

La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas

Adherence to treatment in chronic diseases

MSc. Luisa Estela Ramos Morales

Instituto Nacional de Angiología y Cirugía vascular. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la falta de adherencia al tratamiento en el contexto de las enfermedades crónicas es considerada como un grave problema de salud.

Objetivo: examinar los conocimientos más generales y actualizados acerca de la adherencia terapéutica en tratamientos a largo plazo.

Fuente de datos: se revisaron las bases de datos bibliográficos de Medline y Google e identificaron los estudios sobre adherencia publicados entre los años 2009-2014. Se utilizaron las siguientes palabras claves: adherencia al tratamiento, adherencia terapéutica envejecimiento, enfermedades crónicas no transmisibles.

Síntesis de los datos: la información recopilada se expone en cinco acápites en los que se hace un recorrido destacando primeramente los elementos que permiten diferenciar la definición de la adherencia a los tratamientos, o adherencia terapéutica, con respecto al de cumplimiento de los tratamientos; se relacionan los factores que influyen en su presentación, y se comenta sobre los métodos para su valoración, los modelos teóricos que explican la adherencia terapéutica así como sobre las cuestiones más importantes a tener en cuenta en estrategias diseñadas para su mejoramiento. La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, en último término, de combatirla y mejorar el nivel de salud del paciente.

Conclusiones: la adherencia al tratamiento resulta un proceso muy complejo que requiere aún de educación sanitaria a la población y también a los prestadores de salud, mayor investigación y el diseño de estrategias de intervención que incluyan redes de apoyo al enfermo y su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, adherencia terapéutica, envejecimiento, enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

Introduction: non-adherence to treatment in chronic diseases is regarded as a serious health problem.

Objective: to submit a literature review of the most general knowledge on adherence to treatment in long-term therapies.

Data source: Medline and Google bibliographic databases were reviewed and identified articles disclosed between 2009-2014. The used keywords were adherence to treatment, therapeutic adherence, aging, non-communicable chronic diseases.

Data synthesis: the collected information was described in five paragraphs highlighting the elements that allow us to differentiate the definition of adherence to treatment, or therapeutic adherence, with respect to compliance with treatments. The factors having an impact on the adherence were listed; the methods for assessing it, the theoretical models that explain therapeutic adherence as well as the most important questions to be taken into account in strategies aimed at improving it were all commented on. Non-adherence is a problem the real prevalence of which must be determined for each entity or disease, with the ultimate goal of eliminating it and improving the patient's health.

Conclusions: adherence to treatment is a very complex process that still requires health education of the population and of the health care providers, further research and design of intervention strategies involving networks of support to the patient and their active and responsible participation in the construction of the treatment.

Keywords: adherence to treatment, therapeutic adherence, aging, noncommunicable chronic diseases.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe del 2004 sobre una iniciativa mundial lanzada por su "Grupo Orgánico sobre Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental",¹ presentó una reseña crítica acerca de la adherencia a los tratamientos a largo plazo e invitó a reflexionar y debatir sobre el tema por su gran complejidad y necesario abordaje desde un enfoque de sistemas.

En este informe la OMS recomienda diagnosticar problemas, y crear la sensibilización necesaria para el trabajo en conjunto de la dirección de las instituciones dedicadas a la salud, sus profesionales, pacientes y la comunidad toda, a partir de estrategias necesarias en cada caso particular, de manera que se pueda abordar de forma sistemática "[...] las diversas barreras que encuentran los pacientes y sus familiares en sus esfuerzos diarios para mantener la salud óptima".

El propósito de este trabajo es examinar los conocimientos más generales y actualizados acerca de la adherencia terapéutica en tratamientos a largo plazo.

FUENTE DE DATOS

Se realizó una serie de búsquedas computarizadas para identificar los estudios publicados en las bases de datos bibliográficas Medline y Google entre los años 2009-2014, y otros documentos asociados al tema recuperados con anterioridad. Los términos usados en la búsqueda fueron: adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica, envejecimiento, enfermedades crónicas no transmisibles.

