

LA IMPORTANCIA DE LA ADHESION AL TRATAMIENTO

María Inés Gómez Santiago

Universidad de La Sabana

Resumen

La presente revisión teórica e investigativa pretende recoger información tendiente a explorar el concepto de Adhesión o Adherencia al tratamiento, atendiendo a las realidades en el área de la salud. Para este objeto, la presentación de la información se hace bajo los siguientes apartados: Definición del concepto adhesión, la relación entre profesional y beneficiario o paciente, factores que influyen en la adhesión al tratamiento, las estrategias para incrementar ésta y por último se plantea una discusión donde se pretende englobar y generar directrices investigativas frente al tema abordado. Se espera con esta tipo de revisiones aportar a los haberes del conocimiento en el campo de la salud específicamente, resaltando el papel de la salud mental y de la psicología como tal.

Palabras Clave: Adhesión al tratamiento, factores psicosociales, adherencia, relación terapéutica, habilidades de afrontamiento.

Abstract

The present theoretical review and investigativa tries to gather information tending to explore the concept of Adhesion or Adherence to the treatment, attending to the realities in the area of the health. For this object, the presentation of the information is done under the following paragraphs: Definition of the concept adhesion, the relation between (among) professional and beneficiary or patient, factors that influence the adhesion to the treatment, the strategies to increase this one and finally a discussion appears where one tries to include and to generate directives investigativas opposite to the approached topic. Type of reviews is waited by this one to reach to the property of the knowledge in the field of the health specifically, highlighting the paper (role) of the mental health and of the psychology as such.

Key words: Adhesion to the treatment, factors psicosociales, adherence, therapeutic relation, skills of confrontation.

LA IMPORTANCIA DE LA ADHESION AL TRATAMIENTO

Que pasa cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad terminal?, que caminos le quedan?. Por lo general, las personas piensan en dos caminos: uno, seguir las indicaciones que dispone el equipo terapéutico ya sea para atacar directamente la enfermedad o para tratar, en la medida de lo posible, hacerla mas llevadera; y dos, esta la deserción total de cualquier tipo de ayuda medica que se puede dar ya sea al comienzo de la intervención del equipo medico o en cualquier momento del tratamiento. Pero, ¿qué factores influyen para que una persona decida seguir o no un tratamiento? Este ha sido un tema arduamente tratado tanto a nivel medico, así como psicológico y social, ya que conlleva a un mejor nivel de vida no solo del paciente diagnosticado sino de todo su núcleo familiar y social.

Ahora bien, la preocupación de los profesionales de que los pacientes sigan sus indicaciones se remonta a tiempos antiguos. Hipócrates afirmaba en algunos de sus escritos que algunos pacientes mentían acerca de si habían o no tomado las medicinas indicadas. El papel del enfermo era juzgado como fundamental, así como la enfermedad, el oficio del medico y las circunstancias externas (Ballester, 2004; Meichenbaum y Turk, 1991). Pero solo fue hasta la década de los sesenta donde los avances tanto médicos como farmacológicos mostraron gran eficacia, dieron pie para interesarse por la parte cuyo papel era fundamental en el mejoramiento o no de la enfermedad por lo cual le dieron preponderancia al interés y dedicación que el paciente le ponía a su tratamiento.

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. (Martín, L. 2004).

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

Definición de Concepto Adhesión

La idea de estudiar la adhesión al tratamiento implica retomar el término adhesión, ya que también se han manejado algunos términos paralelos para definir el cumplimiento o la obediencia que el paciente presenta frente al tratamiento planteado por su terapeuta, razón por la cual se hace la diferencia,

Según Martín, L. (2004) en la literatura anglosajona, por ejemplo, los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

El término “cumplimiento”, es una definición de mayor aceptación. Este término propuesto por Haynes, R. (1979), 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 personal sanitario. Así mismo, Amigó, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998) sugieren también este término el cual refiere a un comportamiento de la persona en cuanto a administración de medicamentos, dieta o cambio de estilo de vida, que coincide con lo

aconsejado por un profesional de la salud; en cuanto a la adherencia, afirman que se trata de la decisión de la persona de cumplir con las instrucciones de los profesionales de la salud. Este término es preferido pues implica participación y compromiso del paciente en su cuidado. (Basterra, M. 1999).

Si se busca el significado del término en castellano, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001), se observa que se define como: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”.

Por otro lado en la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico–sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento (Martín, L. 2004).

Este término ha sido cuestionado y sobre todo se señala un restringido alcance, en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Concretamente se sugiere que el 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. (Ferrer, V. 1995).

Martín. M. & Grau, J. (2004), definieron la adhesión terapéutica como un concepto complejo que se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente

en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”.

Para englobar las diferentes posturas acerca de la terminología que encierra el concepto de adhesión o adherencia, es pertinente encontrar puntos coyunturales que dirección y clarifiquen el objeto de encadenar la etimología con la acción propia del término, específicamente, en el ámbito de la salud.

