

## Reflexiones en torno a la adherencia al tratamiento.

### Reflections about the adherence to the treatment.

Javier Dubán Montoya Gómez<sup>1</sup>, Ruth Elena Calvache Dorado<sup>2</sup>

#### Resumen

Este artículo parte de la experiencia de los autores en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud, donde han podido verificar como los consultantes o pacientes muchas veces presentan dificultades frente a la adherencia al tratamiento, debido al desconocimiento, temor, reacciones adversas de los medicamentos, a las creencias irracionales o a los imaginarios de la realidad social, es decir, considerar que la desaparición de signos y síntomas sin haber culminado el tratamiento, significa estar "aliviado" o "recuperado"; más aún la concepción acerca de la enfermedad o la no dimensión de ésta. Se hará un recorrido desde la conceptualización del término de adherencia al tratamiento teniendo en cuenta el papel que cumple el médico, la familia y el individuo frente a su recuperación y las condiciones en torno a la calidad de vida.

**Palabras claves:** Adherencia, tratamiento, calidad de vida afrontamiento, intervención psicosocial.

---

<sup>1</sup>Docente Facultad de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Popayán, Colombia, [javier.montoyag@campusucc.edu.co](mailto:javier.montoyag@campusucc.edu.co); [javiermontoyag@gmail.com](mailto:javiermontoyag@gmail.com).

<sup>2</sup>Practicante en Psicología Clínica Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia, [ruth.calvache@campusucc.edu.co](mailto:ruth.calvache@campusucc.edu.co)

## **Abstract**

This article is the result of the authors' experience on the clinic and health Psychology, where they have been able to verify how the patients show difficulties very often to adherence to therapy, due to the lack of knowledge, fear, adverse reactions to medications, to irrational beliefs or to the imaginaries of social reality, that is to say, to consider that disappearance of signal and symptoms without finishing the treatment, means to be cured or recuperated; even more the idea about the disease or the non- dimension of the sickness. We will look from the concept of adherence to treatment taking into account the physician, the family, and the patient's role, in front of his recovery and the conditions around the quality of life.

**Key words:** Adherence, treatment, quality of life, facing, psychosocial intervention.

## **A modo de introducción**

Es importante tener en cuenta que la adherencia al tratamiento permite en los pacientes una mayor calidad de vida, esto es, considerar que los progresos para mejorar frente a su enfermedad van a permitir el incremento de la expectativa de vida, menos costos económicos y sociales, como también un adecuado funcionamiento en el contexto familiar, a manera de disminución del estrés al interior de la familia por las crisis, por la no administración adecuada del tratamiento o el abandono de este al sentirse mejor o recuperado.

Se debe iniciar definiendo que es adherencia al tratamiento. La OMS en el año 2004 refiere: " el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir

257

Citación del artículo: Montoya Gómez, J., Calvache Dorado, R. (2014). Reflexiones en torno a la adherencia al tratamiento. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 13, diciembre 2014, pp.256-273, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 22. 05. 2014

Arbitrado 17.09. 2014

Aprobado 10.11. 2014

un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria" (p.2).

Otra definición dada por Martin (2008, p.2) es

la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico. Este último hace énfasis en los componentes psicológicos, sobre todo volitivos del paciente, que lo inducen a estructurar una conducta de cumplimiento.

Según Marks et al (2008, p.331) "adherencia y cumplimiento son términos empleados para describir hasta qué punto los pacientes se adhieren o cumplen los regímenes de tratamiento recomendados".

La adherencia terapéutica a los tratamientos va más allá de tomarse el medicamento o conocer la administración, las horas de prescripción; parte, también, del conocimiento real que tenga el paciente sobre su enfermedad, su pronóstico, las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo que permitan consolidar un puente entre paciente y médico.

### **A modo de desarrollo**

No es claro para ningún ser humano que cambiar los hábitos de vida, incluyendo alimentación, dietas, ejercicio, no consumo de licor o cigarrillo genera cierto nivel de

258

Citación del artículo: Montoya Gómez, J., Calvache Dorado, R. (2014). Reflexiones en torno a la adherencia al tratamiento. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 13, diciembre 2014, pp.256-273, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 22. 05. 2014

Arbitrado 17.09. 2014

Aprobado 10.11. 2014

desadaptación. Al respecto, el mismo paciente refiere que es “imposible cambiar hábitos de toda la vida”, es allí, donde se reconoce la educación como factor preponderante en la continuidad de los tratamientos. Un sujeto no entiende lo que debe hacer hasta que no dimensiona su situación de estar enfermo, ni tampoco le da importancia hasta que no alcance un nivel de conciencia que la adherencia al tratamiento significa prolongación de vida, calidad de vida o disminución de malestares actuales.