SÍNTESIS DE LOS DATOS

Como resultado de la estrategia de búsqueda y selección de artículos se preparó un cuerpo teórico que se expone en cinco acápites:

1. La adherencia a los tratamientos y la participación activa y responsable de los pacientes.
2. La adherencia al tratamiento como proceso complejo y factores influyentes.
3. Repercusión de la falta de adherencia a los tratamientos como problema de salud y métodos para su valoración.
4. Modelos teóricos que explican la adherencia.
5. Estrategias de intervención.

ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA Y RESPONSABLE DE LOS PACIENTES

La OMS adopta la definición de la adherencia terapéutica como:¹

El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Esta definición parte, entre otros aspectos, del criterio de que ese prestador no tiene que ser solo el médico, sino cualquier profesional de la salud, y del análisis de que la adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que van más allá de tomar por el paciente, las preparaciones farmacéuticas prescritas.

Se evita en esta definición la consideración de la palabra: instrucciones, que implicaría que el paciente solo acata, y pone de relieve que “la relación entre el paciente y el prestador de la asistencia sanitaria debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno”.¹ De esta manera queda clara la diferencia entre adherencia y cumplimiento, término también usado en la literatura científica al referirse al seguimiento del tratamiento por los pacientes. La adherencia demanda de la conformidad del paciente en relación con las recomendaciones participando en conjunto con los profesionales de la salud en su propia atención de forma responsable.

En esta definición se reconoce como comportamientos terapéuticos la búsqueda de atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación de forma apropiada, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones pertinentes, desde la higiene personal hasta el autocuidado, entre otros ejemplos, por lo cual se considera un proceso complejo.¹

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COMO PROCESO COMPLEJO Y FACTORES INFLUYENTES

Como se puede entender el término adherencia terapéutica incluye con igualdad de importancia tanto el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas en las personas enfermas.

Al decir de *Martín Alfonso*,² para que se produzca la adherencia 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 como la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- c) Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

La adherencia terapéutica como proceso complejo es multidimensional^{1,3-5} y se sabe que está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores^{1,6-9} que pueden agruparse en cinco grupos: factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente.

Factores socioeconómicos

El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados

de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

Factores relacionados con la enfermedad

Gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Factores relacionados con el tratamiento

Complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Factores relacionados con el paciente

Los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Además el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; no percibir su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones, entre otros factores. De especial interés tener en cuenta estos factores en el paciente anciano.¹⁰⁻¹³

REPERCUSIÓN DE LA FALTA DE ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS COMO PROBLEMA DE SALUD Y MÉTODOS PARA SU VALORACIÓN

La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, en último término, de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente.^{9,14}

La falta de adherencia o su baja presentación priva al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar.³

Por ejemplo, la escasa adherencia terapéutica de los pacientes con obesidad, es uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan en la actualidad los profesionales de la nutrición. Aproximadamente dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento efectivo y logran bajar de peso, recuperan su peso inicial luego de un año, y casi todos lo hacen luego de cinco años. Esta recuperación del peso perdido se asocia frecuentemente con la falta de adherencia.¹⁵

Rickles y otros,¹⁶ a partir de una revisión de trabajos de investigación, que incorporan diferentes diseños de intervenciones educativas para mejorar la adherencia al tratamiento, refieren que no siempre se aprecian los cambios que se esperan; además citan entre otros, un estudio que asocia los problemas inherentes a la falta de adherencia terapéutica con la estimación reciente de un elevado costo por los servicios de salud de aproximadamente 290 billones de USD en los Estados Unidos de Norteamérica.