En este sentido, Martín, L. (2004), propone que para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos;
- b) Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta;
- c) Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento y
- d) El carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

De lo anterior se puede decir que el constructo de definiciones acerca del concepto es múltiple y, si se observa detenidamente, se encontrará que aparece la palabra “proceder”, “conducta”, por lo que se presupone una definición de carácter operacional que remite a lo operacionalización de tendencias de proceder tanto en el beneficiario como en el profesional que proscribe.

Sumado a lo anterior, Ginarte, Y. (2001) afirma que la adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud.

Dentro de estos modelos de comportamientos de salud el que más se destaca es el de el modelo de creencias de salud que ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, porque tiene en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costos-beneficios y las claves para la acción. (Kirscht, J., Kirscht, J. & Rosenstock, I. 1981).

Pero más allá de considerar la adhesión del tratamiento bajo directrices operacionales enmarcadas en conductas específicas, es necesario anticipar que lo que media dicho proceso de adherencia depende de una relación casi vincular que se genera entre los dos protagonistas (profesional y beneficiario), en donde cada uno carga con intereses propios e intenciones frente al compromiso del otro.

Relación profesional y beneficiario

La literatura indica que las habilidades interpersonales de los médicos son muy importantes para establecer relaciones fuertes y confiables con sus pacientes, lo que ofrece beneficios múltiples. La mayoría de los pacientes desea una relación estrecha con el médico de atención primaria. Es obvio que la relación cercana con el médico llega a tener más importancia aún en los períodos en los que el paciente sufre enfermedades graves. (Bendapudi, N., Berry, L., Frey, K., Turner, J. & Rayburn, W. 2006).

La calidad de la relación médico-paciente puede afectar no solo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y la evolución médica, como la

adherencia al tratamiento y la recuperación. En consecuencia, los médicos se han visto motivados a mejorar las técnicas de comunicación y de educación hacia los pacientes, desarrollando sus habilidades para compenetrarse con ellos, alentando las decisiones participativas y transmitiendo respeto y dignidad. (DiMatteo, M. 2004; Martí, M. 2002).

En una investigación hecha por Bendapudi, N., Berry, L., Frey, K., Turner, J. & Rayburn, W. (2006), en donde la meta era analizar las limitaciones en el cuerpo médico de la Clínica Mayo de Scottsdale, en Arizona, y de la Clínica Mayo de Rochester, en Minnesota, y desarrollar un perfil básico de conductas médicas ideales, según las opiniones de los pacientes. Los autores recogieron las opiniones de pacientes para desarrollar un conjunto amplio de comportamientos médicos ideales. Las entrevistas telefónicas, destinadas a establecer la relación médico-paciente, se hicieron en 2001 y 2002, con una muestra al azar de 192 pacientes (con un número casi equivalente de hombres y mujeres), quienes fueron atendidos en 14 servicios de diferentes especialidades de las dos clínicas anteriormente mencionadas.

Para averiguar cuál es la conducta que los pacientes esperan de sus médicos, las entrevistas comprendieron las siguientes preguntas: 1. ¿Cuál ha sido su mejor experiencia en la interrelación con un médico de la Clínica?; 2. ¿Cuál ha sido su peor experiencia en la interrelación con un médico de la Clínica?; 3. Piense en todas las personas con las que usted se interrelacionó en la Clínica, aparte de los médicos. ¿Cuál ha sido su mejor experiencia en la interrelación con ellos?; 4. Si usted pudiese hacer un cambio para mejorar la calidad de sus experiencias en la atención en la Clínica, ¿cuál haría? ¿por qué?.

Según los resultados obtenidos, el médico ideal es confiable, se compenetra con el paciente (empatía), es humano, tiene un trato personal y es directo, respetuoso y

metódico. Los temas más mencionados fueron la dedicación y la empatía. Solo 89 de los encuestados pudieron describir la “peor experiencia” con un médico. Sus respuestas reflejaban los opuestos de las conductas deseadas, en especial la insensibilidad y la falta de respeto. Los problemas relacionados con una atención mala abarcaron desde la arrogancia del médico para educar al paciente, el desinterés en el paciente como individuo, la impaciencia para contestar las preguntas del paciente hasta dejar de analizar el pronóstico con él. Otros temas fueron la atención excelente en la primera visita no seguida de la misma calidad o duración de la visita en las visitas posteriores. Una limitación para la interpretación de estos hallazgos, dicen los autores, es la falta de medición objetiva de las percepciones tanto positivas como negativas.

Así mismo, Dunbar-Jacob, J., & Schlenk, E. (2001), afirman que el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre temas médicos lo pone en desventaja, con poca capacidad de elección, por lo que, para obtener un servicio adecuado confía en su médico. En general, los servicios médicos son inseparables de la presencia física del individuo que requiere la atención. En las salas de internación, el paciente no solo concurre al servicio, homologado a una “fábrica” por los autores, sino que vive en él, y lo comparan con otros servicios del ámbito industrial, entre los cuales son pocos los que brindan camas a sus usuarios; “la atención sanitaria es uno de ellos.”