Una adecuada adherencia al tratamiento debe integrar factores de carácter psicosocial, empezando por el individuo, las creencias frente a la ingesta de medicamentos, las consideraciones sobre la enfermedad, la cultura de los tratamientos médicos y sobretodo la aceptación de reacciones adversas cuando el medicamento inicia su terapéutica.

Para caracterizar el nivel de adherencia de los pacientes según Meichenbaum y Turk (1987) citados por Marks, (2008) es necesario precisar aspectos de orden social como: situación social del individuo, falta de apoyos sociales, inestabilidad familiar o armonía, expectativas y actitudes hacia el tratamiento por parte de los padres, inestabilidad residencial, entorno que apoye la conducta no adherente, falta de recursos y exigencias rivales o contradictorias, aunado esto a las creencias inapropiadas o contradictorias sobre la salud, rivalidad de los conceptos de enfermedad y tratamiento socioculturales y étnicos populares.

Esto último se convierte en un marcador importante cuando se trabaja para la adherencia al tratamiento. Para tal fin, resulta esencial conocer la particularidad del

paciente, en especial, su situación y la maraña de concepciones y saberes populares que tiene acerca de la salud y la enfermedad, pues en muchas ocasiones llegan a convertirse en obstáculos que imposibilitan la mejoría de este.

Es fundamental tener en cuenta que si el medicamento es acorde o se acerca a las creencias del paciente, existirá mayor probabilidad de adherencia de este y se posibilitará el cumplimiento de la prescripción realizada por el médico tratante

Otro factor es la familia o cuidadores quienes representan el soporte y la perseverancia en el tratamiento. Muchas veces nos encontramos con que ni siquiera esta conoce o dimensiona lo que es la enfermedad y termina reforzando la no adherencia convirtiéndose en un factor de riesgo para el paciente.

Cabe anotar, como lo que refiere Martin (2006):

La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación (p.3.).

Otro aspecto es la relación médico-paciente, quien se convierte en el primer agente para el dimensionamiento de la enfermedad y la administración de los medicamentos, se ha encontrado que muchos profesionales no se toman el tiempo para explicar a su consultante acerca de la enfermedad, los cuidados que debe tener o la clara sustentación del por qué llevar una vida diferente y la toma de medicamentos de forma regular (con tiempos, posología), otro aspecto a tener en cuenta es la empatía y la confianza frente al profesional por el cual es atendido, lo cual lleva a la credibilidad o no en su consulta.

Según el modelo transaccional de Stone (1979), citado por Joyce-Moniz & Barros (2007)

Después del diagnóstico, la actividad decisoria del médico se refiere al tratamiento, lo que presupone una elección racional entre los procedimientos biomédicos posibles. No obstante, el prestador de servicios no siempre toma en cuenta la importancia que atribuye el enfermo a sus propias significaciones...Para el enfermo, escuchar la propuesta es una cosa, aceptarla otra e implementarla otra más (p.175).

Los seres humanos viven en un contexto donde la tradición oral marca la pauta para la continuidad de los pensamientos, creencias y en este caso, la concepción frente a las medicinas, muchos pacientes abandonan los tratamientos por consideraciones externas, es decir cercanos le informan de "curas mágicas" en poco tiempo y a menor costo, lo que lleva al paciente a recaídas y a problemas para los sistemas de salud (consultas reiterativas).

Según Cullari (2001) los factores asociados con la no adherencia al tratamiento son:

El paciente percibe que los costos del tratamiento sobrepasan los beneficios que proporciona.

El plan de tratamiento es muy difícil de llevar a cabo, es muy agresivo, consume demasiado tiempo o altera demasiado el estilo de vida del paciente.

El tratamiento toma mucho más tiempo del que el paciente esperaba o deseaba.

Falta de discernimiento en el paciente o bien éste no entiende completamente el trastorno o su curso.

Las actitudes o el sistema de creencias del paciente (racional o irracional) interfieren con la realización con el programa de tratamiento. Por ejemplo, el paciente cree en el "destino" o espera que "un alto poder" arregle el problema.

Las estadísticas brindadas por la OMS, citado por Martín (2006): "Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria. Este dato permite reconocer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, lo que pone en peligro la capacidad del sistema sanitario para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población. (p.3)."

