus vestimentas y cuerpos con la humedad necesaria para el desarrollo parasitario de las levaduras lipófilas de la pitiriasis versicolor.<sup>(16)</sup>

En nuestro país y, particularmente el estado de Nayarit, presenta las condiciones climatológicas tropicales de humedad y temperatura que favorecen el desarrollo no solo de pitiriasis versicolor sino también de otras micosis superficiales.

En la delegación estatal de Nayarit, del instituto mexicano del seguro social se tiene un estimado de 30 casos por mes reportados en el Sistema de Información de Atención a la Salud (SIAIS), del Departamento de Epidemiología en el rubro B35 dermatofitosis<sup>(17)</sup> y en la unidad de medicina familiar número 16 de la Peña de Jaltemba municipio de Compostela Nayarit, se cuenta un valor aproximado de 3 a 5 casos por mes detectados en la consulta externa.<sup>(18)</sup>

### **3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se han efectuado múltiples investigaciones en torno a las infecciones fúngicas superficiales como la pitiriasis versicolor, realizando numerosos estudios sobre el tema, pero ninguno que implique y de a conocer la adherencia terapéutica en esta dermatofitosis aun a pesar de su reincidencia y cronicidad, las variaciones geográficas y estacionales así como ,las condiciones ambientales de calor y humedad principalmente en los países tropicales como el nuestro podrían ser los responsables de su prevalencia favoreciendo a una disminución en el recambio celular normal, se ha observado en lactantes y ancianos, pero es poco frecuente antes de los 5 años de edad y después de los 60, predominando de los 15 a los 30 años. Aunque generalmente no provoca complicaciones sistémicas, si afecta de forma importante la constitución psicológica y estética de los pacientes, se sabe que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que esta condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado, por ello se hace necesario que los médicos de asistencia primaria manejen adecuadamente esta patología, que, sin duda se les presenta con alta frecuencia en su trabajo cotidiano.

**¿CUAL ES LA ADHERENCIA TERAPEUTICA CON ANTIMICOTICOS EN EL TRATAMIENTO DE PITIRIASIS VERSICOLOR?**

#### **4.- JUSTIFICACION**

La Pitiriasis Versicolor es una micosis superficial frecuente en las zonas tropicales y subtropicales por sus climas húmedos y temperaturas elevadas, dichas características son propias de la zona geográfica de la costa del estado de Nayarit.

Los trabajadores expuestos al sol y los pescadores de esta zona son los más afectados con una prevalencia del 18% según informe anual de enfermedades transmisibles y no transmisibles delegacional del I.M.S.S. en Nayarit.

El impacto de esta infección a nivel individual es el aspecto físico los cual es la causa de solicitud de la atención médica en su mayoría, la cual en algunos pacientes no se medica por las zonas topográficas de la piel que afectan como lo es el tronco y hombros.

Es vulnerable la realización del presente estudio de adherencia terapéutica ya que se cuenta con los casos y los pacientes en la Unidad de Medicina Familiar.

Es factible su culminación al contar con los recursos humanos, materiales y tiempo para ellos. Así como su viabilidad al ser uno de los problemas de salud del I.M.S.S. en zonas costeras.

## **5.- OBJETIVOS**

### **5.1.- OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la adherencia terapéutica antimicótica en pacientes con pitiriasis versicolor

### **5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- a) Identificar el número de pacientes con el diagnóstico de pitiriasis versicolor.
- b) Conocer la adherencia terapéutica aplicando el test de Morisky (1a)
- c) Identificar los factores sociodemográficos.

## **6.- HIPOTESIS**

NO NECESARIA POR SER UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

## 7.- METODOLOGIA

### 7.1.- Tipo de estudio

Observacional, comparativo, transversal, retrospectivo.

### 7.2.- Diseño

Transversal comparativo.

### 7.3.- Población, lugar y tiempo de estudio:

Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar número 16 de la comunidad costera de la Peñita de Jaltemba municipio de Compostela del estado de Nayarit. En un periodo de tiempo comprendido de Octubre a Noviembre del año 2006.

### 7.4.- Tipo de muestra y tamaño:

Se toma como muestra a todos los pacientes identificados como portadores de pitiriasis versicolor usuarios de la consulta externa de medicina familiar, mayores de 12 años.