Poder evaluar la adherencia permite atribuir o no al régimen recomendado los resultados de salud que se han alcanzado, y preparar tratamientos efectivos y eficientes. De su complejidad se derivan las numerosas estrategias seguidas para su medición.¹ Las estrategias pueden tratar desde lo subjetivo preguntando criterios a médicos y pacientes, y también utilizando cuestionarios estandarizados a pacientes; de esta última modalidad es muy conocido el test de Morisky-Green,¹⁷ que valora las actitudes del paciente ante su tratamiento farmacológico a través de cuatro preguntas a realizar durante el diálogo con su médico en la consulta habitual.

Otra propuesta interesante es el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau),¹⁸ desarrollado por investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba y validado en la población cubana para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Se trata de un instrumento de autorreporte, rápido que abarca tanto el tratamiento farmacológico como el estilo de vida acordado.

Desde lo objetivo se han usado tanto el conteo de dosis de medicamentos remanentes en las visitas al consultorio, como llevar un record de la compra de medicamentos por diferentes sistemas; otros procederes se relacionan con las mediciones bioquímicas en muestras de orina o sangre de marcadores no tóxicos de medicamentos.¹

Todas las formas de valoraciones tienen ventajas e inconvenientes, se considera ideal usar más de un método pero, esto depende de las metas del investigador, los recursos disponibles y el modo en que se usarán los resultados, entre otros aspectos.¹

Según enuncia la OMS,¹ "En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50 %, y resulta mucho menor en los países en desarrollo" y añade: "La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo".

En este punto resulta de sumo interés recordar que la transición demográfica que experimenta la población mundial hacia el envejecimiento, favorece el aumento de personas con enfermedades crónicas,¹⁹ a lo que no escapa el territorio de la América Latina y el Caribe, en particular Cuba con el 18,3 % de personas de 60 años y más de edad, según el anuario estadístico de salud del 2012.²⁰ Al respecto *Romero Cabrera*,²¹ se refieren al esperado "envejecimiento del envejecimiento" relacionado con el aumento de la población de 80 años y más que se pronostica será notable para el 2025.

Es importante destacar la relación del envejecimiento con la adherencia terapéutica a los tratamientos de larga duración, no solo porque el envejecimiento favorece el aumento de personas con enfermedades crónicas, sino porque, entre otras razones, las personas de edad avanzada presentan de manera general mayor morbilidad y constituyen, según se ha informado, alrededor del 65 % de los ingresos en las unidades de medicina interna.²² Estas personas presentan habitualmente más de una enfermedad crónica por lo que se ven precisados a enfrentar tratamientos complejos de larga duración.

De acuerdo a esos datos es fácil entender que el mundo urge de mejorar la presentación de la adherencia como determinante primario de la efectividad de los tratamientos, tanto en las intervenciones encaminadas a promover modos de vida saludables, como las farmacológicas. Facilita su logro conocer los modelos que pueden explicar la adherencia terapéutica.

MODELOS TEÓRICOS QUE EXPLICAN LA ADHERENCIA

Se han descrito diversos modelos que explican la adherencia terapéutica. Se destaca el papel de los modelos cognitivos conductuales,¹ entre ellos el de las *creencias en salud* y el de la *teoría de la acción razonada*.

El primer modelo se basa en la motivación del paciente y la información de que dispone, percibirse en riesgo de enfermar y ver la enfermedad como algo grave, reconocer la eficacia de la intervención a seguir para evitar la enfermedad y percibir sencillas las medidas a practicar.

En el caso del segundo modelo, se priorizan los determinantes de la conducta y la la intención como el determinante más inmediato, por lo que se trabaja con aquellos factores que la determinan: la actitud de la persona hacia la acción y aquello que la modifica, como son las creencias en relación con los resultados probables de esa conducta, la valoración realizada de esos resultados, la valoración que hacen otras personas de lo que creen debería hacer el sujeto y la propia motivación del sujeto a cumplir con las expectativas de esas personas o grupos.

