

Tema 14. La adherencia al tratamiento



14.1 Introducción.

14.2 Concepto de adherencia al tratamiento.

14.3 Modelos explicativos.

14.4 Evaluación de la adherencia.

14.4.1 El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974).

14.4.2 Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein 1973; Ajzen 1991; Fishbein y Ajzen 1975).

14.4.3 Modelo de los Sistemas Autorreguladores de Leventhal.

14.4.4 Teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura 1977, 1980, 1991, 1997).

14.5 Variables implicadas en la adherencia.

14.5.1 Variables sociodemográficas.

14.5.2 Las creencias del paciente.

14.5.2.1 Las metas esperadas del tratamiento.

14.5.2.2 La motivación.

14.5.2.3 La severidad percibida.

14.5.2.4 La vulnerabilidad percibida.

14.5.2.5 La autoeficacia percibida.

14.5.3 El tipo de enfermedad.

14.5.4 El tratamiento farmacológico.

14.5.5 La relación entre paciente y los P.S.

14.5.6 La información.

14.5.7 El apoyo social.

14.5.8 Las variables de la organización.

14.6 Estrategias destinadas a aumentar la adherencia.

14.7 Referencias del Tema 14.



Hipócrates (izquierda) y Galeno. Las dos figuras médicas más importantes de la antigüedad clásica, en un fresco perteneciente a una capilla benedictina de Anagni, Lazio, al sur de Roma. Siglo XII

14.1 Introducción

Hipócrates, considerado el padre de la Medicina, ya observó que los pacientes a menudo mentían cuando decían haber tomado sus medicinas. Desde entonces muchos profesionales han dejado testimonio sobre esta y otras conductas relacionadas con la adherencia.

A partir de 1970 el estudio de la adherencia adquiere mayor interés empírico. Numerosos estudios que aparecen desde ese momento ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de salud, las cuales se pueden agrupar en cuatro grandes apartados:

- 1) Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad,
- 2) Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y en el tratamiento,
- 3) Crecimiento del coste sanitario y
- 4) Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente. Todo ello, hace necesario que los profesionales de la salud (P.S.) adopten estrategias destinadas a prevenir o disminuir la falta de adherencia.

Aunque cada vez son más los P.S. preocupados por la falta de adhesión de sus pacientes, varios estudios han venido a señalar que P.S. sobrestiman (WHO, 2003), de manera sistemática, la tasa de adhesión de sus pacientes a sus recomendaciones. A menudo los P.S. son los últimos en conocer la falta de adhesión terapéutica de sus pacientes, porque normalmente éstos no revelan esta información o porque frecuentemente los P.S. emplean procedimientos poco fiables para evaluar la adhesión o, simplemente, olvidan o evitan preguntar sobre ella.



14.2 Concepto de adherencia al tratamiento

Al igual que ha ocurrido al intentar ofrece una definición de muchos de los conceptos que han ido apareciendo a lo largo de esta Asignatura no existe un acuerdo entre los autores a la hora de definir adherencia. A pesar de ello, considero necesario ofrecer una definición, además creo que este debe ser un paso previo a cualquier estudio o investigación. Si no damos una definición de aquello que vamos a estudiar o investigar nos resulta muy difícil delimitar nuestro campo de estudio y operativizarlo, igualmente, nos podemos encontrar con que aquello que estamos estudiando o investigando en realidad no es lo que pretendíamos en un principio. Por lo tanto, opino que es fundamental definir el concepto antes de pasar a investigarlo o estudiarlo.

Según indica Ferrer (Ferrer, 1995), en la revisión bibliográfica que hace de la adherencia, en la bibliografía anglosajona suelen emplearse, habitualmente, dos términos indistintamente para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud o terapéuticas: *compliance* (cumplimiento) y *adherence* (adhesión o adherencia). En nuestro país no ocurre lo mismo, así hay autores que se decantan por el término cumplimiento (Rodríguez-Marín, 1990), otros lo hacen por adhesión o adherencia (Ortego, 2004), otros consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia (Maciá & Méndez, 1986) y otros, como ocurre en la literatura anglosajona, emplean indistintamente los conceptos de cumplimiento y adherencia (Fajardo & Cruz, 1995) (Cuevas et al., 1996) (Codina et al., 1999).

Aunque, como he dicho anteriormente, no existe unanimidad a la hora de definir adherencia, una de las definiciones más aceptada es la que dieron Epsein y Cluss, en el año 1982. Para estos autores la adherencia o el cumplimiento es *“La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”*.

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los P.S., tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico (Rodríguez-Marín, Martínez, & Valcárcel, 1990) (Meichenbaum & Turk, 1991) (Fajardo & Cruz, 1995) (Cuevas et al., 1996).

Además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancias (ej.: el paciente se adhiere bien a la recomendación de no consumir alcohol cuando está en casa pero los fines de semana la incumple), o a ciertas prescripciones o recomendación pero no a otras (ej.: un diabético insulino dependiente se puede adherir bien a las inyecciones de insulina pero no a la dieta prescrita).

Por lo tanto, al hablar de la adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen (tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo...), y complejo porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no a otras.



14.3 Modelos explicativos

Como he indicado anteriormente, la adherencia o cumplimiento es un fenómeno múltiple y complejo, lo cual contribuye a complicar el diseño de un sistema de evaluación idóneo para este fenómeno. A pesar de las limitaciones existen numerosos estudios que han cuantificado conductas implicadas en la adhesión (Meichenbaum & Turk, 1991) (Brea et al., 1999) (García, Sánchez, Sanz, Gutiérrez, & González, 1999) (Knobel, 1999) (Albiach, Linares, Palau, & Santos, 2000) (Martín, Burgos, & Varcacel, 2000) a través de diversos sistemas de evaluación (Meichenbaum & Turk, 1991) (WHO, 2003) con resultados variables, siendo los más utilizados los siguientes:

- **Los autoinformes.** Consiste en pedir al paciente indique en qué medida se ha ajustado a lo prescrito. Aunque de dudosa fiabilidad^[1], pues aporta normalmente unos datos sobrestimados de la adherencia, es la medida más empleada para evaluar la adhesión. Algunos autores señalan que la precisión del autoinforme puede ser incrementada informando al paciente que será sometido a mediciones bioquímicas para verificar la exactitud de su información.
- **Los informes de personas próximas al paciente.** En este caso, los familiares o amigos pueden ser los informantes. Presenta los mismos problemas que el anterior, pero si se utiliza como complemento del autoinforme mejora su fiabilidad.
- **Los resultados clínicos.** Los resultados terapéuticos valorados en cuanto a desaparición o mantenimiento de los síntomas y signos de la enfermedad no indican de forma fiable el cumplimiento del régimen. Por lo tanto, emplear el resultado clínico como medición entraña un sesgo ya que se asume que existe una estrecha relación entre el tratamiento y el resultado deseado. En ocasiones, los pacientes pueden mejorar o empeorar por muchas razones distintas, independientemente de haber seguido o no las recomendaciones del P.S..
- **Los autorregistros.** Se puede solicitar al paciente que registre durante unos días conductas relacionadas con la adherencia como: el número de pastillas que toma, las veces que realiza ejercicio físico o el tipo de alimento que consume. A pesar de no estar exentos de dificultades la fiabilidad de este procedimiento es superior a la de los anteriores.
- **La medición del consumo de medicamentos.** Los métodos dirigidos a la medición del consumo de medicamentos han sido, sin duda, los más estudiados y desarrollados, llegando a utilizar instrumentos de gran complejidad técnica. Los más simples son los basados en el recuento de las píldoras o envases. En este caso, se suele proporcionar a los pacientes una cantidad algo mayor de la medicación prescrita y se les instruye a devolver periódicamente las cantidades que no tomen. La cantidad devuelta es restada de la dosis recomendada para determinar el grado de adhesión. Este procedimiento asume que la medicación que falta ha sido ingerida, pero el paciente puede haberla extraído de los envases y tirado a la basura y no comunicar este hecho. Por lo tanto, suelen proporcionar una información sobreestimada de la adherencia al tratamiento y, además, no informan del uso que ha hecho el paciente de la medicación.

- **Las mediciones bioquímicas.** Se realizan análisis dirigidos a detectar la presencia en: orina, sangre o en alguna secreción, del agente terapéutico, de algún marcador situado en dicho medicamento, o de sus productos metabólicos. Son considerados como la mejor y más fiable alternativa para evaluar la adherencia, al no estar sujetos al sesgo que puede introducir voluntariamente el paciente. Lamentablemente, no todas las conductas implicadas en la adherencia pueden ser fácilmente traducidas en mediciones bioquímicas, y aquellas que sí lo son, en ocasiones, exigen exámenes bioquímicos muy difíciles y costosos de efectuar. Además, los exámenes bioquímicos pueden ser también engañosos si no se realizan de manera regular. Un ejemplo de determinación de la adherencia a través de mediciones bioquímicas es la hemoglobina glicosilada^[2]. La hemoglobina glicosilada se puede utilizar como una medida indirecta de los cambios que se han producido en la adherencia al tratamiento en diabéticos. Es frecuente que los días previos a la determinación de glucemia estos pacientes controlen mejor la dieta, el ejercicio y el tratamiento farmacológico, con lo cual consiguen valores de glucemia bastantes normalizados, pero si se realiza una determinación de hemoglobina glicosilada nos podemos encontrar que este valor^[3], posiblemente, no esté tan normalizado como el de glucemia, esto nos puede hacer sospechar que el paciente no se ha adherido, al tratamiento en los dos-tres meses anteriores a la determinación, tan bien como lo ha hecho los últimos días.

Dado que ninguno de estos métodos, en sí mismo, proporciona una información lo suficientemente fiable y válida en torno a la adherencia, parece más adecuado, tal y como sugieren varios autores (Cordina et al., 1999) (Knobel, 1999) recurrir a utilizar más de uno de ellos simultáneamente (autoinforme más análisis bioquímicos, autorregistro más medición del consumo de medicamento, etc.) con el objeto de obtener una adecuada corroboración de los datos. De igual forma, parece apropiado combinar medidas generales de adherencia o cumplimiento con otras más específicas.