Los servicios médicos son inevitablemente personales. Otros servicios no requieren la presencia física y emocional del usuario como lo hacen los servicios médicos. Raramente entrañan un riesgo tan elevado para el usuario como el servicio médico. La duda diagnóstica, el plan terapéutico o el procedimiento pueden hacer gran daño al paciente. (Teichman, B., Burker, E., Weiner, M., & Egan, T. 2000).

A la hora de evaluar un servicio tan generador de ansiedad, complejo, próximo, personal e importante como la atención médica, los pacientes están particularmente atentos a qué es lo que puede ver y comprender para interpretar lo que ellos no pueden ver y comprender. La calidad técnica suele ser difícil de evaluar para los pacientes aún después de haber recibido el servicio. (DiMatteo, M., Giordani, P., Lepper, H., & Croghan, T. 2002).

Pero además de lo anteriormente expuesto con respecto a la posición y percepción del paciente o beneficiario, también se encuentra la posición del médico o profesional de la salud. Como se referenciaba anteriormente, el servicio médico es un proceso indudablemente humano, por lo consiguiente desde el rol de médico, existen una serie de características personales que interfieren en la relación terapéutica, y por lo consiguiente, en la adhesión al tratamiento.

Para Kaplan, R., & Simon, H. (1990), se trata de reflexionar acerca de las situaciones que atraviesan los profesionales de la salud en su praxis y experiencia laboral con estos enfermos, ya que conllevan una implicación personal desde su significación existencial y profesional. Son varias las posibilidades que puede el profesional desarrollar como persona y como especialista ante el sufrimiento que origina una enfermedad terminal, irreversible y/o mortal de su paciente.

Desde esta perspectiva en donde el profesional se encuentra en posición dual, donde fluctúan la posición netamente profesional y la inevitable humanización que inherente en él se encuentra, pone de manifiesto que muchas de las decisiones que el médico tome están mediado bajo procesos que son de carácter general a cualquier persona sea cual sea su profesión. En este sentido, Bruguera, M., Gurí, J., Arteman, A. & Valldosera, J. (2001), referencian un análisis a la consideración de las estrategias más

utilizadas para afrontar situaciones problemáticas y estresantes. En primer término se señala que existen estrategias adecuadas y saludables, y estrategias inadecuadas y no saludables. Esta clasificación responde a la problemática de la adaptación hombre – situación límite. Las adaptativas pueden estar orientadas hacia: el problema y el apoyo social; las no adaptativas se caracterizan por estar orientadas hacia: la falta o evitación del afrontamiento, y la autoinculpación y sufrimiento emocional.

En una investigación realizada por Escribà-Agüir, V. & Bernabé-Muñoz, Y. (2002), se evidencian dos patrones diferenciales de afrontamiento entre los médicos entrevistados: En primer lugar esta el “patrón de afrontamiento centrado en las emociones”. Cuando se indaga a los médicos acerca de cómo afrontan el estrés experimentado en su trabajo (fuente directa), principalmente refieren estrategias centradas en las emociones. Dentro de éstas, la estrategia mencionada con más frecuencia es la desconexión conductual (realizar actividades alejadas del ambiente laboral, como ocio o deporte, etc.). En segundo lugar, utilizan la búsqueda de apoyo social emocional, sobretodo el pasar más tiempo con la familia o con amigos. En tercer lugar, recurren a un mayor consumo de fármacos y tabaco. En cuarto lugar, desahogarse en momentos de estrés puntual, expresando cómo se sienten. Y en quinto lugar, la desconexión mental (p.e. relajarse) constituye otro de los recursos que hacen uso los médicos para sobrellevar el estrés laboral.

En segundo lugar esta el “patrón de afrontamiento centrado en el problema”. La utilización preferente de este tipo de estrategias por parte de los médicos se da como respuesta ante cuestiones concretas de su práctica profesional (fuente indirecta). Las estrategias más utilizadas para afrontar factores estresantes laborales específicos (como la incertidumbre ante un diagnóstico), son, en primer lugar, la aceptación (p.e. aceptar la

inexactitud de la ciencia médica), seguida de la búsqueda de apoyo instrumental (p. e. consultar a compañeros, consultar la bibliografía). (Escribà-Agüir, V. & Bernabé-Muñoz, Y. 2002).

Como es notable, tantos los intereses de pacientes como de profesionales de la salud, traen consigo un sin número de variables que dan forma y delimitan la adherencia al tratamiento. Sin embargo, el abordaje de dichas variables y características implicaría un trabajo de revisión en el cual de seguro se encontraría mucha información. Por efectos de esta revisión teórica e investigativa, es preciso concentrarse en otros puntos que hacen parte del proceso de adhesión al tratamiento.

En este orden de ideas, se hace referencia a los diversos factores que influyen en dicha adhesión.