Los pacientes se seleccionaron de acuerdo a la formula para estudios comparativos.

Formula:

$$n = \frac{(Z\alpha / 2 + Z\beta)^2 \bar{p}(1-\bar{p})(r + 1)}{(d)^2 r}$$

$$n = \frac{(7.849)(0.70)(0.30)(2)}{0.16}$$

$$n = \frac{3.29658}{0.16}$$

$$\boxed{n = 21}$$

n = tamaño de la muestra

$$(Z\alpha / 2 + Z\beta)^2 = 7.849 \quad \alpha = 0.05 \quad \beta = 0.20 \quad P_2 = 0.90$$

$$P_1 = 0.50 \quad \bar{p} = 0.70 \quad r = 1 \quad d = 0.40$$

### **7.5.- Grupo de estudio:**

Consta de 28 pacientes con diagnóstico de pitiriasis versicolor en control de la unidad de medicina familiar número 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la comunidad costera de la Peñita de Jaltemba municipio de Compostela del estado de Nayarit, donde se asignaron de la siguiente manera:

**Grupo 1.-** Pacientes que reciben Itraconazol oral.

**Grupo 2.-** Pacientes que reciben Miconazol tópico.

### **7.6.- Criterios de selección:**

#### **7.6.1- Criterios de Inclusión:**

- 1.- Ambos sexos.
- 2.- Mayores de 12 años.
- 3.- Pacientes que no hayan recibido tratamiento previo en periodo de eficacia clínica de 3 a 4 semanas.

#### **7.6.2- Criterios de Exclusión:**

- 1.- Pacientes con enfermedad hepática o renal.
- 2.- Pacientes con intolerancia al medicamento de estudio.
- 3.- Paciente dependiente

#### **7.6.3.- Criterios de Eliminación:**

- 1.- Pacientes que abandonen el tratamiento.
- 2.- Pacientes que no contesten la escala de Morisky (1a) adecuadamente.

### **7.7.- Información a recolectar (variables)**

#### **Independiente:**

Tratamiento antimicótico

.

#### **Dependiente:**

Adherencia terapéutica

## 7.8.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERATIVA	CLASIFICACION DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	CATEGORIA
Adherencia terapéutica	Test de Morisky – Green-Levine (tabla 1a).	<p>Respuesta otorgada por el paciente a los cuatro ítems de la escala de Morisky (1a) con opción binaria (si o no)</p> <p>1.- ¿Ha olvidado tomarse sus medicinas?</p> <p>2.- ¿Es usted cuidadoso en los horarios de sus medicinas?</p> <p>3.- ¿Deja usted de tomar su medicamento cuando se siente bien?</p> <p>4.- ¿Algunas veces, cuando usted se siente mal, deja de tomar sus medicinas?</p>	Cualitativa nominal	Nominal	Número de respuestas al test de morisky considerando <b>adherentes</b> a quienes contestan <b>No</b> en los 4 reactivos. <b>Y</b> <b>No adherentes</b> a quienes contestan <b>Sí</b> a uno o mas de los reactivos.	<p>Con adherencia</p> <p>Y</p> <p>Sin adherencia</p>
FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO	DESCIPCION ESTADISTICA	Prueba de Hipótesis		
Observación	Entrevista	Escala de Morisky (tabla 1ª)	No paramétrica para dos muestras independientes con $X^2$ o fisher.	<p>H1.- P1 mayor que P2</p> <p>Ho.- P1 igual P2</p>		

CONCEPTO	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERATIVA	CLASIFICACION DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	CATEGORIA
Tratamiento antimicótico	Vía oral	Es la toma de una capsula diaria de 200 mg por vía oral durante 14 días.	Cualitativa nominal	Nominal	Pacientes que reciben la indicación médica	Sí recibió
	Tópico	Es la aplicación de crema de miconazol sobre el área lesionada abarcando 1 o 2 cm. de piel sana 2 veces por día durante 14 días.	Cuantitativa continua	Nominal	Pacientes que no reciben la indicación médica	No recibió
FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO	DESCIPCION ESTADISTICA			
Observación	Entrevista	Encuesta de recolección de datos	$X^2$ o fisher. No paramétrica			

Fuente: Las variables de estudio: una guía práctica para su operacionalización <sup>(19)</sup>

## **7.9.- Consideraciones éticas:**

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley General de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Cuando se realizan experimentos con animales, el investigador principal debe ser explícito que se apegará a las normas y reglamentos institucionales y a los de la ley General de salud.