262

Citación del artículo: Montoya Gómez, J., Calvache Dorado, R. (2014). Reflexiones en torno a la adherencia al tratamiento. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 13, diciembre 2014, pp.256-273, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 22.05.2014

Arbitrado 17.09.2014

Aprobado 10.11.2014

Seguidamente, con referencia a patologías crónicas, la adherencia al tratamiento obliga al reconocimiento e inclusión en el abordaje terapéutico de la perspectiva psicológica.

En general, las enfermedades crónicas requieren manejo biopsicosocial. Particularmente, desde el componente psicológico, el abordaje se supedita a la adherencia al tratamiento.

Con relación a lo anterior, la Psicología Clínica “es un modelo centrado en la enfermedad más que en la salud, enfocado hacia el individuo, hacia la enfermedad «mental» y estrechamente asociado a la psiquiatría” (Martín, 2003, p.1). De este modo, constituye un antecedente teórico y práctico para la Psicología de la Salud. Propiamente, a esta línea de la Psicología clínica:

... le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad (p.2).

Referencialmente, al connotar tanto la salud como la enfermedad y sus secuelas, la Psicología de la Salud abarca la Psicología de la Enfermedad, cuyo propósito esencial es adaptar al enfermo al proceso de enfermedad para mejorar su vivencia del proceso.



No obstante, la especialidad de la Psicología en mención se interesa tanto por el modelo medico curativo, dirigido principalmente a los procesos agudos, como por el acompañamiento medico paliativo [antes referido], enfocado en los procesos crónicos o terminales (Joyce Monis & Barros, 2006).

En línea con el último párrafo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas como "... enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta"(parr.1). Se trata de enfermedades no transmisibles, de lento desarrollo, que dañan uno o más órganos por largo tiempo. Comprenden trastornos de diversa gravedad, todos con alta prevalencia entre la población mundial. El cáncer, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la hipertensión y la enfermedad renal, son algunos ejemplos. Con ellas, pacientes y familias tienen menor calidad de vida, y mayor riesgo de discapacidad y muerte prematura. (parr.1)

Por sus características, la enfermedad crónica genera mayores problemas de adaptación en tanto "... requiere un abordaje biopsicosocial e interdisciplinar, centrado en el paciente, que integre la multifuncionalidad del ser humano" (Borrell, 2002 citado en Remor et al, 2003, p.592). Éste abordaje responde al modelo biopsicosocial, para el cual "... la salud y la enfermedad son el producto de una combinación de factores, incluyendo las características biológicas, los factores conductuales y las condiciones sociales" (Marks et al, 2008, p.18).

Así, tanto el modelo médico como el psicológico encaminan sus acciones a la adaptación del enfermo y su entorno al proceso crónico. Desde el componente médico, esta adaptación se mide en términos de tiempo o años de supervivencia; en el modelo

264

Citación del artículo: Montoya Gómez, J., Calvache Dorado, R. (2014). Reflexiones en torno a la adherencia al tratamiento. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 13, diciembre 2014, pp.256-273, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 22. 05. 2014  
Arbitrado 17.09. 2014  
Aprobado 10.11. 2014

psicológico se parte de una profunda alteración de la calidad cognitiva, afectiva, social y profesional del enfermo (Taylor & Aspinwall, 1990, citado en Joyce-Monis & Barros, 2006).

Toda enfermedad crónica supone cambios en el estilo de vida y, por consiguiente, procesos adaptativos y de compromiso para el paciente y su grupo familiar o cuidadores. Los ajustes que suponen esta clase de enfermedades involucran la dimensión personal, familiar, social, económica, ambiental, entre otras. Por lo general, tanto el enfermo como sus cuidadores los perciben en términos de amenaza, pérdida y reto, en vista de la impredecibilidad, incontrolabilidad e incertidumbre asociadas a la enfermedad, que alteran su normalidad y traen consigo: limitaciones funcionales; altos niveles de estrés; reacciones de ansiedad y depresión; y experiencias de sufrimiento (Salamero et al, s.f, citado en Remor et al., 2003).

No obstante, la dificultad para acoger y comprometerse con las indicaciones o pautas terapéuticas, conlleva la progresión e intensidad de la sintomatología crónica y la consecuente necesidad de asistencia hospitalaria. Propiamente, el ajuste al esquema terapéutico se denomina adherencia al tratamiento.

Para determinar con precisión y rapidez el nivel de ajuste al esquema terapéutico del paciente, es conveniente aplicar pruebas psicodiagnósticas. El cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) evalúa la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial y resulta de gran utilidad para esta valoración.