Factores que influyen en la adhesión al tratamiento

Según Crespo, M. (1997), existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido 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 y Los aspectos psicosociales del paciente.

En la interacción profesional de la salud-enfermo cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo,

con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico. (Myers, L., & Midence, K. 1998).

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. (Walkup, J. 2000).

Para DiMatteo, M., & Martin, L. (2002), con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo.

Por otro lado, para Knobel, H., Codina, C., Miró, J., Carmona, A., García, B., Antela, A. et al. (2000), los factores estudiados pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: los relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial y sistema sanitario.

En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos se pueden mencionar: las creencias, las actitudes, las

atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. (Bayés, R. 2000).

La adherencia como conducta de salud va a estar muy relacionada con los valores generales de salud o motivación para la salud, así como también va a estar modulada por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento. Autores como Fishbein y Ajzen (1988) plantearon la importancia de las creencias como factores moduladores importantes en la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones médicas y/o de salud.

Las atribuciones causales o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad van a ser otro factor implicado en la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud. De igual forma la variable apoyo social se ha demostrado que puede contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla. Igualmente los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud. (DiMatteo, M. 2000).

A demás de los anteriores factores expuestos psicosociales, aparecen otros que también interfieren en la adherencia al tratamiento. Para Montesinos, F., Hernández, M. & Luciano, C. (2001), los factores más estudiados, como las características demográficas y socio culturales de los pacientes, los aspectos de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, las características de la enfermedad y los regímenes terapéuticos, no son suficientes para arribar a resultados del todo concluyentes; se plantea que lo que sí parece cierto es que la combinación de algunos de estos factores (entre sí o con las características de la enfermedad o el tipo de programa) parece incidir

sobre la adherencia y que algunos de ellos aparecen relacionados (con la adherencia o cumplimiento) en algunas circunstancias pero no en otras.

Entre los moduladores más específicos de la adherencia terapéutica se encuentran: las creencias de los pacientes, el locus de control, la representación de la enfermedad, el apoyo social, la relación paciente terapeuta y las características del régimen de tratamiento. (Meyerowitz, B. 1980).

Para Bayés, R. (2000), los enfoques cognitivos han dado una gran importancia a las creencias que los sujetos desarrollan sobre determinada cuestión o situación como elemento activador de determinados estados emocionales y de ciertos comportamientos.

Así en el caso de la adherencia terapéutica se ha planteado por Bandura y otros autores, (Bandura, 1982; Taylor, Peplau y Sears, 1994) que existen cinco grupos de creencias principales al respecto: el primer grupo se relaciona con las creencias generales o motivación para la salud, el segundo grupo se vincula con la severidad percibida en cuanto a las posibles consecuencias de una enfermedad, le siguen las creencias relacionadas con la vulnerabilidad percibida, esto es la percepción que tienen los sujetos de ser menos o más vulnerables a la enfermedad, el cuarto grupo se corresponde con la autoeficacia percibida, se trata de las expectativas que se tienen en cuanto a la capacidad para enfrentar y modificar la amenaza a partir de la ejecución de las acciones correspondientes y por último las creencias que se relacionan con el beneficio que se obtendrá con la adherencia al tratamiento, esto es la utilidad percibida.

Por otro lado, para Martín, M. Y Grau, J. (2004), el locus de control es una variable que expresa el grado de responsabilidad que el sujeto asume por lo que le acontece, puede ser interno o externo según la responsabilidad sea depositada en el propio sujeto o fuera de él, respectivamente. En relación con la adherencia terapéutica se

ha planteado que los sujetos externos presentan menos posibilidades de adherirse que los sujetos con locus interno.

En cuanto a la representación de la Enfermedad, los factores socio culturales y en particular los relacionados con el medio familiar, juegan un rol central en las creencias, las actitudes y las representaciones de los sujetos, así el modelo representacional que se tiene sobre una enfermedad, brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de su responsabilidad en la misma, y también de la interpretación de los síntomas, de su curso, y de su posible solución. (DiMatteo, M., 2004).

Por su parte Leventhal y sus colaboradores en 1980 encontraron que la concordancia entre el modelo de representación mental que el sujeto tiene sobre su trastorno y las instrucciones que se le proporcionan, puede ayudar a explicar el nivel de adherencia; a mayor correspondencia mayor adherencia.

Siguiendo con los moduladores de la adherencia terapéutica, el apoyo social, se define como la percepción que un sujeto tiene de que ante situaciones difíciles o problemáticas puede contar con alguna persona o institución que lo auxilie. Se han identificado tres tipos de apoyo: el afectivo (reconocimiento, aceptación, estimulación, etc), el apoyo instrumental (recibir dinero o ayuda para realizar una actividad o resolver una situación) y la información (recibir instrucciones, información pertinente para resolver una situación, etc). (Bayés, R. 2000).