Además de todos los aspectos señalados en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se deberá hacer una declaración escrita que se respetaran cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmon, el Código de reglamentos federales de Estados Unidos (regla común).

Aunque el presente estudio no genera daño físico ni emocional, ya que la información solicitada a través de una entrevista con la aplicación de encuesta directa, se solicitará al entrevistado que firme carta de aceptación, consentimiento informado, del cual se anexa el formato.

El presente estudio se realizará conforme a la norma oficial de investigación de los acuerdos del reglamento ético, se informará del fin que persigue dicha investigación y los resultados que esperamos encontrar, garantizando la confiabilidad y discrecionalidad de los mismos, así como la utilización de los resultados para el cumplimiento de los objetivos propuestos para el estudio.

Dentro de este rubro se ha realizado una forma de consentimiento informado para participación en proyectos de investigación de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, la cual se incluye en el anexo No.1

### **7.10.- Procedimiento para la captura de información:**

Por medio de un estudio cuasi-experimental, comparativo, aleatorio, longitudinal y de causa a efecto se analiza la adherencia terapéutica en la pitiriasis versicolor, se realiza en el área de consulta externa de la unidad de medicina familiar no. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la comunidad de La Peñita de Jaltemba municipio de Compostela del estado de Nayarit. Con un tamaño de muestra de 28 pacientes que se recopilan de acuerdo a los criterios de inclusión durante un periodo comprendido de Octubre a Noviembre del 2006.

Previa carta de consentimiento informado a cada paciente, se aplicara una encuesta que consiste 19 ítems dividida en 2 secciones; la primera sección identifica factores biopsicosociales y la segunda sección identifica la adherencia al tratamiento, midiendo con la escala de Morisky (tabla 1a) el porcentaje del cumplimiento de las indicaciones medicas farmacológicas y no farmacológicas por el paciente.

Los datos obtenidos son registrados en una cedula de captación de la información y posteriormente se vaciaron a una base de datos del programa estadístico SPSS v. 10.0 en español para analizarse por medio de estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje y proporción), además estadística inferencial usando,  $X^2$  o fisher.

### 7.11.- Recurso Humano, Material y Económico:

Humano: Investigador principal, investigador asociado.

Material y económico: Unidad Medica Familiar No. 16 en La Peñita de Jaltemba Nayarit.

<b>Material</b>	<b>Unidad</b>	<b>Costo \$</b>
Computadora	1	13,500.00
Impresora	1	3,500.00
Tinta	2	550.00
Hojas blancas	500	58.00
Lápices	30	105.00
Plumas	15	86.00
Borradores	30	63.00
Sacapuntas	10	68.00
Engrapadora	1	45.00
Grapas	500	10.00
Disket 3 ½	1cja.	50.00
Disco CD	1cja.	100.00
USB	1	490.00
Mesa para computadora	1	1620.00
Calculadora	1	180.00
Pintaron	6	140.00
	<b>TOTAL</b>	<b>\$20565.00</b>

### **7.12.- Descripción general del estudio:**

Por medio de un estudio cuasi-experimental, comparativo, aleatorio, longitudinal y de causa a efecto se analiza la adherencia terapéutica en la pitiriasis versicolor, se realiza en el área de consulta externa de la unidad de medicina familiar no. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la comunidad de La Peñita de Jaltemba municipio de Compostela del estado de Nayarit. Con un tamaño de muestra de 28 pacientes que se recopilan de acuerdo a los criterios de inclusión durante un periodo comprendido de Octubre a Noviembre del 2006.

Previa carta de consentimiento informado a cada paciente, se aplicara una encuesta que consiste 19 ítems dividida en 2 secciones; la primera sección identifica factores biopsicosociales y la segunda sección identifica la adherencia al tratamiento, midiendo con la escala de Morisky (tabla 1a) el porcentaje del cumplimiento de las indicaciones medicas farmacológicas y no farmacológicas por el paciente.

Una vez recabada la información se vaciara a una base de datos del programa estadístico SPSS v. 10.0 en español para analizarse por medio de estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje y proporción), además estadística inferencial usando,  $X^2$  o fisher Mostrando los resultados por medio de tablas graficas y barras.