Otros modelos recogidos en el informe de la OMS son el de la *autorregulación*,¹ que tiene como esencia la importancia de la conceptualización que haga una persona sobre una amenaza para su salud o una enfermedad. Considera que las ideas o representaciones que tienen los pacientes sobre las enfermedades que sufren y sobre el tratamiento guían su toma de decisiones y su comportamiento. De manera que la adherencia requiere de representaciones de la enfermedad y su tratamiento apropiadas y "la creencia de que uno puede administrar su propio ambiente y comportamiento, aptitudes específicas para hacer frente y creer que el tema requiere atención y modificación de su comportamiento".

Por su parte, el modelo de aptitudes de *información-motivación-comportamiento*,¹ más reciente, toma de otros modelos anteriores. En el se demuestra que si bien la información es un requisito previo para el cambio de comportamiento, es en sí insuficiente para lograrlo. En este modelo los determinantes fundamentales son realmente la motivación y las aptitudes comportamentales. De manera que la información y la motivación aumentan la probabilidad de la adherencia, por lo que se debe asegurar que el paciente cuente con estas herramientas de comportamiento.

Otro modelo, el de las *etapas de cambio*,¹ identifica cinco etapas en las que los individuos progresan según modifican sus comportamientos y estrategias de forma ajustada con cada una de las etapas, lo que predice el progreso de la etapa posterior. Este modelo es útil como indicador de motivación y para comprender y predecir cambios comportamentales voluntarios, muy importante, pues delimita el error involuntario, por olvido o mal entendido, de la falta de adherencia intencional.

Desde las perspectivas de la comunicación,^{1,23} se ha enfatizado en la importancia de desarrollar la relación médico-paciente optimizando las habilidades comunicacionales y la educación a los pacientes, y se recalca la conveniencia de una relación más horizontal entre el profesional de la salud y el paciente. Aunque es menester adoptar un estilo cálido al interactuar con un paciente esto es insuficiente en sí para producir cambios en los comportamientos de adherencia de los pacientes. Este enfoque influye sobre la satisfacción con la atención médica, pero los datos convincentes respecto de sus efectos positivos sobre el seguimiento son escasos.

Partiendo de los modelos teóricos se pueden interpretar resultados como los publicados por *Marchant Olivares*²⁴ en un estudio con pacientes epilépticos, en el que demuestra que aquellos pacientes que tienen una mejor percepción de su enfermedad son más adherentes; por otro lado, los resultados de *Torresani M* y otros,²⁵ que en un diseño experimental de seguimiento en mujeres adultas con sobrepeso u obesidad encuentran relación directa entre la pérdida de peso semanal y la percepción de la adherencia. Cuanto mayor es la percepción de adherencia al tratamiento, mayor la pérdida de peso semanal, sin asociación con la edad, el índice de masa corporal o el tiempo transcurrido hasta el primer control.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Los resultados que permitieron hacer el informe presentado por la OMS,¹ hacen suponer que, aumentar la efectividad de las intervenciones que abordan la adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos.

De acuerdo a los modelos explicativos es posible diseñar intervenciones para contrarrestar las barreras que encuentran los pacientes al enfrentar sus tratamientos. Las intervenciones que brindan las mayores expectativas se orientan al paciente, al prestador o al sistema de atención de salud, lo que ha demostrado buenos resultados con programas que enfocan los tres niveles.¹ Ninguna estrategia dirigida solo al paciente ha sido eficaz a largo plazo, en tanto que se han informado pocas investigaciones respecto a intervenciones dirigidas al prestador.¹

La atención eficaz para tratar los procesos crónicos requiere movilizar al paciente y la comunidad que lo apoya. Muestran los mejores resultados las intervenciones que refuerzan el esfuerzo del paciente para su autocuidado y adaptan la educación a sus necesidades y circunstancias, brindan acceso a los recursos y garantizan la continuidad de la atención.^{1,26} *Del Duca* y otros,²⁷ enfatizan en derribar las barreras derivadas de las creencias, prejuicios, y miedos respecto a la enfermedad, a lo que se suma lo esencial de la información adecuada y la participación activa de la familia en todo el proceso.²⁸⁻³¹ Es importante recordar que la adherencia responde a un proceso dinámico en el que intervienen diversidad de factores, lo que supone que no todos respondan de la misma manera a un programa de intervención. Dada su complejidad se realizan estudios sobre el tema desde las diferentes dimensiones.³²⁻³⁶