El apoyo social incrementa los recursos de afrontamiento del individuo y en el caso específico de la adherencia puede contribuir al aumento de la misma, sobre todo cuando el grupo familiar o de personas allegadas y significativas para el sujeto comparten los valores, las actitudes, las creencias, los estilos de vida, etc. que se corresponden con el programa de tratamiento, que se convierten así en agentes que

animan el mantenimiento y ejecución de las medidas recomendadas. Lo contrario puede suceder si los agentes de apoyo sienten que algunos aspectos del tratamiento interfieren con sus vidas o tienen actitudes o creencias contrarias a este. (Cirici, R. & Obiols, J. 1998).

Todos los anteriores factores mencionados como determinantes en el desarrollo de la adherencia a determinado tratamiento médico, también pueden ser analizados a partir la de la no adherencia, la cual es también una consecuencia, más común de lo presupuestado. Según Luciano, M. (1999). estos son algunos de los factores asociados al incumplimiento según las características de los pacientes: Edad, género, nivel socio-económico-cultural. Para Luciano, M., Rodríguez, M. & Gutiérrez O. (2004), existen características según el tratamiento, duración régimen posológico, aceptación por parte del paciente, costo, naturaleza y severidad de la enfermedad, tipo, gravedad y la relación médico-paciente.

Según Basterra, M. (1999) y Reichman, L. (1987), la no adherencia está presente en todo el mundo y se distribuye en todos los grupos sociales, étnicos y raciales. Las proporciones de abandono son muy variadas dependiendo, al parecer, del desarrollo de los países, la epidemiología de la enfermedad en cada uno de ellos, la dinámica de los programas de vigilancia y control, y el interés de los gobiernos en la enfermedad como problema de salud pública. (Amigó, I., Fernández, C. & Pérez, M. 1998). Por ejemplo, en el caso específico de la tuberculosis, se reporta una proporción general de abandono para América del 6%, con rangos que van desde 1.6% en Cuba y el 27.6% en Belice; 2. (Álvarez, G. & Dorantes, J. 1998; World Health Organization. 1998; Burman, W., Cohn, D., Rietmeijer, C., Judson, F., Sbarbaro, J. & Reves R. 1997; Cáceres, F., Flórez, N., García, M., Ortega, M. & Téllez L. 2001).

Estrategias para incrementar la adhesión al tratamiento

Para Sarafino, E. (1990), en la literatura se han descrito diversas estrategias para incrementar la adherencia terapéutica, algunas de ellas están destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias. Otras están orientadas a la modificación de la creencia del paciente en materia de salud, y otras se proponen modificar el apoyo social fomentando en el entorno social inmediato del enfermo su adherencia a las prescripciones, o integrándolo a grupos de autoayuda. (Puente, F. 1985).

Algunos autores refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; simplificar los regímenes terapéuticos (dosis, horarios); así como programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales. (O'Connell ; Brien, M. 1990).

Para Cirici, R. (2002). el aspecto clave para optimizar la adherencia al tratamiento es la mejora de la calidad de la comunicación médico-paciente. Esto debe hacerse desde dos perspectivas: por un lado, concienciando al profesional de la necesidad de cuidar el contacto con el paciente, utilizando la empatía y ofreciendo información adecuada; por otro, desarrollando las habilidades sociales del paciente para que pueda negociar los temas relacionados con la medicación con el profesional. Partiendo del supuesto que el paciente es quien mejor conoce su enfermedad y el médico es quien mejor conoce los tratamientos, la terapia debe entenderse como el esfuerzo de un equipo de personas que trabajan en un frente común contra la enfermedad.

Una evaluación adecuada de los principales objetivos personales del paciente debe sentar las bases para la negociación de la prescripción médica, de modo que se potencie la adherencia (Fenton, y col., 1997). Según DiMatteo, M., & Martin, L. (2002), tradicionalmente se habla de dos tipos de métodos para evaluar el cumplimiento, desde la perspectiva de una conducta hacia el consumo de los medicamentos que se incluyen en el tratamiento: Los directos los indirectos. Para Duque, R. & Ortiz, J. (2002), dentro de los métodos directos se encuentran: Monitorización de las concentraciones de los medicamentos en la sangre; Medición de la eliminación en la orina de los medicamentos o sus metabolitos; Empleo de marcadores asociados al fármaco; Medición de concentraciones en saliva; Mediciones de concentraciones en otros fluidos biológicos. Para Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999), una de las grandes ventajas que trae este tipo de evaluaciones es que constatan la presencia del medicamento en el organismo. Sin embargo, Labrador, F. & Castro, L. (1987), contemplan como desventajas que dichos procesos suelen ser costosos y a veces invasivos o molestos para el paciente.

En lo que respecta a los métodos indirectos, Macia, D. & Méndez, F. (1996), dicen que la concentración encontrada en un fluido biológico puede variar por factores diferentes al cumplimiento (por ej. inducción del metabolismo por otros medicamentos o hábitos, diferencias genéticas). Por lo consiguiente es importante exigir un informe verbal o escrito del paciente, familiares, enfermeras o cuidadores, un recuento de medicamento disponible en un tiempo posterior a la dispensación, un recuento informático de veces que fue abierto el envase que contenía formas farmacéuticas, resultados logrados con el tratamiento y la aparición de efectos adversos. (Macia, D. & Méndez, F. 1996).