[1] Fiabilidad: la exactitud con la que un test mide una determinada característica.
Validez: el grado en el que un test mide lo que se supone debe medir.

[2] La hemoglobina glicosilada hace referencia a una de las fracciones de hemoglobina que tiene capacidad de glicosilarse (unirse a la glucosa de forma irreversible). La vida media de la hemoglobina (del hematíe) es de 2-3 meses, por lo que nos proporciona una estimación del valor medio de glucosa que el paciente ha tenido durante 2 meses.

[3] El valor de la hemoglobina glicosilada, aunque varía de unos a otros laboratorios, se considera normal cuando es inferior a 7,6%.



14.4 Evaluación de la adherencia

En tanto conducta de salud, la adherencia se ha intentado explicar a partir de los modelos propuestos para interpretar otras conductas de salud.

Inicialmente, se intentó describir desde características de personalidad y variables sociodemográficas (Huici, 1985) (Rodríguez-Marín, 1990) (Rodríguez-Marín et al., 1990). Desde esta perspectiva la adherencia es considerada como una tendencia consustancial de la persona y, por consiguiente, relativamente estable y difícil de modificar. Aunque las características de la personalidad y las variables sociodemográficas pueden explicar algunas conductas de adherencia (ej.: la incapacidad para leer las etiquetas o prospectos, incapacidad frecuente en personas ancianas, suele estar asociada a falta de seguimiento de las prescripciones), este punto de vista pronto demostró ser insuficiente.

Posteriormente, se intentó ofrecer una explicación desde modelos operantes, focalizados en los estímulos ambientales o claves para elicitación de la acción, en las consecuencias reforzantes del seguimiento de prescripciones y en la influencia de los procedimientos de moldeamiento o aproximaciones sucesivas para el desarrollo de estas conductas. Aunque más ajustados que los anteriores, estos modelos por sí solos también resultaron insuficientes.

Esta insuficiencia llevó a recurrir a modelos socio-cognitivos propuestos para describir otras conductas de salud, como el modelo de creencias sobre la salud (MCS) y la teoría de la acción razonada (TAR). Estos modelos socio-cognitivos también han demostrado ser limitados para detallar las diferentes conductas implicadas en la adherencia.

Esta insuficiencia llevó a recurrir a modelos de salud, principalmente a modelos socio-cognitivos. Aunque los modelos de salud también se han mostrado limitados a la hora de explicar la adherencia ofrecen la posibilidad de diseñar y llevar a cabo intervenciones enmarcadas dentro de un enfoque teórico.

Modelo	Autor (año)
Análisis existencial	Binswanger (1957)
Preventivo en salud	Leavell y Clark (1958)
Creencias en salud	Hochbaum y Rosenstok (1958)
Cambio organizacional	Bennis, Benne y Chin (1991)
Sociedades abiertas	Nyswander (1967)
Territorios de salud	La Framboise (1973)
Campo de salud	Lalonde (1974)
Locus de control en salud	Wallston y Wallston (1976)
Psicosocial del comportamiento	Kar (1978)
Acción de salud	Tones (1979)
Salutogénico	Antonovsky (1979)
Transtórico del cambio	Prochaska (1979)
Médico preventivo de educación	Vouri (1980)
Precede	Grren y Kreuter (1980)
Indicadores positivos de salud	Catford (1983)
Ecológico de salud	Hancock (1984); Mcleroy (1988)
Determinismo recíproco del cambio	Baranowski (1990)
Triesférico de promoción	Tannahill (1990)
Precede-proceed	Green y Kreuter (1991)
Alianzas promotoras de salud	Gillies (1995)
Análisis estrategico-Helpsam	Haglund (1996)

Tabla 1.- Modelos utilizados en salud pública en el siglo XX. (Cabrera, 2004).

Un modelo puede ser definido como un conjunto de elementos que intenta representar un aspecto de la realidad. Por lo general se derivan de teorías pero también pueden surgir de la vida empírica o de la simple abstracción a modo de descripción verbal. Existen muchos modelos de salud. En este sentido, en una revisión efectuada por Cabrera (Cabrera, 2004) sobre los modelos utilizados en salud pública en el siglo XX, este autor identificó 60 modelos, algunos de los cuales se muestran en el cuadro 1.

Los modelos teóricos que se han empleado más frecuentemente en los estudios sobre adherencia son el modelo de Creencias de Salud y la Teoría de la Autoeficacia de la Teoría Cognitiva Social (Tuldra & Wu, 2002).

A continuación se describen las principales formulaciones teóricas de algunos de estos modelos.

14.4.1 El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974)

El Modelo de Creencias en Salud fue desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de Salud Pública norteamericano, encabezado por Hochbaum, en su interés por buscar una explicación a la falta de participación pública en los programas de detección precoz y prevención de enfermedad. Posteriormente el modelo fue adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas de salud, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad o el cumplimiento del paciente con los tratamientos y las recomendaciones médicas (Jiménez, 2003) entre ellos la adherencia al tratamiento antirretroviral (Geletko, Ballard, & Mathews, 1995).

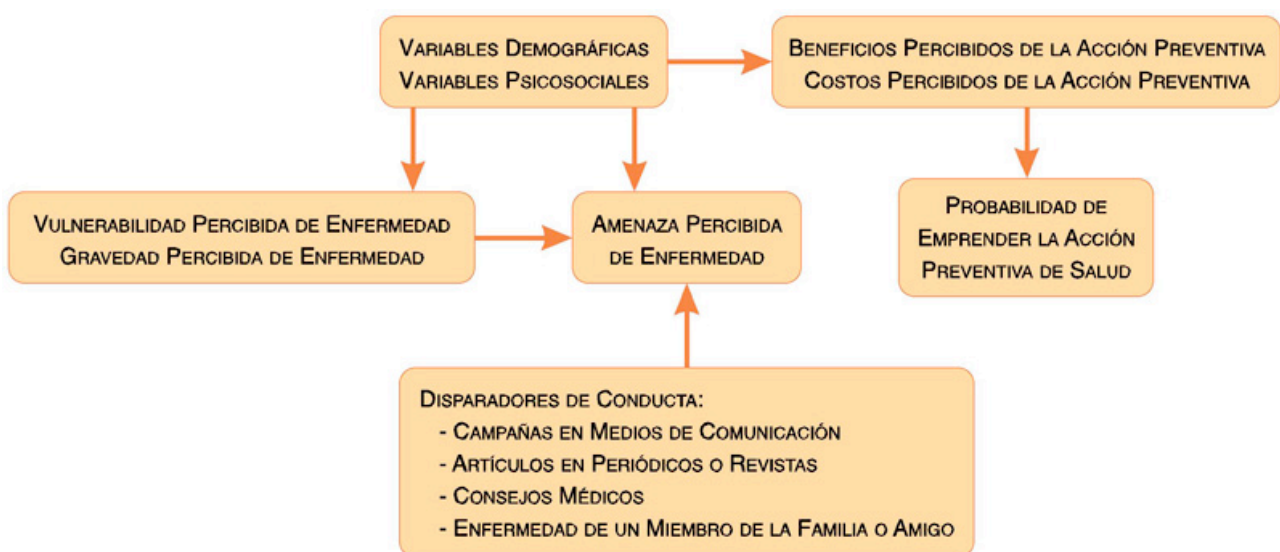
Este modelo está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado.

El Modelo de Creencias en Salud en su versión original (Rosenstock, 1960), identifica básicamente cuatro variables que parecen influir en el sujeto a la hora de llevar a cabo una determinada acción preventiva. Estas variables se agrupan en torno a dos dimensiones generales de creencias:

1. La primera dimensión se refiere al grado de preparación o disposición psicológica del sujeto para llevar a cabo una determinada acción preventiva que viene determinada por la vulnerabilidad percibida y la gravedad percibida.
2. La segunda dimensión hace referencia a los beneficios/ costes percibidos de la acción preventiva.

La combinación de las dos primeras variables, denominadas por algunos investigadores como amenaza de enfermedad, proporcionará al sujeto la motivación para actuar. La conducta preventiva concreta que el sujeto adopte será aquella que comporte mayores beneficios percibidos y menos costes de cara a reducir la amenaza de enfermedad (Rosenstock, 1960).

Además de estas dos dimensiones básicas, en algunas de las primeras versiones de este modelo se incluían otros factores como, las claves para la acción y los factores modificantes.



Cuadro 1.- Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman (1975 en: (Jiménez, 2003)).

La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud. Esta vulnerabilidad que se experimenta, a su vez, esta condicionada por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirlas. Un incremento en la percepción de vulnerabilidad ante una amenaza para la salud produce una motivación y un fortalecimiento de las conductas de protección hacia esa amenaza. Además se hace una estimación de los costes/beneficios de llevar a cabo la conducta, de manera que la persona utilizará una serie de claves o señales bien externas o internas que le ayudará a determinar la decisión de puesta en práctica de la conducta. En conjunto, si hay una disposición alta para emitir la conducta y las barreras consideradas son bajas, es probable que realice la conducta preventiva o de salud, al contrario, se omitirá la acción (Bretón, 2007).