No resulta tarea fácil. Así lo demuestra un proyecto nacional de información realizado en Suecia,³⁷ que tiene como objetivo crear un acuerdo entre los pacientes y los prestadores de salud sobre lo necesario de la adherencia al tratamiento a través del uso de lo que se denominó "concordancia". La concordancia se presenta como una alianza terapéutica, que se corresponde con el modelo de relación médico-paciente del tipo participativo que propone la bioética, de forma que permite mejorar la participación activa del paciente en el tratamiento.³⁸

Se identificó que para que se cumpla esta alianza, cada paciente debe compartir la responsabilidad y participar activamente en el régimen del tratamiento; para ello es necesario identificar la experiencia del paciente y su actitud hacia la enfermedad y el tratamiento, que participe en la construcción del tratamiento de modo que esté seguro, que entienda cómo y por qué se deben seguir las indicaciones recomendadas.³⁷

Al final del proyecto³⁷ y luego de tres años de desarrollo, se destaca que la introducción del concepto de concordancia resultó ser más lento de lo esperado y, aunque no se midió el nivel de escepticismo, a algunos de los médicos les resulta difícil aceptar que hasta el 50 % de sus pacientes no se había adherido a sus regímenes de medicación a largo plazo.

Es preciso desarrollar entonces medios para evaluar con exactitud de la adherencia y los factores que contribuyen a ella en casos particulares. De acuerdo a esto, los profesionales deben adiestrarse en la gestión de la adherencia terapéutica y los sistemas de salud diseñar procedimientos de prestación que lo propicien.¹

Bosworth y otros,³⁹ revisan las estrategias disponibles y en investigación que pudieran llevar a un mejor seguimiento de los tratamientos farmacológicos por parte de los pacientes, concluyen que casi todas las intervenciones que al parecer son eficaces para tratamientos a largo plazo, son complejas e incluyen combinaciones de cuidados, informaciones, recordatorios, autoevaluaciones, orientaciones, terapia familiar, terapia psicológica, seguimiento telefónico, entre otros. Por otra parte, aseguraron que mejorar el seguimiento del tratamiento de enfermedades crónicas depende de la comunicación abierta y continua, y de los momentos escogidos para la evaluación dado que se observa mayor respeto por el tratamiento cinco días antes y cinco días después de una visita al médico y, en general, disminución a los 30 días.

Por su parte, la Sociedad Mexicana de Cardiología⁴⁰ explora el problema de la adherencia terapéutica en un estudio de investigación cualitativa, enfocado a la interpretación de declaraciones públicas de un debate organizado *ex profeso* en el XXVI Congreso Nacional de Cardiología en la ciudad de Puebla en el 2009. En su informe destaca la necesidad de organizarse, fomentar la cultura de la salud, y actuar en la readaptación de la relación médico-paciente de acuerdo a las nuevas exigencias de cambios radicales que la modernidad involucra.

No obstante las propuestas de iniciativas, falta mucho por recorrer en la práctica.⁴¹⁻⁴⁷ Un boletín de información fármaco terapéutica vasco expresa:

[...] si bien todos conocemos que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación, en la práctica diaria no hemos integrado este hecho como causa del fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o intensificación de tratamientos que pueden incrementar los riesgos para el paciente.⁸

Se precisa de más políticas sanitarias que tengan como meta mejorar la adherencia. Sin lugar a dudas como un problema social complejo requiere para su solución alentar y encauzar, tal como plantea la OMS, el debate del tema.¹

De acuerdo a *Martín Alfonso*:⁴⁸

Tal vez parezca un tema sencillo y se subvalora su importancia y repercusión sobre el cuadro de salud de la población [...] y por eso se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de forma sistemática y directa sobre el asunto.