Los profesionales deben focalizar su tarea en ayudar al paciente a conseguir sus propios objetivos, no a presuponer lo que el paciente desea mejorar. (Cirici, R. 2002).

Así mismo, hay que centrarse en el sentido de anteponer la atención al individuo antes que centrarse de forma reduccionista en su enfermedad (Cirici y Obiols, 1998). Macia, D. & Méndez, F. (1996), recomienda que los clínicos deben realizar una evaluación detallada de los roles que desarrollan los pacientes y del contexto en que los desempeñan.

Navarro, J. (1999) sugiere que es de crucial importancia que la información que se ofrezca a los pacientes incluya conocimientos sobre la enfermedad e información, tanto de los beneficios como de los inconvenientes, de la toma de la medicación.

Muchos profesionales, cuando se encuentran en la situación de ofrecer información sobre la enfermedad, tienen grandes dificultades para hacerlo y comunican el diagnóstico o el tratamiento sólo parcialmente. Así, se llega a la paradoja de intentar convencer a un enfermo que se tome una medicación sin decirle qué enfermedad sufre (Cirici, 2002).

Con el fin de no asustar a los pacientes, también es habitual que se obvien los posibles efectos perjudiciales de la medicación o incluso se recomiende explícitamente no leerse el prospecto. Si tenemos en cuenta que el 66% de los psiquiatras y el 48% de los pacientes consideran que los efectos secundarios son la razón principal del incumplimiento de la medicación (Kelly, 1998) parece evidente que debe ponerse mayor atención a este aspecto. En concreto, los efectos secundarios sexuales afectan a un 47% de los pacientes y es habitual que los médicos no les pregunten sobre ello en los chequeos regulares y que muchos pacientes se resistan a mencionar el tema (Kelly, 1998). Recientemente, un estudio español señalaba que una buena comunicación

médico-paciente reducía el dolor crónico hasta un 20%, mejoraba la movilidad del paciente en un 25% y lo aliviaba de la ansiedad en la misma proporción (Martí, 2002).

Navarro, y col. (1999) proponen unas pautas de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento en atención primaria: Educación sanitaria; Dar instrucciones por escrito/dibujos; Recordatorio para tomar la medicación o acudir a las citas (tarjeta de visita, llamada telefónica, carta recordatoria) y Técnicas de apoyo familiar

Evaluación de la adhesión al tratamiento

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se han propuesto diversos sistemas de métodos: auto informes y auto registros de los pacientes, informes de personas próximas a estos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos. (Puente, F. 1985).

Con relación a la utilización del método ideal, Ferrer V. (1995), plantea que lo idóneo es combinar la entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas.

De igual forma, Ferrer V. (1995) afirma que es importante implementar programas que enmarquen dinámicas que cumplan no solo con las necesidades propias de los beneficiarios sino que también los centros que prestan servicios de atención (clínicas y hospitales) deben procurar seguimientos de carácter informativo, vocacional y formativo para que el cuerpo médico también supla sus inmediatas quejas y logre una atención “humanizada”.

Discusión

Luego de la anterior revisión teórica e investigativa presentada acerca de la adhesión al tratamiento, se pueden inferir varios puntos acerca de cómo se trabaja en el campo de la salud donde el objetivo principal es velar por la salud de seres humanos, proceso en el cual la relación bipartita es innegablemente personal entre beneficiario y profesional.

Desde la etimología del termino adhesión o del término adherencia, se encuentran puntos que determinan el carácter constructivista de dicho proceso terapéutico.

Se considera que es adherencia terapéutica y adhesión al tratamiento, los términos más adecuados, dentro de los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que este entraña y se define como una postura compleja que consta de una combinación de aspectos comportamentales, unidos a otros relacionales y motivacionales 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.

Es pues menester partir de la idea de que la tendencia hacia permanecer o no bajo cierto tratamiento exige la reflexión de diversas variables tanto conductuales, afectivas y cognoscitivas. Esto involucra a paciente y profesional, en donde el buen que hacer de este último es de vital importancia.

No obstante, y como se puede inferir acerca de los planteamientos de Martín, L. (2004), 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.

Por otro lado, 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.

Como mencionaba (DiMatteo, M. 2004), no son solo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y la evolución médica, como la adherencia al tratamiento y la recuperación. En consecuencia, los médicos se han visto motivados a mejorar las técnicas de comunicación y de educación hacia los pacientes, desarrollando sus habilidades para compenetrarse con ellos, alentando las decisiones participativas y transmitiendo respeto y dignidad.

En cuanto a los factores que influyen en la adhesión al tratamiento se puede decir que existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido 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 y Los aspectos psicosociales del paciente. Esto de acuerdo a lo planteado por Crespo, M. (1997).