Dentro de las contribuciones de este modelo se encuentran: conceptualizar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad. Entre sus limitaciones están (Jiménez, 2003):

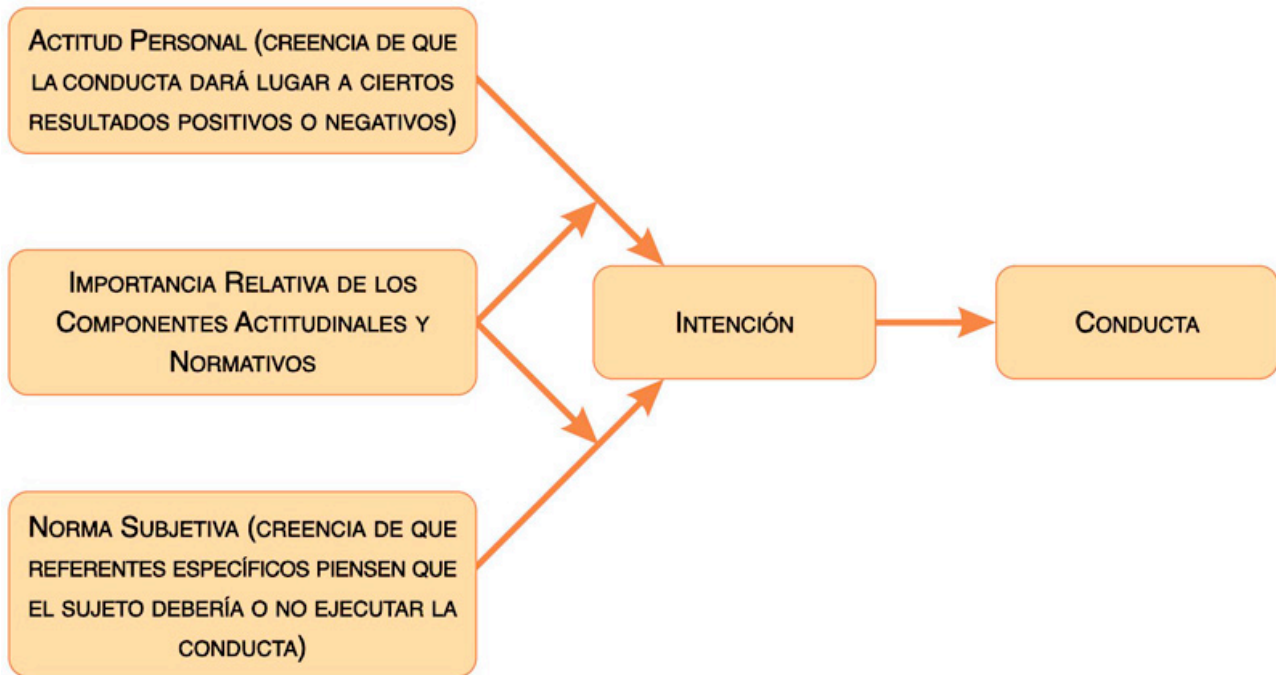
1. El modelo es demasiado racionalista y se ha encontrado que muchas veces el sujeto no se comporta de forma consistente con sus creencias.
2. El hecho de considerar que la percepción de riesgo es un acto individual que se desprende de la percepción de susceptibilidad y severidad de la enfermedad, no permite considerar la influencia de elementos sociales más objetivos derivados de ambientes en los que el sujeto está inmerso.
3. El modelo resta importancia al elemento emocional individual y social suscitado ante determinada enfermedad. Niega la influencia en el procesamiento de la información de las variables emocionales.
4. No se incluye como variables de estudio las diversas formas de afrontamiento previas que individuos llevan a cabo ante un evento de enfermedad.
5. Percibe al sujeto como un procesador lógico-económico que aplica el principio de costo-beneficio en el proceso de la información respecto a las conductas promotoras de salud.

14.4.2 Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein 1973; Ajzen 1991; Fishbein y Ajzen 1975)

Otro marco teórico muy utilizado que subraya el papel de los factores cognitivos motivaciones como determinantes de la conducta de salud en general es la Teoría de la Acción Razonada desarrollada por Fishbein y Ajzen. El interés de esta teoría fue el de establecer un modelo que tuviera un mejor poder predictivo de la conducta en función del estudio de las actitudes que otros modelos de valor esperado no habían podido establecer.

Lo realmente relevante de Fishbein y Ajzen, es defender la idea de que nuestras creencias determinan nuestras actitudes y nuestras normas subjetivas y, por ello, aunque de forma indirecta, determinan nuestras intenciones y conductas.

Al aplicar el modelo al estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, sus autores argumentan que las personas recogen del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos para la salud y los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas. El elemento principal como antecedente de la conducta es la intención conductual, de la cual depende tanto la ejecución de la conducta motivada, como la intensidad con la que se lleve a cabo. La intención está determinada a su vez por dos variables: una personal diferida a la actitud personal hacia la conducta (evaluación favorable o desfavorable por parte del sujeto de esa conducta) y una variable social referida a las expectativas que, respecto a esa conducta, el sujeto percibe en su medio social (presión social que le induce a realizar o no realizar cierta conducta), denominada influencia social normativa o norma subjetiva.



Cuadro 2.- *Teoría de la acción razonada (1975) (Jiménez, 2003, pp. 841).*

Posteriormente, Ajzen (1985, 1991) agregó al modelo una nueva variable, el grado de control percibido sobre la conducta, con la pretensión de que el modelo pudiera predecir conductas sobre las que los individuos tienen un control volitivo incompleto (no depende únicamente de la voluntad del sujeto para realizarlas). El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los que se refieren a la falta de habilidades o competencias del sujeto para llevar a cabo la conducta y los obstáculos situacionales, tales como las oportunidades y los recursos disponibles para ejecutar la conducta. La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla.

14.4.3 Modelo de los Sistemas Autorreguladores de Leventhal

El modelo de los Sistemas Autorreguladores fue desarrollado por Leventhal y sus colaboradores (Leventhal, Meyer y Nerez, 1980) con la pretensión de superar las dificultades puestas de manifiesto en las investigaciones que tenían como referente el Modelo de Creencias de Salud y la Teoría de la Acción Razonada.

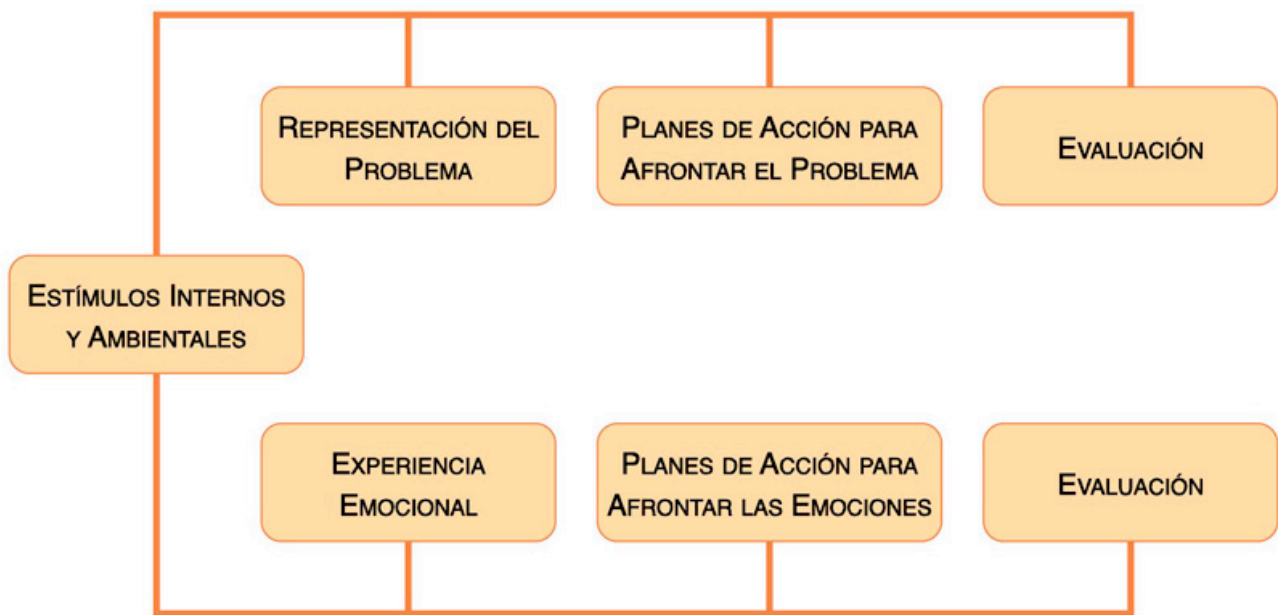
Para explicar la conducta de las personas en relación con la salud y la enfermedad. Leventhal se sirve del modelo para definir a las personas como sujetos activos, inmersos en un proceso permanente de evaluación de su estado presente y cuyo objetivo sería preservar su estado de funcionamiento ideal mediante la retroalimentación. Por medio del modelo, intentan explicar la forma en que las personas están inmersas en un proceso autorregulador que les permite la adaptación a corto y largo plazo ante situaciones de enfermedad. Los comportamientos ante la enfermedad estarían determinados por las representaciones o creencias de sentido común acerca de la enfermedad: identidad (etiqueta y síntomas), causa, consecuencias, el estado corporal real, el estado corporal ideal, la experiencia emocional, los planes de cambio y la forma en que el sujeto evalúa todos estos aspectos.

El modelo propone dos canales paralelos en ese proceso. Uno de ellos daría lugar a la elaboración de una representación objetiva de la amenaza a la salud, así como el desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla. El segundo sistema supone el procesamiento de las reacciones emocionales

ante esa amenaza y la puesta en marcha de estrategias para controlar esa emoción. Se trataría, por tanto, de dos sistemas independientes que pueden, ocasionalmente, interferir uno en otro.

El sistema autorregulador parte de la percepción de los estímulos internos y ambientales que inician el progreso de autorregulación. Los tres niveles superiores del esquema corresponden a:

- 1) El procesamiento cognoscitivo, esquemático y representacional de los estímulos a través de las representaciones de sentido común que se tengan de la enfermedad y de la peligrosidad con que se percibe la enfermedad, sus posibles consecuencias al padecerla y la vulnerabilidad percibida;
- 2) Los planes de acción y la selección de las conductas para afrontar la enfermedad y
- 3) Evaluación de los resultados de las conductas llevadas a cabo, atendiendo a los progresos según la consecución del estado ideal; esto es, si se han conseguido los objetivos que desencadenaron ese proceso de autorregulación.



Cuadro 3.- Modelo de los sistemas autorregulatorios (1987) (Jiménez, 2003, pp. 843).

Los tres niveles inferiores del esquema corresponden al procesamiento representacional emocional de los estímulos, donde las emociones se conciben como sentimientos subjetivos que integran la respuesta afectiva ante los estímulos que sirven como elementos guía de la conducta. Los estados emocionales podrían activarse en cualquiera de las tres etapas e interactuar con el procesamiento cognoscitivo de ciertos estímulos.