## **8.- ANALISIS DE DATOS:**

Los datos obtenidos se vaciaron a una base de datos del programa estadístico SPSS v. 10.0 en español para analizarse por medio de estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje y proporción), además de Chi cuadrado (fisher)

## 9.- RESULTADOS:

En nuestro estudio se observó para toda la población un promedio de edad de 35.24±15.11 años, por género el masculino fue de 38.86±16.44 años con un mínimo de 13 años y un máximo de 71 años, para las mujeres se observó un 31.25± 12.73 años con un mínimo de 14 y un máximo de 61 años. Cuadro 1

La frecuencia por género fue para los masculinos de 22 (52.4%) y femeninos 20 (47.6%) Gráfico 1

En la ocupación predominó el empleado con 12 (28.6%), el pescador 10 (23.8%), dedicados al hogar 9 (21.4%), albañiles 6 (14.3%), y estudiantes 5 (11.9%).

Lo referente a escolaridad el estudio mostró predominio de nivel secundaria 17 (40.5%), primaria 15 (35.7%), preparatoria 5 (11.9%), analfabeta 3 (7.1%), y profesional 2 (4.8%).

La religión predominante fue la católica con 38 (90.5%), protestante 3 (7.1%) y testigo de Jehová 1 (2.4%).

En relación al estado civil se evidenció prevalencia de pacientes casados 27 (64.3%), solteros 8 (19%), divorciados 4 (9.5%), y viudos 3 (7.1%).

La tabla 1ª de la escala de morisky reveló adherencia terapéutica en 23 pacientes (54.8%), y no adherencia en 19 pacientes (45.2%).

Al cruzar la adherencia terapéutica con el género si adherentes 9 masculinos (41%) y 14 femeninos (59%), no adherentes 13 y 6 respectivamente con  $p= 0.05$ .

El la ocupación mostró a 10 empleados (83.3%) adherentes al tratamiento, dedicados al hogar 6 (66.6%), estudiantes 3 (60%), albañil 2 (33.3%), pescador 2 (20%). Y no adherentes a 8 (80%) pescadores ( $p= 0.03$ ), albañil 4 (66.7%), dedicados al hogar 3 (33.4%), estudiantes 2 (40%), y empleado 2 (16.7%).

Adherencia terapéutica con el grado de escolaridad reveló si adherentes con nivel secundaria a 10 (58.8%), primaria 8 (53.3%), preparatoria 3 (60%), profesional 1 (50%), analfabeta 1 (33.3%). Y no adherentes con nivel secundaria a 7 (41.2%), primaria 7 (46.7%), preparatoria 2 (40%), analfabeta 2 (66.7%), y profesional 1 (50%). ( $p= NS$ )

Con religión resultó adherencia en católicos 20 (52.63%), protestantes 3 (100%), testigos de Jehová 0 (0%). Y no adherencia católicos 18 (47.37%), protestante 0 (0%), testigo de Jehová 1 (100%). ( $p=NS$ )

En relación al estado civil evidenció adherentes a casados 16 (59.2%), solteros 5 (62.5%), divorciados 1 (25%), viudos 1 (33.3%). Y no adherentes casados 11 (40.8%), solteros 3 (37.5%), divorciados 3 (75%), y viudos 2 (6.7%). ( $p = NS$ ). Cuadro 2

La tabla 1a de la escala de Morisky, fue predominante la respuesta afirmativa en el ítem 3 (40.47%) (¿Deja de tomar su medicamento cuando se siente bien?), demostrando que la no adherencia a los antimicóticos en pitiriasis versicolor fuera a expensas de dicho ítem. (Cuadro 3) (Gráfico 2).