Es importante agregar que 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. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes

adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones.

En este sentido es importante recalcar algunas acciones para mejorar el cumplimiento de los tratamientos. Taylor, S., Peplau, L. & Sear, D. (1994)., sugieren los profesionales de la salud deben informar sobre: la enfermedad, la importancia y duración del tratamiento, modo y hora de administración de los medicamentos, efectos adversos que pueden desarrollarse durante el tratamiento y qué hacer si así ocurre e informar qué hacer si se omite una dosis. Para Zaldívar, D. (2003), los médicos como tal deben informar sobre: la enfermedad, la importancia y duración del tratamiento, el modo y hora de administración de los medicamentos, los efectos adversos que pueden desarrollarse durante el tratamiento y qué hacer si así ocurre, y qué hacer si se omite una dosis. Sumado a esto, Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1987), recomienda a las industrias de medicamentos desarrollar: envases de medicamentos que contengan, en lo posible, tratamientos completos, elaborar formas farmacéuticas de acción sostenida, hacer medicamentos de vida media de eliminación larga, crear dispositivos que ayuden a mejorar el cumplimiento (calendarios, dispensadores, etc) y desarrollar sistemas de información al paciente. Finalmente, Barra, E. (2003), sugiere a los pacientes desarrollar: mayor compromiso con su tratamiento en cuanto a: mayor cumplimiento de las instrucciones dadas por los profesionales, no cambiar sus medicamentos o suspender los tratamientos antes de lo indicado y no usar medicamentos sin la debida prescripción, o por recomendación de otras personas.

Desde una perspectiva sociológica, el logro de una buena adherencia terapéutica es un requisito que vendría a resolver notables problemas de salud en la población y tendría importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal,

familiar y para la gerencia de los servicios de salud. Debe prestarse especial atención a su abordaje teórico, metodológico e investigativo, muy particularmente desde el campo de la psicología de la salud, al ser ésta la disciplina que se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con los aspectos subjetivos y comportamentales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo y, por ende, su investigación constituye un reto para los interesados en el tema. Hay problemas de naturaleza teórica y también en el aparato metodológico necesario para abordar un fenómeno con estas características, sobre todo en cuanto a diseños para su estudio y recursos instrumentales válidos y confiables que hagan posible realizar buenas evaluaciones de los niveles de adherencia y que, a su vez, atiendan a las particularidades de las diversas enfermedades.

A pesar de todos los cuestionamientos, interrogantes y desafíos que entraña este problema y de las inevitables limitaciones que pueda tener su esclarecimiento en los momentos actuales, resulta una necesidad impostergable emprender estudios en esta línea. Ellos aportarán mucho a la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y al perfeccionamiento de la práctica médica. En la medida en que estos estudios enriquezcan el quehacer y el conocimiento en los campos de la medicina y de las ciencias de la salud, devendrán contribuciones importantes para el desarrollo de la psicología de la salud.

Finalmente, 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 este terreno se presentan.

Referencias

- Álvarez, G. & Dorantes, J. (1998). Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. *Salud Pública*. Vol 40, Pag: 272-5.
- Amigó, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. *Manual de Psicología de la Salud*. Ed. Pirámide.
- Ballester, R. (2004). Adhesión terapéutica. Revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH. *Revista de Sicopatología y Psicología Clínica*. Vol 7, 151-175.
- Bandura A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona. España: Martínez Roca.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*. Vol. 1. Pag: 97-106.
- Bayés, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero S, Larrañaga E, eds. *SIDA: una visión, multidisciplinar*. La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Pag: 95-103.
- Bendapudi, N., Berry, L., Frey, K., Turner, J. & Rayburn, W. (2006). *Relación clínica con el paciente: La conducta médica ideal según los pacientes*. Obtenido de Internet <http://www.diariomedico.com/entrada/index.html>
- Bruguera, M., Gurí, J., Arteman, A. & Valldosera, JG. (2001). La atención de los médicos hacia su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clí*. Vol. 117, Pag. 492-4.
- Burman, W., Cohn, D., Rietmeijer, C., Judson, F., Sbarbaro, J. & Reves R. (1997). Short-term incarceration for the treatment of noncomplicance with tuberculosis treatment. *Chest*. Vol. 112.. Pp: 57-62.