Para Leventhal, los dos sistemas autorreguladores son relativamente independientes, pero, a la vez, son interactivos, debido a que ambos están involucrados en la percepción consciente y en las emociones asociadas a determinada enfermedad, así como a personas y situaciones. Respecto a la enfermedad, la estimulación nociva se procesa simultáneamente en un sistema informacional u objetivo y en el sistema de la emoción (amenaza, miedo). Ambos sistemas actúan en paralelo a partir de la recepción de estímulos, interactuando a través de las diversas etapas de interpretación, afrontamiento y evaluación.

El modelo ha aportado elementos novedosos al estudio de las creencias sobre la salud y la enfermedad, fundamentalmente, incluir las emociones como factores importantes en la problemática salud-enfermedad. Así mismo, pueden señalarse algunas limitaciones en el mismo, entre ellas, la importancia dada al análisis lógico individual basado en sensaciones fisiológicas y ambientales y el hecho de afirmar que los individuos evalúan la enfermedad fundamentalmente desde los síntomas fisiológicos.

14.4.4 Teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura 1977, 1980, 1991, 1997)

En los modelos hasta ahora propuestos los elementos cognitivo-emocionales estudiados han sido fundamentalmente las creencias en el Modelo de Creencias de Salud y las intenciones en el Modelo de la Acción Razonada; pero además, entre los elementos cognitivos facilitadores de un curso de acción relacionado con la salud, deben considerarse otras variables, como el control percibido sobre la conducta a seguir, o las creencias de las personas en sus propias capacidades para llevar a cabo una conducta con éxito. La investigación dentro del ámbito teórico del aprendizaje social cognitivo ha identificado otros componentes cognitivos que facilitan el proceso de cambio por su influencia en la formación de intenciones y en la autorregulación motivacional.

El marco teórico que acoge la investigación de la influencia de las expectativas en el proceso de adopción o de modificación de hábitos de conducta es la Teoría Social Cognitiva (Bandura 1986), según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas.

- a) Expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal,
- b) Las expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue (o es consecuencia de la acción personal) y
- c) La autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.

De estos tipos de expectativas, las que desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el mantenimiento de dichos cambios son las expectativas de acción-resultado y las creencias de autoeficacia. Las expectativas de auto-eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

La expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por la influencia de dos niveles (Bandura 1999):

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad) y
2. En cuanto variables cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

Los hábitos derivados del estilo de vida pueden favorecer o mermar la salud, lo que capacita a las personas para ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud. Las creencias de eficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y perseverancia necesaria para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado.

En esta teoría se defiende, como constructo principal para realizar una conducta, la autoeficacia, tal que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas. De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen capacidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura concede una gran importancia a este concepto, tal que, considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta

con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados.

La teoría de autoeficacia de Bandura ha sido considerada en distintas áreas y ocupa un lugar importante para la adopción de conductas de salud y prevención de riesgos. Así lo explica Bandura, que afirma que las creencias de eficacia afectan a la salud física al menos de dos maneras:

1. Una fuerte creencia sobre la habilidad para enfrentarse a determinados estresores reduce las creencias biológicas que pueden dañar la función del sistema inmune y por el contrario favorece una adecuada respuesta del mismo.
2. La autoeficacia determinará en gran medida si las personas consideran cambiar sus hábitos de salud y la adopción de conductas saludables nuevas, así como el nacimiento del cambio.

La necesidad de una explicación más exhaustiva de cómo la conducta humana está determinada por la interacción entre un conjunto de variables no observables y las relaciones entre la autoeficacia, las destrezas y la motivación son algunas de las críticas que se han hecho a la teoría de Bandura (Bretón, 2007).



14.5 Variables implicadas en la adherencia

Dada la insuficiencia de los modelos para explicar la adherencia, otra tendencia es recurrir a un conjunto de variables implicadas. Se han identificado muchas, Haynes (1976; 1979) llegó a citar más de doscientas variables que podían relacionarse con la adherencia. Después de revisar la bibliografía existente sobre el tema opino que todas ellas, o en su mayoría, se pueden agrupar en ocho grandes grupos (Ortego, 2004):

- 1) Variables sociodemográficas,
- 2) Las creencias del paciente,
- 3) El tipo de enfermedad,
- 4) El tratamiento farmacológico,
- 5) La relación que se establece entre el paciente y el P.S.,
- 6) La información,
- 7) El apoyo social y
- 8) Las variables de la organización.

A continuación se detallan estas variables.

14.5.1 Variables sociodemográficas

Aunque las variables sociodemográficas no pueden dar cuenta de toda la adherencia, son variables que juegan un papel importante a la hora de explicar la adherencia y son las variables más registradas por los autores a la hora de estudiar la adherencia. Entre estas variables cabe citar: el sexo, la edad, la raza, el nivel de estudios, la ocupación, la convivencia y el número y edad de hijos u adultos a su cargo.

14.5.2 Las creencias del paciente

Las creencias de los pacientes, aunque no nos las exprese, pueden repercutir sobre su adherencia, por lo tanto se deberían explorar, tanto en el paciente como en las personas significativas de su vida.

Es importante recordar que los pacientes no se incorporan al tratamiento con una visión de tabula rasa sino que, por el contrario, tienen sus propias representaciones de aquello que significa una amenaza para la salud y planifican y actúan según estas representaciones y los temores que las acompañan. Estas representaciones y temores se construyen a partir de muchas fuentes, incluyendo amigos, familiares, medios de comunicación, los propios síntomas corporales y mentales y la información ofrecida por el P.S. (ej.: a la madre de un niño lactante el P.S. indica, cuando tienen que comenzar a introducir las papillas de frutas en la alimentación de su hijo, que para preparar esta papilla triture distintas frutas como: pera, naranja y manzana pero sin añadir azúcar, o un producto azucarado como galletas o leche

condensada. Inicialmente, la madre se adhiere correctamente a esta recomendación de salud pero si el niño rechaza este nuevo sabor pueden empezar a entrar en juego sus creencias *“Es necesario que el niño tome las frutas como sea”* o de algún allegado o familiar como la abuela del niño: *“Échale un poco de leche condensada. ¡No le va a pasar nada! A ti también te la echaba cuando eras pequeña y aquí has llegado sin ningún problema, ni eres diabética, ni tienes caries, ni nada”*. La madre termina realizando la papilla de acuerdo a estas creencias, incorpora el producto azucarado e incumple la recomendación del P.S.).

Otro aspecto importante a tener en cuenta, relacionado con las creencias, es el hecho que estas no se mantienen constantes a lo largo del tratamiento, pudiendo cambiar por múltiples causas (al adquirir más información, por la evolución de la enfermedad...), por lo que resulta necesario evaluarlas en diferentes momentos.

En ocasiones, los pacientes no nos dicen o no saben como expresar sus preocupaciones, expectativas y temores. Atender a la comunicación verbal como a la no verbal puede ofrecernos muchas pistas. La comunicación no verbal es mucho más difícil de controlar que la verbal. Incongruencias entre comunicación verbal y no verbal, desviaciones de la mirada, manifestaciones no verbales de confusión y angustia, etc., nos pueden estar indicando que algo no marcha bien, aunque el paciente no haga alusión a ello.

Entre las creencias que se deberían explorar, porque se ha comprobado que repercuten sobre la adherencia, están: las metas esperadas del tratamiento, la motivación, la severidad percibida, la vulnerabilidad percibida y la autoeficacia percibida.

14.5.2.1 Las metas esperadas del tratamiento

Una creencia importante que es necesario evaluar son las metas que el paciente espera conseguir si se adhiere correctamente al tratamiento. En ocasiones, los pacientes tienen metas muy ambiciosas que no van a lograr alcanzar con el tratamiento. Si no se las comunican a los P.S. o estos no las exploran con el fin de corregir errores, es muy posible que conforme avance el tratamiento y el paciente perciba que no se están cumpliendo sus metas aparezcan sentimientos negativos, incluso cambie de profesional y abandone o incumpla el tratamiento (ej.: un paciente con dolor crónico puede suponer que el tratamiento va a eliminar todo el dolor, pero el tratamiento, en realidad, va encaminado a la disminución del dolor y a la normalización, en la medida de lo posible, de su vida). Es importante que al inicio y en el transcurso del tratamiento el P.S. pregunte al paciente sobre las metas que espera conseguir con el tratamiento, corrija sus errores y ayude a formular metas más realistas porque esto favorece la adherencia al tratamiento.

14.5.2.2 La motivación

La motivación, *“Ensayo mental preparatorio de una acción”* (Diccionario de la Real Academia, 1984), es una variable que también implica una creencia importante a la hora de seguir un tratamiento. Los pacientes que acuden a los P.S. en busca de ayuda, en ocasiones, no están motivados para seguir el tratamiento prescrito por estos. En este sentido, los estudios realizados en pacientes con adicciones han demostrado la importancia de la motivación para iniciar el tratamiento a la hora de predecir la participación el tratamiento y en el mantenimiento en un programa de deshabituación (Cortés & Cantón, 1999) (Martín Sánchez et al., 2002).

14.5.2.3 La severidad percibida

La percepción del paciente sobre la severidad del padecimiento es otra de las creencias relacionadas con la adherencia. En enfermedades valoradas como severas por los P.S. no siempre se observa unas mayores tasas de adherencia que en aquellas otras consideradas moderadamente graves. Ello quizás pueda ser debido a que algunos problemas graves de salud no van asociados a síntomas que preocupen a los pacientes ni interfieran en sus vidas (ej.: la HTA, en algunos casos, es una enfermedad silenciosa que no provoca ninguna sintomatología, ni un deterioro aparente que el paciente pueda observar, lo cual favorece el incumplimiento. De hecho la tasa de adhesión al tratamiento farmacológico de la HTA se ha estimado en un 50%).

En cambio, cuando la severidad es valorada por el enfermo (severidad percibida) incrementa la adherencia, apareciendo una relación directa entre severidad percibida y tasa de adherencia a prescripciones de salud (Vera, 1999).

14.5.2.4 La vulnerabilidad percibida

La percepción que las personas tenemos sobre el riesgo a padecer una enfermedad u otros acontecimientos vitales también repercute sobre la adherencia al tratamiento. Así, los individuos que subestiman su propio riesgo, es decir creen tener pocas probabilidades de que un suceso les ocurra es más probable que no sigan las recomendaciones de salud. Por el contrario, una mayor susceptibilidad o vulnerabilidad ante la enfermedad se asocia a un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas de salud (Ferrer, 1995) (Vera, 1999).