En Cuba un equipo de la Escuela Nacional de Salud Pública se dedica al estudio de la adherencia terapéutica,^{2,7,18,48-52} otros estudios abordan el tema desde otras perspectivas,⁵³ y hoy en día existe un cuerpo de investigaciones que van introduciendo el tema en el país con la consiguiente sensibilización de la población y del Ministerio de Salud Pública y abriendo el paso hacia la búsqueda de intervenciones

de mejoramiento de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas.

Como conclusión podemos plantear que la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas resulta un proceso muy complejo que requiere aún de mayor investigación y del diseño de estrategias de intervención que incluyan la educación sanitaria tanto a la población como a los prestadores de salud a través del debate y la creación de redes de apoyo al enfermo que incorporen principalmente a la familia, además enfatizar en su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [citado 5 Ago 2009]:3. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
2. Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004 [citado 10 Ago 2009]; (30)4. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
3. Salinas Cruz E, Nava Galán M. Adherencia terapéutica. Enf Neurol (Mex). 2012 [citado 27 Oct 2014]; 11(2):102-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
4. Khan MU, Shah S, Hameed T. Barriers to and determinants of medication adherence among hypertensive patients attended National Health Service Hospital, Sunderland. J Pharm Bioallied Sci. 2014 [citado 27 Oct 2014]; 6(2):104-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3983739/>
5. Kronish IM, Ye S. Adherence to Cardiovascular Medications: Lessons Learned and Future Directions. Prog Cardiovasc Dis. 2013 [citado 27 Oct 2014]; 55(6):590-600. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639439/>
6. Rodríguez Acelas AL, Gómez Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av Enferm. 2010 [citado 27 Oct 2014]; XXVIII(1):63-71. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15656/16435>
7. Martín Alfonso L, Grau Ábalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública. 2014 [citado 27 Oct 2014]; 40(2). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662014000200007&script=sci_arttext
8. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Información fármaco-terapéutica de la comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Infac. 2011 [citado 27 Oct 2014]; 19(1):1-6. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/ad_juntos/infac_v19_n1.pdf

9. Buitargo F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Aten Primaria. 2011 [citado 26 abr 2013]; 43(7): 343-4. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v43n07a90023817pdf001.pdf>
10. Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras E, Castellano P, Suarez G, Pérez-Trueba E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos poli-medicados desde una perspectiva cualitativa. Rev Calidad Asistencial. 2013 [citado 14 May 2013]; 28(1): 56-62. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/conocimientos-percepciones-actitudes-que-intervienen-adherencia-al-90187771-originales-2013>
11. Unni EJ, Farris KB. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. Patient Educ Couns. 2011 [cited 2014 Oct 27]; 83(2): 265-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20542401>
12. Campbell NL, Boustani MA, Skopelja EN, Gao S, Unverzagt FW, Murray MD. Medication adherence in older adults with cognitive impairment: a systematic evidence-based review. Am J Geriatr Pharmacother. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 10(3): 165-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22657941>
13. Holt E, Joyce C, Dornelles A, Morisky D, Webber LS, Muntner P, et al. Sex differences in barriers to antihypertensive medication adherence: Findings from the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). J Am Geriatr Soc. 2013 [cited 2014 Oct 27]; 61(4): 558-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3628283/>
14. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev Clin Esp. 2014 [citado 27 Oct 2014]; 214(6): 336-44. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rev%20Clin%20Esp\[Jour\]%20AND%20214\[volume\]%20AND%20336\[page\]&cmd=DetailsSearch](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rev%20Clin%20Esp[Jour]%20AND%20214[volume]%20AND%20336[page]&cmd=DetailsSearch)
15. Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. Int J Behav Nutr Phys Act. 2011 [cited 2014 Oct 27]; 22: 8-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073863/>
16. Rickles NM, Brown TA, McGivney MS, Snyder ME, White KA. Adherence: a review of education, research, practice, and policy in the United States. Pharmacy Practice. 2010 [cited 2014 Oct 27]; 8(1): 1-17. Available from: <http://pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/126/128>
17. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 [cited 2012 Sept 16]; 24(1): 67-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>
18. Martín Alfonso L, Bayarre H, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública. 2008 [citado 10 Abr 2009]; 34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es