En los procesos crónicos, la falta de adherencia al tratamiento convierte las hospitalizaciones en una constante en la vida de los pacientes y sus cuidadores. Una hospitalización es en sí misma una experiencia estresante que puede tornarse abrumadora; los pacientes tienen mayor riesgo emocional y los cuidadores experimentan una situación emocionalmente agotadora (García et al, 2008, pág. 187).

El hospital se considera un estresor de tipo físico, cultural, social y personal (Rodríguez, 1996; Taylor 1986; Rodríguez, Marín y Zurriaga, 1997, citados en Remor et al, 2003), para el paciente y sus cuidadores, no así, para el personal sanitario.

Referencialmente, al impacto psicosocial de la hospitalización se suma el padecimiento de la enfermedad, por tanto, los enfermos y sus cuidadores empiezan a padecer estrés. La ansiedad suele ser la respuesta inicial, posteriormente aparecen la depresión y la irritabilidad (Remor, Arranz & Ulla, 2003). Así, pacientes y cuidadores deben añadir al estrés, ansiedad y depresión de la enfermedad, el estrés y la ansiedad propios de la internación hospitalaria.

Lo descrito, representa la necesidad de generar programas que permitan llegar a los pacientes con distintas enfermedades que se encuentran en tratamiento farmacoterapéutico y requieren de continuidad en este para poder ver los resultados en la disminución de síntomas, de dolor, de signos molestos, de recaídas y costos para el mismo consultante.

Martin (2004) propone que para que se produzca una adherencia al tratamiento deben darse varios momentos. En primer lugar, está la 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. En segundo lugar, está el cumplimiento del tratamiento, medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta. En tercer lugar, está la participación activa en el cumplimiento, o sea, el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento. Y, por último, 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.

Es de resaltar que culturalmente de acuerdo con el diagnóstico, la enfermedad puede estigmatizar socialmente, es decir, es muy diferente tener hipertensión a presentar VIH. La primera es concebida como un proceso en el cual se puede controlar con medicamentos o con "algunas infusiones" y no pasa de allí, mientras que la segunda genera en los otros toda una serie de imaginarios, que van desde la condición sexual hasta el aislamiento social debido a los prejuicios que trae implícitamente.

Más aún, la adherencia al tratamiento debe ir acompañada del apoyo social, como una estrategia para minimizar daños a nivel físico y psíquico, un apoyo que permita conocer las bondades de los medicamentos no interrumpidos, los mecanismos de acción de estos y sobretodo la continuidad en las consultas al especialista para que se realice un seguimiento o control acertado que asegure la disminución de riesgos, la prescripción clara y el despejar dudas acerca de su enfermedad o situación actual, según la OMS citado

267

Citación del artículo: Montoya Gómez, J., Calvache Dorado, R. (2014). Reflexiones en torno a la adherencia al tratamiento. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 13, diciembre 2014, pp.256-273, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 22.05.2014

Arbitrado 17.09.2014

Aprobado 10.11.2014

por Martin (2006, parr 5.): “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”.

Actualmente se sugiere que los sistemas de salud puedan generar estrategias que permitan la adhesión a tratamientos para las diversas patologías o diagnósticos, desde los pacientes que son ambulatorios hasta los hospitalizados, teniendo como referentes, la familia, la condición social, la condición económica, la edad, las redes de apoyo, las condiciones raciales, incluso la condición religiosa y la percepción acerca de la enfermedad dentro de un contexto cultural, minimizando así, consultores crónicos o por el contrario inasistencia a consultas que generan mayores gastos en el sistema de salud, debido a la cronificación de la patología, reducción de complicaciones o en casos más graves, la muerte del paciente por su propia negligencia o desconocimiento.

En el informe de la OMS, citado por Martin (2006), acerca de las consecuencias a que se enfrentan los pacientes si no existe una adherencia al tratamiento están tales como:

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.

- Aumenta el riesgo de toxicidad: el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- Aumenta el riesgo de accidentes: el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como abstenerse del alcohol o no manejar. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes.
- Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa, especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes. Por ejemplo, en pacientes con infección por el VIH/SIDA la resistencia a los antirretrovirales se ha vinculado con niveles bajos de adherencia.

#### **A modo de conclusión.**

Las enfermedades crónicas son casos característicos de no adherencia al tratamiento. Estas patologías conllevan el deterioro integral o multidimensional de los pacientes, sus cuidadores y círculo familiar cercano. Su curso o desarrollo progresivo, no permite un abordaje curativo, en tanto si, paliativo.

En psicología, el proceso terapéutico de estos consultantes se dirige a la adaptación a una nueva realidad. Una realidad ineludible, ajena, atemorizante, angustiante e incapacitante, que repercute y exige cambios en el estilo de vida y en general, en todas las esferas que conforman la existencia humana.