### CUADRO 1

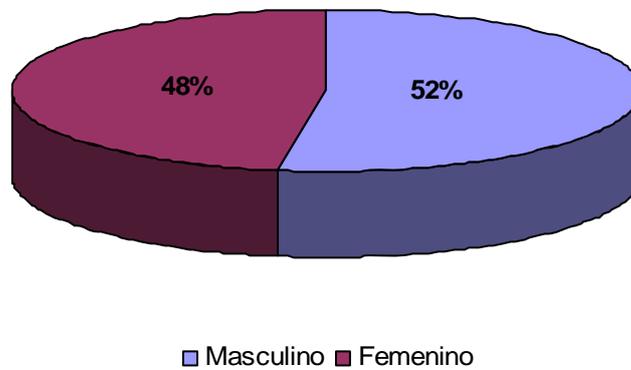
#### Promedio por genero de pacientes con Pitiriasis Versicolor

GENERO	$\bar{X}$	DE
MASCULINO	38.86	16.44
FEMENINO	31.25	12.73

Fuente: Encuesta

### GRAFICO 1

#### Frecuencia por genero de los pacientes



Fuente: Encuesta.

## CUADRO 2

### Características generales de los pacientes estudiados.

VARIABLE		ITRACONAZOL (grupo 1)	MICONAZOL (grupo 2)	P
<b>EDAD</b>	$\bar{X}$	<b>34.9±12.57</b>	<b>36.19±17.56</b>	<b>ns</b>
<b>SEXO</b>	Masc.	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>0.05</b>
	Fem.	<b>10</b>	<b>10</b>	
<b>OCUPACION</b>	Empleado	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>0.033</b>
	Pescador	<b>6</b>	<b>4</b>	
	Hogar	<b>5</b>	<b>4</b>	
	Albañil	<b>3</b>	<b>3</b>	
	Estudiante	<b>2</b>	<b>3</b>	
<b>ESCOLARIDAD</b>	Secundaria	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>ns</b>
	Primaria	<b>8</b>	<b>7</b>	
	Preparatoria	<b>2</b>	<b>3</b>	
	Analfabeta	<b>0</b>	<b>3</b>	
	Profesional	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>RELIGION</b>	Católica	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>ns</b>
	Protestante	<b>0</b>	<b>3</b>	
	Testigo de Jehová	<b>0</b>	<b>1</b>	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado (a)	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>ns</b>
	Soltero (a)	<b>5</b>	<b>3</b>	
	Divorciado (a)	<b>3</b>	<b>1</b>	
	Viudo (a)	<b>2</b>	<b>1</b>	
<b>ADHERENCIA TERAPEUTICA</b>	Si	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>ns</b>
	No	<b>10</b>	<b>9</b>	

Fuente: Encuesta

### CUADRO 3

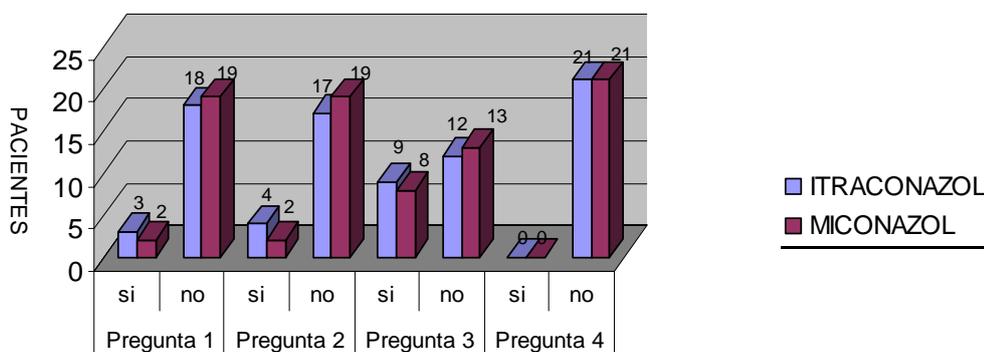
Tabla de Morisky ( 1ª ) respuestas de los paciente encuestados

Ítems	Respuesta	ITRACONAZOL (grupo 1)	MICONAZOL (grupo 2)
¿Ha olvidado tomarse su medicina?	Si	3	2
	No	8	19
¿Es usted descuidado en los horarios de sus medicinas?	Si	4	2
	No	17	19
¿Deja de tomar su medicamento cuando se siente bien?	Si	9	8
	No	12	13
¿Algunas veces, cuando se siente mal deja de tomar sus medicinas?	Si	0	0
	No	21	21

Fuente: Encuesta

### GRAFICO 2

Respuestas a los ítems de la escala de Morinsky (tabla 1ª)



Fuente: Encuesta

## 10.- DISCUSIÓN

La pitiriasis versicolor es una dermatomicosis que afecta a todas las edades<sup>11</sup> similar a lo encontrado en nuestro estudio donde no se observó diferencias significativas entre ambos grupos y con un rango de edad muy amplio.