Variables como la edad y la experiencia propia ejercen una gran influencia sobre la vulnerabilidad percibida.

La relación entre edad y vulnerabilidad percibida es patente durante la adolescencia. Una característica típica de este periodo de la vida es la baja vulnerabilidad percibida, lo que lleva a muchos adolescentes a creer que los acontecimientos negativos y desgraciados sólo les ocurren a los demás (Flavell, 1984). Esta baja vulnerabilidad percibida de los adolescentes con respecto a problemas varios de la salud que les pueden afectar, genera que éstos no lleven a cabo conductas preventivas (Bayes, 1995) (Vázquez & Becoña, 1999) como no iniciarse en el consumo de tabaco y utilizar preservativo en las relaciones sexuales con penetración.

La experiencia previa con un determinado trastorno de salud, también, afecta a la vulnerabilidad o susceptibilidad percibida (Oliveras, Font, Gras, & Planes, 1998). La experiencia previa suele incluir la experiencia personal y la vicaria procedente de familiares y amigos. Pero es la experiencia propia con un trastorno un predictor más relevante de la vulnerabilidad que la experiencia vicaria, siendo esta última, en ocasiones, irrelevante y por tanto puede no provocar un incremento de la vulnerabilidad percibida (Oliveras et al., 1998).

14.5.2.5 La autoeficacia percibida

La autoeficacia, igualmente, es una creencia que afecta a la adherencia, especialmente, en aquellos tratamientos en los cuales es preciso que el paciente ponga en práctica ciertas habilidades o destrezas como: confeccionar una dieta, realizar un ejercicio, o una habilidad social como “decir no”.

La autoeficacia percibida hace referencia a la capacidad que cree una persona tener para llevar a cabo una determinada acción. La autoeficacia percibida fue un concepto ofrecido por Bandura dentro de la teoría del Aprendizaje Social. Según Bandura^[1], 1986, *“Si las personas no están totalmente convencidas de su eficacia personal tienden a abandonar rápidamente las competencias que les han sido enseñadas, en cuanto dejan de obtener resultados rápidos o experimentan algún revés”*. La autoeficacia no hace referencia a los recursos de que disponga el sujeto, sino a la opinión que uno tenga sobre lo que puede hacer con ellos.

Las expectativas de autoeficacia funcionan como un factor motivacional y determinan, en gran medida, la elección de actividades, el esfuerzo y la persistencia en las tareas elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales (Villamarín, 1990) (I. Garrido & Rojo, 1996) (Isidro, Vega, & Garrido, 1999).

Diversos autores demuestran (Simón, 1988) (Abaitua & Ruiz, 1990) (I. Garrido & Rojo, 1996) como cuanto más elevado es el sentimiento de autoeficacia, más vigorosos y persistentes son los esfuerzos, principalmente en las tareas consideradas como difíciles. Los sujetos con autoeficacia percibida baja, inseguros de sus capacidades, se esfuerzan menos, o no se esfuerzan en absoluto cuando se enfrentan a tareas que consideran difíciles.

Pero el sentimiento de autoeficacia no sólo depende de la creencia del individuo en su propia capacidad para llevar a cabo una determinada acción, sino que esta percepción está también muy influenciada por quienes le rodean (E. Garrido, 1993) (I. Garrido & Rojo, 1996). De ahí la necesidad de utilizar estrategias destinadas a incrementar los sentimientos de autoeficacia, no sólo en los pacientes, sino también en quienes le rodean, especialmente en la persona, del entorno del paciente, que ejerce la función de líder o “especialista” en la conducta sobre la cual se está intentando intervenir (salud, ocio, trabajo, etc.).

[1] Bandura utiliza intercambiamente las expresiones expectativas de eficacia, autoeficacia, autoeficacia percibida y expectativas de autoeficacia para referirse a las creencias sobre las propias capacidades.

14.5.3 El tipo de enfermedad

En general, los niveles más bajos de adhesión aparecen en pacientes con enfermedades crónicas, en las que no hay un malestar o riesgo evidente, en aquellas que requieren cambios en el estilo de vida y cuando la prevención en lugar de curar o aliviar los síntomas pretende instaurar un hábito de vida (Meichenbaum & Turk, 1991). Así, por ejemplo se ha visto que la falta de adhesión resulta un problema muy serio entre los pacientes diabéticos insulín dependientes. Esta enfermedad crónica exige muchas demandas que requieren cambios en los estilos de vida (ej.: realizar una determinada dieta, ejercicio físico de forma regular, etc.), lo cual dificulta la adherencia.



Los síntomas asociados a un padecimiento pueden servir como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. En cuanto claves para la acción, hay que tener en cuenta que la presencia de determinados síntomas (dolor, mareos, malestar) puede constituir un potente indicador para poner en práctica una prescripción terapéutica concreta. En cuanto reforzadores, aquel paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato de estos síntomas, al adherirse a las pautas de tratamiento, tiene mayores probabilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia. Por el contrario, el paciente que presenta una enfermedad asintomática, no dispone de claves internas para la acción y, además, su conducta de seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo (o si lo recibe no es inmediato) con lo cual la probabilidad de que esta ocurra disminuye (Rodríguez-Marín et al., 1990) (Rodríguez, 2001).

14.5.4 El tratamiento farmacológico

Las características del tratamiento farmacológico que parecen modular la adherencia son: la dosificación, la vía de administración, la duración, los efectos secundarios y la complejidad (Richart & Cabrero, 1988) (Meichenbaum & Turk, 1991) (Rodríguez, 2001):

- **La dosificación.** El número de dosis ha sido relacionado con el nivel de adherencia. Se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis. Por ejemplo, el tratamiento del SIDA implica gran cantidad de medicación que, además, debe ser tomada a distintas horas (hay pastillas que se toman en todas las comidas, otras una vez al día o cada seis horas...), esto favorece el incumplimiento y los errores.



- **La vía de administración.** Los niveles más altos de adhesión se dan en los tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo. En este sentido, Taylor, Lichtman y Wood (1994) encontraron una tasa de adhesión, en pacientes con cáncer, del 92% al tratamiento quimioterápico endovenoso. Por el contrario, Vicent (1971) registró una tasa de adherencia a las gotas oculares recetadas para el tratamiento del glaucoma del 42%, incluso cuando el paciente se encontraba cerca de ser considerado legalmente ciego de un ojo la adherencia sólo se incremento en un 16%, pasando del 42% al 58%.
- **La duración.** Un resultado que se mantiene constante a lo largo de los diferentes estudios es que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo. Así, los comportamientos de adhesión de regímenes de tratamiento asociados a enfermedades crónicas, que requieren la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida, o conductas preventivas prolongadas, disminuirán, casi con toda probabilidad, en el tiempo de no convertirse en automáticas y habituales.

- **Los efectos secundarios.** Los efectos secundarios indeseados también favorecen el incumplimiento, especialmente, cuando el paciente se empieza a encontrar bien. Por ejemplo, algunos neurolépticos, utilizados en enfermedades mentales como la esquizofrenia, para reducir la sintomatología psicótica (las alucinaciones), favorecen la aparición de efectos secundarios como: retención de líquidos, enlentecimiento, o acatisia (movimiento continuo) por lo que muchos pacientes deciden abandonar o disminuir esta medicación, especialmente, cuando empiezan a encontrarse mejor, con el fin de evitar estos efectos secundarios que, además, son tan visibles.
- **La complejidad del régimen terapéutico.** Se ha observado que la probabilidad de fallos o problemas en la adherencia se incrementa cuanto más cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan, cuanto más incompatibles sean las actividades diarias o los hábitos de la persona con la emisión de respuestas de adherencia y cuanto más complejo sea ese régimen (varios medicamentos, diversos horarios,...). Por ejemplo, la adherencia a una determinada dieta, en personas ancianas diabéticas e hipertensas que viven solas, es muy probable que no la realice correctamente por la gran cantidad de demandas que exigen a este paciente.

Como afirmaban Gillum y Brasky, ya en el año 1974, *"Cualquier paciente sometido a un régimen complejo, o que requiera un cambio importante en sus hábitos o estilos de vida, tiene muchas posibilidades de no adherirse al régimen terapéutico"*. Por lo tanto, es importante que los P.S. simplifiquen el tratamiento lo máximo posible y lo intenten adaptar al estilo de vida de las personas, porque si no la probabilidad de incumplimiento va a ser muy elevada.

14.5.5 La relación entre paciente y los P.S.

La importancia de la relación P.S.-paciente fue puesta ya de manifiesto por Hipócrates en el siglo IV a.C. *"El paciente, aún consciente de la gravedad de su situación, puede recuperar la salud simplemente a través de la fe en el buen hacer de su médico"*.

Como has podido comprobar en el tema dedicado a las habilidades sociales son muchas las deficiencias que los P.S. exhiben con sus pacientes. Como indica Gil et al. (Gil, García, León, & Jarana, 1992), estas deficiencias van a repercutir negativamente sobre el recuerdo y la comprensión de la información proporcionada, en la participación del paciente, en el grado de satisfacción de la atención recibida, en el mantenimiento de la relación y en la adherencia al tratamiento.



Es necesario que los P.S. cuenten con habilidades sociales destinadas a mejorar la relación que establecen con sus pacientes. La mejor estrategia para conseguirlo es a través del entrenamiento en habilidades sociales, ya que aunque muchos profesionales son conscientes de las deficiencias en habilidades sociales que exhiben con sus pacientes son incapaces de reformular su estilo habitual y necesitan que otros profesionales entrenados les adiestren.

14.5.6 La información

Comprender es el primer paso para recordar la información y adherirse a los tratamientos. De hecho, se ha observado que proporcionar información de modo que favorezca y garantice unos niveles mínimos de comprensión y recuerdo por parte de los enfermos contribuye a mejorar las tasas de adherencia. Además, muchas veces es la única estrategia que utilizan los P.S. para conseguir la adherencia a los tratamientos. Todo ello hace imprescindible que los P.S. adquieran habilidades destinadas a transmitir información.