La adaptación que se persigue, en gran medida, responde al nivel de adherencia al tratamiento del paciente. La adherencia al tratamiento remite a la implicación activa del paciente en su tratamiento y consiguiente bienestar. Abarca cumplimiento, compromiso, responsabilidad y voluntad.

Referencialmente, es necesario el desarrollo e implementación de estrategias de afrontamiento que ciertamente faciliten el sano ajuste y acomodación del paciente a la nueva realidad, de tal forma, que su calidad de vida y la de sus cuidadores, aunque modificada, permita una existencia digna y satisfactoria, en la que el disfrute y el placer aun tengan cabida.

No obstante, la adherencia al tratamiento en los procesos crónicos es escasa, evento que explica los altos índices de recurrencia hospitalaria y la precariedad en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

Seguidamente, desde la Psicología Clínica más que la disminución del malestar hospitalario, se busca la adhesión terapéutica del paciente y sus cuidadores.

Teniendo en cuenta que por sus características, toda enfermedad crónica "... requiere un abordaje biopsicosocial e interdisciplinar, centrado en el paciente, que integre la multifuncionalidad del ser humano" (Borrell, 2002 citado en Remor et al, 2003, p.592); que la psicología como ciencia que estudia el comportamiento en todas sus dimensiones y expresiones (cognitiva, afectiva, relacional y demás), y en particular, en el área clínica, busca dar alivio a quien padece para el incremento de su calidad de vida; la pretensión de la intervención psicológica en estos casos es facilitar la inclusión activa y voluntaria del

270

Citación del artículo: Montoya Gómez, J., Calvache Dorado, R. (2014). Reflexiones en torno a la adherencia al tratamiento. *Revista Psicoespacios*, Vol. 8, N. 13, diciembre 2014, pp.256-273, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 22. 05. 2014

Arbitrado 17.09. 2014

Aprobado 10.11. 2014

paciente en el manejo de su enfermedad, de tal forma que reconozca y asuma la responsabilidad de su tratamiento y consecuente calidad de vida en términos de funcionamiento vital, independencia integral (física, cognitiva, emocional, relacional, económica, entre otras), autoestima, estado de ánimo y proyecto de vida en general. El enfermo adquiere resiliencia, permitiendo al cuidador ser solo un acompañante en el proceso y retomar su proyecto vital.

Al final, el aporte de la psicología clínica, en las especialidades psicología de la salud y de la enfermedad, al abordaje de las enfermedades crónicas, consiste en orientar al paciente y sus cuidadores durante el periodo de ajuste que exige la enfermedad, al trabajar sobre los estilos de afrontamiento, la calidad de vida, la autoestima, la dinámica familiar, el distress, la ansiedad y la depresión. El objetivo psicoterapéutico es aprender a vivir con la enfermedad, y no vivir en función de ella.

Por último, queda la pregunta: ¿Los profesionales dentro de los equipos multidisciplinares, permiten la adecuada adherencia al tratamiento en los pacientes mejorando la calidad de vida o por el contrario las estrategias utilizadas desarrollan distanciamiento hacia los tratamientos efectivos generando graves consecuencias para los sistemas de Salud, el paciente y su familia?



## Referencias

- Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Recuperado de [http://www.academia.edu/9509976/Francisco\\_Morales\\_Calatayud](http://www.academia.edu/9509976/Francisco_Morales_Calatayud)
- Cullari, S (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.
- El concepto de resiliencia. (s.f.). Recuperado de <http://resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia2.pdf>
- Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. España: Thomson Editores Spain Paraninfo, S.A
- Joyce-Moniz, L., Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la Salud: desarrollo e intervención*. México: Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. México: Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V
- Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, N. 3, Vol. 32, pp. 1-15, Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>

Martín, L. (2011). La aceptación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento en pacientes con epilepsia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(1), pp. 3-11, Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v37n1/spu02111.pdf>

Martín, L. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*. vol.34, N.1, pp. 1-17, Recuperado desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000100012&script=sci_arttext)

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*. 30 (4), pp.1-5, Recuperado desde [http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/acerca\\_del\\_concepto\\_de\\_adherencia\\_terapeutica.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/acerca_del_concepto_de_adherencia_terapeutica.pdf)

OMS. (s.f.). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

¿Qué son las enfermedades crónicas? (s.f.). Recuperado de [http://www.alimentatesano.cl/que\\_son\\_las\\_enf\\_cronicas.php](http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas.php)

Remor, E., Arranz, P., Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Editorial Desclée De Brouwer S.A