En el género contrario a lo encontrado por Acosta durante el 2004 en Venezuela<sup>14</sup> predominaron las mujeres de una desconchadora de camarón lo que influyo en sus resultados y en nuestro estudio de tipo comparativo el sexo fue similar en ambos grupos.

El predominio del sexo masculino va de la mano con la ocupación de nuestros pacientes ya que los empleados de hoteles y pescadores predominaron pues es una zona costera donde las condiciones climatológicas favorecen la disminución del recambio celular y estos hombres están expuestos a altas temperaturas de calor y humedad similar a lo demostrado por otros estudios<sup>11, 14</sup>

El nivel educativo no tuvo relación con la adherencia terapéutica en nuestros pacientes demostrando en este estudio que la cultura educativa, así como, la religión y el estado civil no son factores predisponentes de adherencia terapéutica en la pitiriasis versicolor aunque estas variables no se han estudiado en otros trabajos.

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, se ha convertido en un punto muy importante, observamos que el 45.2% de los pacientes fueron no adherentes para ambos grupos de medicamentos por lo que apoya las altas cifras de recidivas de la pitiriasis versicolor, sin dejar de lado la humedad y calor de la zona geográfica estudiada como factores altamente asociados en las recaídas. Agregado a estas ideas se comprueba que los pacientes que no son adherentes suspenden sus tratamientos por sentirse bien esto apoyado en nuestros resultados de la escala de Morisky 1ª. donde la respuesta otorgada al ítem 3 (¿deja usted de tomar su medicamento cuando se siente bien?) fue afirmativa en un 40.4% cifra muy alta pero ligeramente por debajo de lo referido en otros estudios del 51%<sup>6</sup>

## **11.- CONCLUSIONES**

La pitiriasis versicolor sigue siendo un problema de salud en las zonas tropicales y subtropicales por sus altas recidivas en donde los pacientes no se adhieren a los tratamientos por sentirse bien lo que implica implementar formas de concientización o sensibilización en la población expuesta para completar los tratamientos, disminuir los gastos de medicamentos en el instituto mexicano del seguro social con una prescripción razonada de los mismos.

Con los resultados obtenidos es importante realizar acciones enfocadas a concienciar al paciente en adherirse al tratamiento tomando en cuenta su ocupación, edad y estructura ó rol que juega en su familia para hacer participé al resto de los integrantes en la terapia, lo cual permitirá y facilitará la continuidad en el tratamiento hasta su curación.

## 12.- BIBLIOGRAFIA:

1. Padilla MC; Pitiriasis Versicolor, *Dermatología Rev. Méx.* 2005; 49:157-67.
2. Taberner Rosa. Nadal Cristina, T. Vila Antonia, Puig Lluís; Pitiriasis Versicolor, *Curso de Dermatosis Prácticas en Inmigración, Barcelona España 2005: I:* 49-60.
3. Amado Saúl, Peniche Jorge; *Lecciones de Dermatología 13va. Ed. Editorial Méndez Editores 200: 196-98, 332-33 y 338-44.*
4. Maestre Vera JR. Y col., *Ventajas y Desventajas de los antifúngicos de uso tópico. Dpto. de Microbiología, Hospital del Aire, Universidad Complutense, Madrid España; 2004: 315-18.*
5. Goodman y Gilman; *Las bases farmacológicas de la terapéutica 7<sup>ma</sup>. Ed. Capítulo 41; Antisépticos y desinfectantes, Fungicidas y Ectoparasiticidas: Pág. 929-930.*
6. Goodman y Gilman; *Las bases farmacológicas de la terapéutica 7<sup>ma</sup>. Ed. Capítulo 41; Antisépticos y desinfectantes, Fungicidas y Ectoparasiticidas: Pág.960-68.*
7. Libertad Martín Alfonso; *Acerca del Concepto de Apego a Tratamiento; Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30 (4).*
8. Eduardo Sabaté; *Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas para la Acción. Organización Mundial de la Salud 2004. Impreso por la OPS, Washington, DC, 2004: Sección I, Capítulo I; 3-6.*
9. Yurelis Ginarte Arias; *La adherencia terapéutica. Rev. Cubana. Med. Gen. Integr. 2001; 17 (5): 502-505.*
10. Ingaramo A. Roberto; *Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT); Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34:104-111.*
11. Morisky Donald E. ScD; *Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence; Medical Care January 1986, vol 24 No. 1 pag.67-74.*