En relación con la información proporcionada a los pacientes diversos estudios indican (Godoy, Sánchez-Huete, & Muela, 1994) que:

- 1) Con frecuencia el paciente cree que no se le ha informado suficientemente,
- 2) Hay falta de comprensión de la información recibida por parte del paciente,
- 3) El paciente no hace las preguntas oportunas a pesar de considerarse poco informado y
- 4) Hay una pérdida de información por causa del olvido. Ciertamente estos factores no son dependientes totalmente del P.S., aunque éste debe tenerlos en cuenta a la hora de realizar sus intervenciones.

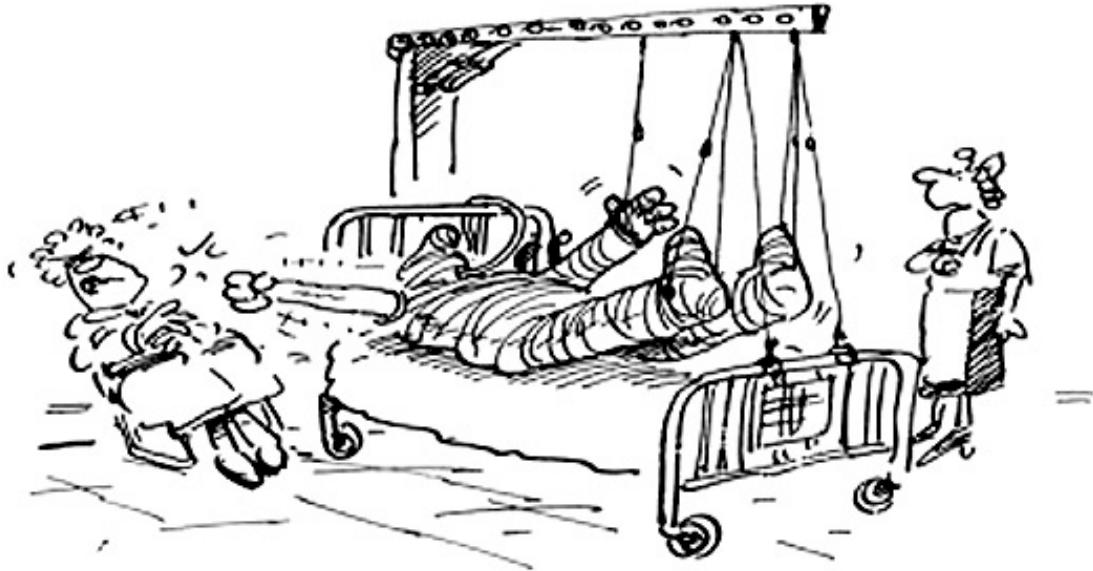
En el caso de mala comprensión, si el paciente no alude a ello, impide que el profesional obtenga a su vez una información acerca de las dificultades del mensaje y pueda rectificar subsiguientes comunicaciones (Menéndez, 1980). Con el fin de evitar esto los P.S. deben emplear estrategias destinadas a verificar la comprensión.

14.5.7 El apoyo social

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

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

Incorporar simplemente a otros miembros familiares o "personas de apoyo", por lo tanto, no garantiza que estas personas proporcionen un "buen" apoyo. Es especialmente importante que la atención se dirija hacia la naturaleza del apoyo, en lugar de a su mera presencia. Los familiares pueden tener buenas intenciones, y pueden intentar ser un apoyo, pero tal vez no lo hagan adecuadamente.



Es importante tener en cuenta que los regímenes extensos de autocuidados, afectan no sólo al paciente, sino también a su familia. Las familias muchas veces no saben como abordar una situación, se sienten cansadas, tienen dudas sobre si lo que están haciendo es lo más adecuado. Además, los distintos miembros de la familia pueden tener criterios diferentes (unos son más rígidos, otros más permisivos,...) que ocasionan enfrentamientos. Para evitar o reducir esta situación lo mejor es proporcionar información, entrenamiento y ofrecer apoyo. De hecho, las familias que han recibido algún tipo de entrenamiento o asesoramiento no sólo mejoran su adaptación a la situación, sino que también favorecen la adherencia al tratamiento (E. Garrido, 1993).

Otro tipo de apoyo social, que puede beneficiar a la adherencia al tratamiento, son los grupos de apoyo. Estos pueden ser utilizados tanto por el paciente como por sus allegados. Existen numerosos grupos para una gran diversidad de poblaciones clínicas (diabéticos, alcohólicos, pacientes con dolor, con cáncer, etc.).

14.5.8 Las variables de la organización

Hay variables relacionadas con la organización de los servicios de salud que se ha demostrado pueden favorecer o dificultar la adherencia a los tratamientos, como son: la continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia.

Como tal vez cabría esperar, cuanto mayor sea la continuidad de la atención que se ofrece al paciente (ej.: que el paciente sea visto por el mismo P.S. en sucesivas consultas o sepa a que profesional acudir en caso de duda o un problema) mayor será su probabilidad de adhesión (Meichenbaum & Turk, 1991).

Otra variable de la organización importante a tener en cuenta son las citas. El cumplimiento con las citas programadas es una de las conductas incluida en la adherencia al tratamiento, como lo es tomar una medicación o realizar correctamente un régimen dietético. En relación a las citas, Cuevas et al. (Cuevas et

al., 1996) calcularon que la tasa de incumplimiento con la primera cita concertada en una Unidad de Salud Mental era de 21%, mientras que para la segunda y tercera cita registraron un incumplimiento de 37,8% y 41,9% respectivamente. Variables como la edad, el nivel cultural, el estado civil, la situación laboral o el diagnóstico del paciente no ejercieron una influencia significativa sobre el cumplimiento. Por otro lado, entre las razones argumentadas con mayor frecuencia por los pacientes como justificación de su incumplimiento fueron el olvido de la cita concertada y la negativa expresa a acudir por no considerar necesaria la consulta.



**Enfermera
Rivas, cuando
dije que
había que
supervisar las
conductas ii
no me estaba
refiriendo a**

La posibilidad de supervisión es otra variable de la organización relacionada con la adherencia. Como he indicado anteriormente, la conducta de adherencia decae con el tiempo por lo que, en muchos casos, especialmente en tratamientos muy largos (ej.: enfermedades crónicas) se hará necesario intervenciones de seguimiento dirigidas a continuar la educación del paciente. En muchas ocasiones los pacientes tienden a interrumpir los tratamientos en cuanto se encuentran mejor. Por eso es importante que el P.S. eduque al paciente y a su familia sobre de la importancia del mantenimiento de la conducta de adherencia y la forma de conseguirlo. Los programas educativos deben abordar que encontrarse mejor no significa necesariamente estar mejor. Debemos ayudar a los pacientes a comprender que el tratamiento debe ser continuado y que nunca debe ser interrumpido prematuramente sin la supervisión del P.S.



14.6 Estrategias destinadas a aumentar la adherencia

Todos los P.S. deberían programar entrenamientos con sus pacientes, familiares, o allegados, destinados a aumentar la adherencia. Como has podido comprobar, son múltiples las variables implicadas en la adhesión, dedicar un tiempo a analizar las principales variables que pueden estar afectando, a la larga, va a reducir los costes y el tiempo empleado, va a redundar sobre la calidad de los cuidados prestados, sobre la satisfacción del paciente y del profesional y, también, sobre la adherencia.

Uno de los primeros pasos, antes de realizar cualquier intervención debería ser realizar una historia sobre la adhesión, en la que se debería explorar:

- 1) Las creencias,
- 2) Los costos y beneficios del tratamiento,
- 3) Los conocimientos y competencias,
- 4) El grado de adaptación a la enfermedad,
- 5) Los sentimientos negativos generados,
- 6) El apoyo social con el que cuenta y
- 7) Los motivos de anteriores recaídas. Estos aspectos tendrían que ser tratados tanto con el paciente como con sus allegados, no sólo con el fin de recoger información, sino también para comprobar la veracidad o exactitud de los hechos relatados.

La primera acción, y a veces la única, que los P.S. realizan para conseguir la adherencia al tratamiento de sus pacientes es proporcionar información. Todos los P.S. deberían dominar correctamente esta habilidad, ya que si el paciente no recuerda u olvida la información difícilmente se va adherir al tratamiento. Algunas de las estrategias que los P.S. pueden emplear con el fin de favorecer la comprensión y el recuerdo de la información proporcionada a sus pacientes aparecen en la *Figura 1*.

Proporcionar información es la primera acción que debe realizar un P.S. para conseguir la adherencia al tratamiento pero no la única. No debes olvidar, que *"La información es una condición necesaria pero no suficiente para adoptar comportamientos preventivos"*, esto implica que además de proporcionar información se debe:

- Otorgar a los pacientes responsabilidades en sus tratamientos.
- Entrenar a los pacientes en las habilidades necesarias para llevar a cabo el tratamiento.
- Prevenir las recaídas.
- Proporcionar a las familias información, entrenamiento y apoyo.
- Dotar a los P.S. de habilidades sociales.
- Modificar las variables de la organización que afectan de forma negativa a la adherencia.

▶ Utilizar frases sencillas y cortas.
▶ Usar frases afirmativas.
▶ Presentar la información agrupada y ordenada.
▶ Repetir la información.
▶ Enfatizar lo más importante.
▶ Emplear conjuntamente material oral y escrito.
▶ Ilustrar la información.
▶ Presentar la información más importante al principio (efecto primacia) y al final (efecto recencia).
▶ Evitar tecnicismos.
▶ Poner ejemplos.
▶ Pedir que nos repitan la información.
▶ Formular preguntas.
▶ Aclarar dudas.
▶ Corregir errores.
▶ Hacer un resumen final de la información proporcionada.

Figura 1.- Estrategias destinadas a favorecer la comprensión y el recuerdo de la información.