- Cáceres, F., Flórez, N., García, M., Ortega, M. & Téllez L. (2001). Características epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis en Bucaramanga, 1990 a 1999. *Médicas UIS*. Vol 15, Pag: 89-98.
- Cirici, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes sicóticos. *Revista Psiquiatría Facultad Medica Barna*. Vol 4: Pag. 232-238.
- Cirici, R. & Obiols, J. (1998). La terapia cognitivo-constructivista en el proceso de rehabilitación de la esquizofrenia. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barna*. Vol. 6: Pag.166-71.
- Crespo, M. (1997). Adherence to potent antirretroviral therapy. *Journal Association of Nurses AIDS Care*. Vol. 5, Pg. 43-54.
- Dahl, J., Wilson, K., Luciano, C. & Hayes, S. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy and Chronic Pain*. Reno, Nevada: Context Press.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3).
- DiMatteo, M., Giordani, P., Lepper, H., & Croghan, T. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care* V. 40, Pp. 794–811.
- DiMatteo, M., & Martin, L. (2002). *Health psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- DiMatteo, M. (2000). Practitioner-family-patient communication in pediatric adherence: Implications for research and clinical practice. In D. Drotar (Ed.), *Promoting adherence to medical treatment in childhood chronic illness: Concepts, methods, and interventions* (pp. 237–258). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dunbar, J. y Agras, W. (1980). Compliance with medical instructions. En J.M. Ferguson y C.B. Taylor (Eds.): *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine* (vol. 1). Lancaster: M.T.P.,

- Dunbar-Jacob, J., & Schlenk, E. (2001). Patient adherence to treatment regimen. EN: A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singler (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 571–580). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Duque, R. & Ortiz, J. (2002). *Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. Revisión teórica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Eisenthal, S., Emery, R., Lazare, A. Y Udin, H. (1979). “Adherente” and the negotiated approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 36(4). Pg: 393-398.
- Escribà-Agüir, V. & Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana; un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española Salud Pública*. Vol. 76, Pp. 595-604.
- Fenton, W., Blyler, C. & Heinssen, R. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 4: Pp. 637-51.
- Ferrer, V (1995) Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*. 7(1), Pag 35-61.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1988). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. USA: Addison Wesley.
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana Medicina General Integral*. V.17.
- Haynes, R (1979). Introduction. En: Haynes, R. Taylor, D. Sackett, D. *Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press*. p. 1-7.

- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Kaplan, R., & Simon, H. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self predictions. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol.12, Pp. 66–71.
- Kelly, J. (1998). El impacto de la Medicación Antipsicótica: Estudio de Actitudes y Percepciones. *En: Notas de prensa: Rev Psiquetría Fac Med Barna*. Vol. 7: Pp. 222-3.
- Kirscht, J., Kirscht, J. & Rosenstock, I. (1981). A test of interventions to increase adherence to hypertensive regimens. *Health Educ* Vol. 8. Pp. 261-272.
- Knobel, H., Codina, C., Miró, J, Carmona., A, García, B., Antela, A. et al. (2000). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. Vol. 18, Pp. 27-39.
- Labrador, F. & Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. Vol. 5. Pp: 17-164.
- Leventhal H, et al. (1980). The common sense representation of illness danger. *In : Rachmand S, editor. Contributions to medical psychology*. NY: Pergamon Press. Vol.2. Pp.7-30.
- Luciano, M. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Anal Mod Cond* Vol.25. Pp: 497-584.
- Luciano, M., Rodríguez, M. & Gutiérrez O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *Int J Psychol Psychol Ther*. Vol. 4. Pp: 377-94.

- Macia, D. & Méndez, F. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. *En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC, eds. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Martí, M. (2002). Una buena comunicación médico-paciente reduce el dolor crónico hasta el 20%. Obtenido de Internet: <http://www.elpais.es/suple/articul...rint>
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública* v.30 n.4. Obtenido de Internet http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext
- Martín, M. Y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. , 14, 5-7.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psicol Bull*. Vol. 8. Pag: 108-31.
- Montesinos, F., Hernández, M. & Luciano, C. (2001). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Anal Mod Cond*. Vol. 27. Pag: 503-23.
- Myers, L., & Midence, K. (1998). Adherence to treatment in medical conditions. *London: Harwood Academic*.
- Navarro, J. (1999). *El cumplimiento terapéutico. Manuales de referencia en atención primaria*. Madrid: Doyma.
- O'Brien M. (1990). Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. *Am J Kidney Dis*. Vol. 3, Pag: 209-14.
- Puente, F. (1985). Adherencia terapéutica. *La Vanguardia de la Salud*. Pp. 10-96.

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

Real Academia de la Lengua Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. 22^a. Edición. Obtenido de Internet <http://buscon.rae.es/draeI/>

Reichman, LB. (1987). Compliance in developed nations. *Tubercle*. Vol. 68, Pp: :25-9

Serafino, E. (1990). Using health services. *Health Psychology*. Pp. 285-318

Teichman, B., Burker, E., Weiner, M., & Egan, T. (2000). Factors associated with adherence to treatment regimens after lung transplantation. *Progress in Transplantation*, 10, 113–121.

Taylor, S., Peplau, L. & Sear, D. (1994). *Health: Social Psychology*. Pp. 446-95

Walkup, J. (2000). Disability, health care, and public policy. *Rehabilitation Psychology*. Vol. 45, Pp. 409–422.

World Health Organization. (1998) *WHO report on the tuberculosis epidemic*. Geneva, WHO. 45.

Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*. Obtenido de internet en: www.infomed.sld.cu