19. World Health Organization. World health statistics 2013. Geneva: WHO; 2013 [cited 2014 Oct 27]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf
20. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Cuba 2013. La Habana: MINSAP; 2013 [citado 5 Sept 2014]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
21. Romero AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev Panam Salud Pública. 2008 [citado 27 Oct 2014]; 24(4): 288-94. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a10>
22. Castellano Muñoz P, Miranda Ruiz A, Sojo González G, Perea Milla E, García Alegría JJ, Santos Rubio MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. Enferm Clin. 2008 [citado 22 Abr 2013]; 18(3): 120-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/adherencia-al-tratamiento-farmacologico-pacientes-ancianos-alta-13123240-originales-2008>
23. Daley D, Myint P, Gray R, Deane K. Systematic review on factors associated with medication non-adherence in Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 18: 1053-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23022461>
24. Marchant Olivares SC. Adherencia a tratamiento y percepción de enfermedad en pacientes con epilepsia no refractaria [tesis]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2013 [citado 27 Oct 2014]. Disponible en: <http://tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20percepcion%20de%20enfermedad%20%20%281%29.pdf?sequence=1>
25. Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. Diaeta. 2011 [citado 27 Oct 2014]; 29(137): 31-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000400004&lng=es&nrm=iso
26. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enferm Clin. 2014 [citado 27 Oct 2014]; 24(1): 59-66. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90269207&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=17&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v24n01a90269207pdf001.pdf
27. Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. BIOMEDICINA. 2013 [citado 27 Oct 2014]; 8(1): 6-15. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf
28. Soria Trujano R, Ávila López DI, Vega Valero Z, Nava Quiroz C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Alternativas Psicol. 2012 [citado 27 Oct 2014]; XVI(26). Disponible en: <http://alternativas.me/attachments/article/24/8%20%20Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%20-%2026.pdf>

29. Del Castillo Arevalo F, Salido González M, Losada García A, García García M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez ML. Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Enferm Glob*. 2013 [citado 27 Oct 2014]; 12(30): 18-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000200002&script=sci_arttext
30. Moullec G, Gour-Provencal G, Bacon S, Campbell T, Lavoie K. Efficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: Impact of using components of the chronic care model. *Respir Med*. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 106: 1211-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22770682>
31. Arango Martínez C, Barrera Mójica LP, Rojas Jiménez DM. Propuesta educativa de apoyo a la adherencia farmacológica en síndrome coronario agudo, dirigida a profesionales de enfermería [tesis]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2012 [citado 27 Oct 2014]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/11378/1/catherinearangomartinez_2012.pdf
32. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Vidal-España F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Leiva-Fernández F. Efficacy and safety of a multifactor intervention to improve therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Protocol for the ICEPOC study. *Trials*. 2011 [cited 2014 Oct 27]; 12: 40-1. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1745-6215-12-40#page-1>
33. Radhakrishnan K. The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 68: 496-510. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05860.x/full>
34. Coleman CI, Roberts MS, Sobieraj DM, Lee S, Alam T, Kaur R. Effect of dosing frequency on chronic cardiovascular disease medication adherence. *CMRO*. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 28(5): 669-80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0049575/>
35. Coleman C, Limone B, Sobierai D, Lee S, Roberts M, Kaur R, et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm*. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 18: 527-39. Available from: <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=15582>
36. Patwardhan A, Duncan I, Murphy P, Pegus C. The value of pharmacists in health care. *Popul Health Manag*. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 15: 157-62. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/pop.2011.0030>
37. Krigsman K, Bastholm P, Fucks R, Nordstrom-Torpenberg I, Petterson S, Nilsson JL. Uso de la concordancia para mejorar la adherencia del paciente. Uso racional de los medicamentos. *Informac Med*. 2007 [citado 27 Oct 2014]; 21(1): 30-6. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/druginfo/21_1_2007_spa.pdf
38. Enmanuel E, Enmanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992; 267(16): 22-9.
39. Bosworth HB, Granger BB, Granger CB. ¿Cómo mejorar la adherencia al tratamiento? *Am Heart J*. 2011 [cited 2014 Oct 27]; 162(3): 412-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21884856>