Con el fin de incrementar la adherencia a los tratamientos es importante otorgar responsabilidades al paciente en su propio tratamiento. De acuerdo con Hanson (1986) lo que debe evitar el P.S. es la actitud paternalista mediante la cual se asume de antemano lo que el paciente necesita saber, en consecuencia no se hace ningún intento por incorporar al paciente en el proceso de toma de decisiones por temor a abrumarle con demasiada información o excesiva responsabilidad. Hoy se están obteniendo los mejores éxitos terapéuticos cuando al paciente se le permite elegir, cuando se tienen en cuenta sus preferencias, sus hábitos de vida y cuando se le otorga un grado importante de responsabilidad en su tratamiento. En este sentido, Schulman (1979) ha comprobado que aquellos pacientes que estaban activamente comprometidos en los programas de tratamiento exhibían tasas más altas de adhesión y un resultado terapéutico más favorable. Eisenthal et al. (1979) también hallaron una mayor satisfacción del paciente y mejor adhesión terapéutica en aquellos con niveles más altos de participación y negociación en el proceso de toma de decisiones.

Para favorecer la participación del paciente en su tratamiento, el P.S. puede utilizar una serie de estrategias encaminadas a favorecer la accesibilidad y promocionar una relación de colaboración activa (*Figura 2*). Estas estrategias, para ser efectivas, deberán practicarse dentro de un marco de confianza, en el cual los pacientes deben sentirse lo suficientemente seguros como para expresar dudas y ofrecer feedback negativo sobre aquellos rasgos del régimen de tratamiento con los que no estén de acuerdo. El P.S. debe estimular la franqueza del paciente y la expresión de sus reservas y temores. Si no se establece este tipo de relación de mutua confianza se incrementa la probabilidad de que el paciente falsifique sus informes. Podemos considerar estas falsificaciones como una manera que el paciente tiene de prevenir el estrés interpersonal, la desaprobación y la censura anticipada de un P.S. normalmente impaciente y no muy comprensivo. Únicamente mediante el establecimiento de una relación de confianza en la que el paciente se sienta libre para expresar sus recelos, decepciones y fracasos, podrá uno disminuir la probabilidad de falsificación.

- ▶ Presentarse.
- ▶ Establecer contacto ocular.
- ▶ Explorar las preocupaciones, expectativas y metas del paciente.
- ▶ Atender tanto a la comunicación verbal como no verbal.
- ▶ Responder a las preguntas.
- ▶ Evitar los tecnicismos.
- ▶ No emitir juicios.
- ▶ Reforzar.
- ▶ Dar ánimos.
- ▶ Discutir los pros y los contras de tratamientos alternativos.
- ▶ Generar sugerencias y preferencias del paciente y negociar cualquier desacuerdo.
- ▶ Segurar la continuidad de la atención.

Figura 2.- Estrategias para incrementar la accesibilidad y promocionar una relación de colaboración activa.

Además de ofrecer información y otorgar responsabilidades al paciente en su tratamiento es imprescindible, también, entrenar a los pacientes en las habilidades precisas para llevar a cabo el tratamiento, para lo cual se debe realizar, previamente, una evaluación de las necesidades educativas del paciente. En muchas ocasiones, la falta de adherencia se deriva del hecho de no haber comprobado inicialmente que el paciente poseía las habilidades necesarias para la adhesión. Una vez comprobadas las competencias (ej.: un paciente diabético diagnosticado desde hace años puede no ser capaz de confeccionar una dieta) es necesario pasar a entrenar aquellas que no posee y reforzar el mantenimiento de las que realiza correctamente.

Las competencias o habilidades necesarias para llevar a cabo un tratamiento no sólo hacen referencia a destrezas mecánicas o físicas (ej.: a pacientes con EPOC será necesario enseñarles ejercicios de fisioterapia respiratoria, a pacientes diabéticos insulín dependientes es preciso que aprendan a inyectarse la insulina), sino también a habilidades sociales (ej.: a pacientes con cardiopatía isquémica que tienen un patrón de conducta tipo A, el cual se caracteriza por: sobrecarga laboral, impaciencia, competitividad y hostilidad, siendo este último componente, la hostilidad, el más tóxico desde el punto de vista cardiológico hay que enseñarles a comportarse de forma más asertiva; a pacientes adictos a sustancias tóxicas hay que enseñarles a “decir no”) o a técnicas de modificación de conducta (ej.: a paciente con enfermedades que afectan al sistema inmune, como el SIDA, es necesario enseñarles a realizar ejercicios de relajación, pues se ha comprobado que el estrés deteriora la inmunidad).

A la hora de entrenar las competencias o las habilidades necesarias para llevar a cabo el tratamiento los P.S. deben, a la vez, fomentar sentimientos de autoeficacia ya que estos favorecen su realización y, consecuentemente, la adherencia a los mismos.

Desde la teoría de la autoeficacia se ha comprobado que los procedimientos de intervención más eficaces para fomentarla son aquellos que se basan en la ejecución por uno mismo de las conductas de afrontamiento y los menos eficaces los que utilizan como principal medio de cambio la persuasión verbal (Abaitua & Ruiz, 1990) (Villamarín, 1990). Los procedimientos que se basan, únicamente, en la observación de la conducta de modelos poseen un grado de eficacia intermedio al de los dos anteriores (Villamarín, 1990). Según esto, la mejor forma para generar sentimientos de autoeficacia es permitiendo al paciente que realice las conductas de afrontamiento. Para ello, será necesario que los P.S. planeen y programen el éxito de la tarea a realizar, esto implica: ayudar al paciente a fraccionar tareas complejas en otras más simples, establecer unos pasos iniciales menos exigentes y de dificultad gra-

duada y reforzar cualquier avance por pequeño que sea. Asimismo, es importante que el paciente atribuya el éxito en la tarea a su propia capacidad, en lugar de atribuirla a un agente externo (ej.: suerte, que ha sido programado previamente el éxito, porque el P.S. está allí pero en el momento que se vaya no va a ser capaz de realizarlo, etc.).

No sólo es importante, con el fin de incrementar la adherencia al tratamiento, proporcionar información, otorgar responsabilidades al paciente en su tratamiento y entrenar en todas aquellas habilidades necesarias para llevar correctamente el tratamiento (fomentando el sentimiento de autoeficacia) sino que además es importante utilizar estrategias encaminadas a prevenir las recaídas (*Figura. 3*).

- ▶ Incluir a la familia y amigos en el entrenamiento con el fin de disminuir las situaciones de riesgo.
- ▶ Asegurar que el cumplimiento aporta recompensas, ya que si los sujetos se esfuerzan por cambiar pero la calidad de vida no mejora, la probabilidad para que deje el tratamiento aumenta.
- ▶ Considerar la toma de decisiones del sujeto y la calidad de decisión de cambiar. La persona que valora de forma poco importante el cambio, tiene más probabilidades de incumplir sus propósitos ante diversas situaciones amenazadoras.
- ▶ Desarrollar habilidades de afrontamiento a situaciones en las que puede ser más frecuente las recaídas o el incumplimiento.

Figura 3.- Estrategias destinadas a prevenir las recaídas (Cortés & Cantón, 1999).

Un aspecto fundamental en la adhesión es la necesidad de enseñar a los pacientes a anticiparse y prepararse para las situaciones de alto riesgo, y afrontar las recaídas, e incluso beneficiarse de ellas. En el curso del tratamiento en especial con los problemas de adicción y con los trastornos crónicos, hay una elevada probabilidad de que en algún momento los pacientes titubeen sobre si seguir o no con el tratamiento. Los P.S. deben ayudar a los pacientes a anticipar, estar preparados, afrontar, y aprender de tales experiencias. Las recaídas deben ser incorporadas, e incluso programadas, en el plan de tratamiento. El P.S. debe explorar con los pacientes situaciones concretas de alto riesgo en las que pueden producirse recaídas y ensayar maneras concretas de resolverlas.

Aunque las situaciones de alto riesgo generadoras de recaídas varían enormemente entre los individuos y contextos, Marlatt y Gordon (1985) encontraron que estas a menudo incluían:

- 1) La presión social (ej.: tentaciones inducidas por el grupo de referencia),
- 2) Estados emocionales negativos (ej.: aburrimiento, ira, frustración) y
- 3) Conflictos interpersonales (ej.: discusiones con el jefe, cónyuge).

Las recaídas deben ser contempladas como un paso más en el proceso de aprendizaje. Las recaídas no sólo producen aspectos negativos sino que también se puede extraer de ellas algún beneficio. Las recaídas proporcionan información y dan la oportunidad al paciente de aprender maneras de prevenir recaídas futuras.

No debes olvidar que la adhesión inicial no garantiza la continuidad en la adhesión, siendo muy probable que esta disminuya a medida que transcurre el tiempo y que los pacientes que siguen o se adhieren a un aspecto de su programa de tratamiento, a menudo, se comportan de manera muy diferente

con otras demandas de su programa. La adhesión debe contemplarse como un fenómeno complejo y dinámico dependiente de muchas variables y susceptibles de cambiar con el paso del tiempo. La adherencia del paciente a un rasgo del régimen terapéutico, no asegura su adhesión a los otros rasgos del mismo ni al mismo rasgo en otro momento del tiempo.

Es demasiado fácil abandonar a los pacientes no adherentes y calificarlos de poco colaboradores y merecedores de lo que les pueda ocurrir. En el caso de recaída, el P.S. debe re-invitar, re-educar, re-motivar y re-negociar con el paciente no adherente, sin culpabilizar. Es preciso revisar las estrategias utilizadas evaluar de nuevo las creencias y expectativas de los pacientes y modificar las estrategias empleadas adaptándolas a la nueva situación.

Además de proporcionar información, otorgar responsabilidad al paciente en su tratamiento, entrenar en todas aquellas habilidades necesarias para llevar correctamente el tratamiento (fomentando los sentimientos de autoeficacia) y prevenir las recaídas, es preciso también contar con la familia.

Creo que las familias son las grandes olvidadas de nuestro Sistema de Salud. Posiblemente la gran cantidad de pacientes a las que los P.S. deben atender les impide disponer de tiempo para dedicar a las familias. Mi experiencia me ha demostrado que cuando a las familias se les presta más atención disminuyen los costes, se incrementa el nivel de satisfacción y la calidad de la atención recibida y, asimismo, la adherencia a los tratamientos. En relación con la adherencia al tratamiento, la familia juega un importante papel, ya que influye en las creencias del paciente y en los sentimientos de autoeficacia, pueden proporcionar información a los P.S. sobre aspectos relacionados con el tratamiento, reforzar comportamientos de adherencia y supervisar conductas cuando los P.S. no estén presentes. Pero para ello, es preciso informar, entrenar y ofrecer apoyo a estas familias.