12. AJ. Carrillo-Muñoz, S. brió, CD, Cárden; Infecciones fúngicas superficiales por levaduras y sertaconazol. *Dermatol. Perú* 2002; 12 (3): 198-210.
13. Arenas Roberto, Isa Isa Rafael y Cruz Ana Cecilia; pitiriasis versicolor en Santo Domingo, Republica Dominicana; datos morfológicos de la malassezia spp. in vivo en 100 casos; *Rev. Iberoam. Micol* 2001; 18: 29-32.
14. Bennett C. Plum F. Cecil. *Tratado de Medicina Interna* 20a ed. Tomo II editorial McGraw-Hill Interamericana 1998; t2:2527-68.
15. Larrondo Muguercia Rubén José, González Angulo Aymée Rosa y Hernández García Luís Manuel: Micosis superficiales, candidiasis y pitiriasis versicolor; *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2001; 17 (6) : 556-71.
16. Acosta Quintero María Eugenia y Cazorla Perfetti Dalmiro José: Aspectos clínicos-epidemiológicos de la pitiriasis versicolor en una comunidad pesquera de la región semiárida del estado de Falcón, Venezuela; *Rev. Iberoam. Micol.* 2004; 21: 191-194.
17. Sistema de Información de Atención a la Salud (SIAIS); Departamento de Epidemiología del IMSS Delegación Nayarit.
18. Registro de Atención Integral a la Salud ( Rais ) de la Unidad de Medicina Familiar # 16 la Peñita de Jaltemba Nayarit .
19. Medina-Carrillo L. , Lomelí-Guerrero L.: Las Variables de estudio: una guía práctica para su operacionalización; artículo especial , *ArchMedFam* 2003; 5 (1): 36-40.

### 13.- ANEXOS.

#### ANEXO 1

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO DENOMINADO ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PITIRIASIS VERSICOLOR.**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado \_\_\_\_\_

Registrado ante el comité local de investigación con el número \_\_\_\_\_

El objetivo de este estudio es demostrar cual es la adherencia terapéutica en pitiriasis Versicolor.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a una encuesta y a que se me realice somatometría de mis lesiones.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

Primeramente saber si tengo información suficiente sobre mi participación, como influyen los factores Biopsicosociales y cuales son los factores que con mayor frecuencia se encuentran dentro de mi comunidad para desarrollar la adherencia terapéutica en la pitiriasis versicolor.

El investigador principal se ha comprometido a darme capacitación acerca de mi enfermedad, así como responder mis preguntas y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo sobre los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte para recibir atención médica posteriormente dentro del instituto.

El investigador principal me ha dado garantías de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente

Dr. Carlos Alberto Lugarel Godinez 10884378  
Nombre, Firma y Matricula del Investigador Principal

Dr. Miguel Ángel Martínez Olmos 99190348  
Nombre, Firma y Matricula del Investigador Asociado

## ANEXO II

### CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.- EDAD: \_\_\_\_\_

2.- SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMENINO

3.- OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

4.- ESCOLARIDAD:

- a) Analfabeta..... ( )
- b) Primaria..... ( )
- c) Secundaria..... ( )
- d) Preparatoria..... ( )
- e) Profesional..... ( )

5.- RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

6.- EDO. CIVIL:

- a) Soltero (a)..... ( )
- b) Casado (a)..... ( )
- c) Divorciado (a)..... ( )
- d) Viudo (a)..... ( )

#### II.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA

### ANEXO III

#### ESCALA DE MORISKY

TABLA 1a

CARATERÍSTICA	SI	NO
¿Ha olvidado tomarse sus medicinas?		
¿Es usted descuidado en los horarios de sus medicinas?		
¿Deja usted de tomar su medicamento cuando se siente bien?		
¿Algunas veces, cuando usted se siente mal, deja de tomar sus medicinas?		

Cuatro respuestas **NO** = Adherencia Terapéutica.

Una respuesta **SI** o mas = No adherencia terapéutica.