40. Chávez Domínguez RC, Ilarraza Lomeli H, Gaspar Hernández J. Apego terapéutico. Informe a la Comunidad Cardiológica. Arch Cardiol Méx. 2011 [citado 27 Oct 2014];81(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S140599402011000300016&script=sci_arttext
41. Sánchez Ulayar A, Gallardo López S, Pons Llobet N, Murgadella Sancho A, Campins Bernadas L, Merino Mendez R. Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. Farm Hosp. 2012 [citado 27 Oct 2014];36(3): 118-23. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/123_vol36n3pdf002.pdf
42. Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and risk indicators of non-adherence to Statin therapy: A meta-analysis. Can J Cardiol. 2012 [citado 27 Oct 2014];28(5): 574-80. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22884278>
43. Jarb C, Algudah S, Khmour M, Shamssain M, Mukattash T. Impact of pharmaceutical care on health outcomes in patients with COPD. Int J Clin Pharm. 2012 [cited 2014 Oct 27];34:53-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22101426>
44. Ogedegbe G, Boutin-Foster C, Wells M, Allegrante J, Isen A, Jobe J, et al. A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive African Americans. Arch Intern Med. 2012 [cited 2014 Oct 27];172: 322-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22269592>
45. Du HY, Zecchin NP, Denniss R, Salamonson Y, Everett B, Currow D, et al. An intervention to promote physical activity and self management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2011 [cited 2014 Oct 27];2:63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3061924/>
46. Nair KV, Belletti DA, Dyle JJ, Allen RR, McQueen RB, Saseen JJ, et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. Patient Prefer Adherence. 2011 [cited 2014 Oct 27];5: 195-206. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090381/>
47. Jing S, Naliboff A, Kaufman MB, Choy M. Descriptive analysis of mail interventions with physicians and patients to improve adherence with antihypertensive and antidiabetic medications in a mixed-model managed care organization of commercial and medicare members. J Manag Care Pharm. 2011 [cited 2014 Oct 27];17(5): 355-66. Available from: <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=9731>
48. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 27 Oct 2014];32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Martín L, Grau JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Rev Psicología Salud. 2004 [citado 26 Jun 2009];14(1): 89-99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>

50. Martín Alfonso L, Bayarre H, la Rosa Y, Orbay M de la C, J Rodríguez, Vento F, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 23 Jun 2009]; 33(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0864-34662>
51. Martín Alfonso L. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario, 2003-2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009 [citado 27 Oct 2014]. Disponible en: <http://revsalud.sld.cu>
52. Corugedo MC, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 27 Oct 2014]; 27(4):504-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252011000400009&lng=es
53. Ramos Morales LE. Perspectiva ética de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad arterial periférica [tesis]. La Habana: Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos; 2010.

Recibido: 18 de diciembre de 2014.

Aprobado: 2 de marzo de 2015.

Luisa Estela Ramos Morales. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascul. Calzada del Cerro 1551 esquina a Domínguez. Cerro 12000. La Habana. Cuba. Dirección electrónica: luisaest@infomed.sld.cu