Además de proporcionar información, otorgar a los pacientes responsabilidades en su tratamiento, entrenar en todas las habilidades o competencias necesarias para llevar a cabo el tratamiento (fomentando los sentimientos de autoeficacia), prevenir las recaídas y proporcionar a las familias información, entrenamiento y apoyo, es importante, de la misma manera, dotar a los P.S. de habilidades sociales destinadas a incrementar la adherencia (ej.: habilidades asertivas, de negociación, para realizar entrevistas...) y actuar sobre aquellas variables de la Organización que estén afectando de forma negativa a la adherencia. En relación con este último aspecto es importante asegurar la continuidad en la atención, programar la supervisión de las conductas de adherencia a corto, medio y largo plazo y favorecer el cumplimiento de las citas (*Figura 4*).

- Dar una hora de cita específica con el nombre del PS que se va a visitar.
- Minimizar los tiempos de espera en la consulta.
- Emplear recordatorios (por correo, teléfono).
- Disminuir el tiempo que medie entre el envío del recordatorio y la cita.
- Asegurar la continuidad de la atención.
- Plantear y debatir las razones para haber perdido citas.

Figura 4.- Estrategias destinadas a favorecer el cumplimiento de las citas.

Para concluir, quiero terminar diciendo que los esfuerzos para incrementar la adhesión al tratamiento deben ser contemplados como la tarea de todo un equipo (Codina et al., 1999) (Knobel, 1999) (Vázquez & Becoña, 1999) (WHO, 2003) y dentro de este equipo los diplomados en enfermería juegan un importante papel, como han puesto de manifiesto diferentes autores. Hogue (1979) observó que las

enfermeras solían emplear más tiempo en educar a los pacientes que el que empleaban los médicos, estaban más solícitas a prestar atención a aquellos problemas sociales del paciente que podían afectar a la atención médica y a la adhesión al tratamiento y era más probable que proporcionaran mayor continuidad en la atención que los médicos en centros sanitarios. Polaino-Lorente (Polaino-Lorente, 1989) también señala que el trabajo de los profesionales de enfermería es más continuado que el de los médicos, a la vez que mucho más cercano y asequible al paciente. DiMatteo y Di Nicola (1982), asimismo, afirman que las enfermeras son tan efectivas como los médicos en la implementación de programas de auto-cuidados para el paciente. La Organización Mundial de la Salud también reconoce el papel de los enfermeros en la adherencia: *“Los enfermeros pueden jugar un papel importante en las intervenciones dirigidas a los pacientes, a través de la educación y facilitando la adherencia a los tratamientos”* (WHO, 2003). Además, como indican Meichenbaum y Turk (Meichenbaum & Turk, 1991) *“Dada la actual tendencia de mayor especialización de las disciplinas médicas en los países industrializados, el empleo de enfermeras para realizar las labores de entrenamiento, con relación a diversos aspectos relacionados con adhesión, se está convirtiendo en un proyecto cada día más atractivo”*.



14.7 Referencias del Tema 14

- Abaitua, B., & Ruiz, M. A. (1990). Expectativas de auto-eficacia y de resultado en la resolución de tareas de anagrama. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 43(1), 45-52.
- Albiach, C., Linares, M. C., Palau, C., & Santos, P. (2000). Adherencia en heroinómanos: La potencia predictiva de los estudios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones*, 12(2), 225-234.
- Bayes, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona: Martinez Roca.
- Brea, A. J., Mosquera, J. D., Pérez, B., Zabalza, M., Ibarrola, M., & Repiso, M. (1999). Control de los factores de riesgo y adherencia a su tratamiento por los pacientes con infarto agudo de miocardio en la comunidad autónoma de la rioja. *Clinica Investigación Arteriosclerosis*, 11(5), 253-259.
- Bretón, J. M. (2007). *Análisis de la publicidad preventiva de VIH/Sida y su impacto en adolescentes en función de variables psicológicas*. (Unpublished Dpto. personalida, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología, Granada.
- Buendia, J. (1991). Apoyo social y salud. In J. Buendia (Ed.), *Psicología clínica y salud* (pp. 189-210). Murcia: Universidad de Murcia.
- Cabrera, G. A. (2004). Teorías y modelos en la salud publica del siglo XX. *Colombia Médica*, 3(35), 164-168.
- Codina, C., Knobel, H., Miró, J. M., Carmona, A., García, B., Antela, A., Gómez, M. R., Arrizabalaga, J., Iruin, A., Laguna, F., Jimenez, I., Rubio, R., Lluch, A., & Viviana, P. (1999). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farmacia Hospitalaria*, 23(4), 215-229.
- Cortés, M. T., & Cantón, E. (1999). Reflexiones desde un punto de vista psicológico, en torno al problema del incumplimiento de propósitos (recaídas) en el tratamiento. *Informació Psicológica*, 70, 9-16.
- Cuevas, C., Zereck, E., Dominguez, A., Touriño, R., Winter, G., Gomínguez, P., Ebro, S., Fuente, J. A., & García. (1996). Cumplimiento de las citas concertadas. *Psiquis*, 17(9), 457-464.
- Fajardo, B., & Cruz, A. (1995). Adherencia terapéutica. In J. M. Latorre (Ed.), *Ciencias psicosociales aplicadas II* (pp. 150-162). Madrid: Síntesis.
- Ferrer, V. A. (1995). "Adherencia" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: Conceptos y factores psicosociales implicados. *Revista De Psicología y Salud*, 7(1), 35-61.
- Flavell, J. H. (1984). *Desarrollo cognitivo*. Madrid: Aprendizaje Visor.
- García, I., Sánchez, E. I., Sanz, M., Gutiérrez, M., & González, M. (1999). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Españolas Psiquiatria*, 27(4), 211-216.
- Garrido, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*, 5(Suplem.), 337-347.

- Garrido, I., & Rojo, C. (1996). Motivación, cognición y rendimiento. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 49(1), 5-12.
- Geletko, S. M., Ballard, C. R., & Mathews, W. C. (1995). Health beliefs and discontinuation of zidovudine therapy. *American Journal of Health-System Pharmacy : AJHP : Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 52(5), 505-507.
- Gil, F., García, M., León, J. M., & Jarana, L. (1992). La formación de los profesionales de la salud. In F. Gil (Ed.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 90-98). Madrid: Eudema.
- Godoy, J., Sánchez-Huete, R. L., & Muela, J. (1994). Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Psicología De La Salud*, 6(1), 103-122.
- Huici, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. In F. J. Morales (Ed.), *Psicología social aplicada* (). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Isidro, A. I., Vega, M. T., & Garrido, E. (1999). Determinantes psicosociales de la experiencia de saledad. *Revista De Psicología Social*, 1(14), 55-66.
- Jiménez, M. P. (2003). Motivación y salud. In E. Fernández, M. P. Jiménez & M. D. Martín (Eds.), *Emoción y motivación. la adaptación humana*. (pp. 831-854). Madrid: Centro de estudios Ramón Areces SA.
- Knobel, H. (1999). Adherencia al tratamiento TBC/VIH. papel del clínico. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 1, 128-131.
- Maciá, D., & Méndez, F. X. (1986). Programa de intervención conductual para el cumplimiento de las prescripciones médicas. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 41(2), 369-377.
- Martín Sánchez, V., Ortega Valín, L., Pérez Simón, M. d. R., Mostaza Fernández, J. L., Ortiz de Urbina González, Juan José, Rodríguez María, M., Carro Fernández, J. A., Cuevas González, M. J., Alcoba Leza, M., & Grupo de Trabajo sobre Adhesión a TARGA en la provincia de León. (2002). Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clín (Ed.Impr)*, 20(10), 491-497.
- Martín, V., Burgos, M., & Varcacel, I. (2000). Prevalencia del tratamiento de la infección tuberculosa en una prisión provincial. *Revista Española Salud Pública*, 74, 361-366.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Menéndez, F. J. (1980). *Ciencias de la conducta*. Madrid: UNED.
- Oliveras, C., Font, S., Gras, M. E., & Planes, M. (1998). La experiencia previa como variable predictora de la percepción de vulnerabilidad: Estrategias de evaluación. *Clínica y Salud*, 9(2), 417-429.
- Ortego, M. C. (2004). La adherencia al tratamiento. variables implicadas. *Educare*, 21(8). http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/08/8022.pdf
- Polaino-Lorente, A. (1989). *Introducción a la modificación de conducta para profesionales de enfermería*. Barcelona: PPU.
- Richart, M., & Cabrero, J. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria. programa de prevención y educación para la salud*. Valencia: Promolibro.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J. (1990). Motivación y psicología de la salud. In J. Mayor, & F. Tortosa (Eds.), *Ambitos de aplicación de la psicología motivacional* (pp. 29-65). Bilbao: DDB.
- Rodríguez-Marín, J., Martínez, M., & Valcárcel, M. P. (1990). Psicología social y psicología de la salud. In J. Rodríguez (Ed.), *Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad* (pp. 13-26). Barcelona: PPU.
- Simón, M. A. (1988). Autoeficacia y tolerancia a la estimulación aversiva: Efecto diferencial del feedback. *Análisis y Modificación De La Conducta*, 14(41), 401-417.

- Tuldra, A., & Wu, A. W. (2002). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 31 Suppl 3, S154-7.
- Vázquez, F. L., & Becoña, E. (1999). Estrategias para los profesionales de la salud para prevenir el inicio del consumo del tabaco. *Psiquis*, 20(5), 17-29.
- Vera, J. A. (1999). Creencias relacionadas con el uso de servicios pediátricos en madres de las zonas urbanas de México. *Apuntes De Psicología*, 17(1), 127-136.
- Villamarín, F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista De Psicología De La Salud*, 2(1), 45-64.
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies. evidence for action.*, 2003.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/