



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ENFERMOS CRÓNICOS”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

ELOISA MONTOYA AGUILAR

Directora: **Dra. Marisela Rocío Soria Tujano**

Dictaminadores: **Dra. Cynthia Zaira Vega Valerio**

Dr. Carlos Nava Quiroz



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia.

A mis padres por el esfuerzo, apoyo incondicional y amor que me han brindado a lo largo de mi vida. Gracias a ti papá por el ejemplo de responsabilidad, compromiso y dedicación . A ti mamá por tu honestidad, tenacidad y motivación de todos los días.

A mis hermanos Oscar y Lorena por su amistad, compañerismo y complicidad que me han sostenido en todo momento.

Son las personas más importantes de mi vida y quiero dedicarles cada esfuerzo, cada éxito y cada satisfacción porque gracias a ustedes puedo hacer mis sueños realidad. Los quiero y amaré toda la vida.

AGRADECIMIENTOS

***Gracias a la doctora Marisela Rocío Soria Trujano
por su apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo.***

***A la doctora Cynthia Zaira Vega Valerio y al doctor Carlos Nava Quiroz
por su asesoramiento.***

***A los profesores de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por la
formación profesional que recibí a lo largo de mi estancia.***

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1 ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	4
1.1 DEFINICIONES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	4
1.2 ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	6
1.3 IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	7
1.4 ENFERMEDADES CRÓNICAS EN MÉXICO.....	10
1.5 REPERCUSIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA.....	13
CÁPITULO 2 ADHERENCIA TERAPEÚTICA.....	17
2.1 DEFINICIONES DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA.....	18
2.2 EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA.....	19
2.3 FACTORES QUE EVALUAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	22
2.4 RELACIÓN PACIENTE-MÉDICO.....	26
2.5 RELACIÓN INSTITUICIÓN DE SALUD-PACIENTE.....	26
2.6 INTERVENCIONES PARA LOGRAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	27
CAPÍTULO 3 APOYO SOCIAL Y SALUD.....	31
3.1 APOYO SOCIAL RECIBIDO.....	33
3.2 APOYO SOCIAL PERCIBIDO.....	34
CONCLUSIONES.....	37
REFERENCIAS.....	40

RESUMEN

Las enfermedades crónicas son un problema de salud que afecta a gran parte de la población mundial. En México se ha visto un incremento considerable en enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, VIH SIDA, obesidad etcétera, presentándose un alto número de defunciones de los pacientes que las padecen, siendo afectados no solamente éstos sino también sus familiares.

Son diversas las causas por las que los enfermos crónicos no dan un seguimiento adecuado a su respectivo tratamiento; es decir, no son adherentes. Esta situación ha traído consigo enormes gastos para las instituciones de salud y para el país en general, debido a que gran parte del presupuesto anual se destina a los servicios de salud que muchas veces no son bien utilizados por los propios enfermos.

Los pacientes requieren apoyo de quienes le rodean como del médico, las instituciones de salud, la familia, los amigos etcétera. Esto resulta sumamente importante pues ese apoyo es un factor que contribuye para que los pacientes se adhieran a las indicaciones prescritas y finalmente puedan controlar eficientemente su enfermedad.

El objetivo de este trabajo es abordar el tema de la adherencia terapéutica. Para ello se presentan aspectos tales como definiciones de este comportamiento, formas de evaluación, factores que ayudan u obstaculizan la adherencia, intervenciones para lograr que los enfermos se adhieran y la importancia del apoyo social proporcionado a los pacientes crónicos.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son un problema de salud que afecta a gran cantidad de personas en el mundo. En México, algunas han permanecido por mucho tiempo y otras han surgido e incrementado de manera considerable.

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, las personas que las padecen tienen que vivir con ellas por periodos cortos o largos e inclusive por el resto de su vida. Los pacientes se ven afectados en varios sentidos, pues las enfermedades implican un cambio significativo de vida para su manejo y control.

La adherencia terapéutica es el término que se utiliza para hacer referencia al cumplimiento del tratamiento médico por parte del paciente. En la actualidad, existe un gran interés por su estudio y evaluación, ya que el control de las enfermedades crónicas impacta de manera considerable en las instituciones de salud al implicar gastos económicos importantes. De ahí el interés por detectar las variables que influyen tanto en el paciente como en el personal de salud, para que aquél se adhiera a su tratamiento.

El apoyo social que recibe el paciente es muy importante para que pueda controlar su enfermedad; este apoyo, percibido o recibido, puede tener su fuente en la familia, en el apoyo de amigos o bien del personal médico que le atiende en las instalaciones de salud; y es precisamente la calidad de ese apoyo, la que juega un papel importante en la adherencia terapéutica del paciente.

De ahí surgió el interés por realizar este trabajo cuyo objetivo es abordar el tema de adherencia terapéutica en enfermos crónicos. En el primer capítulo se presentan algunas concepciones respecto a las enfermedades crónicas, su etiología, el impacto que éstas han tenido a nivel mundial y principalmente en México; así como las repercusiones tanto en el paciente como en la familia de éste. Posteriormente, en el capítulo dos se exponen algunas definiciones de adherencia terapéutica, su evaluación y el papel que juega la relación que

establece el paciente con el médico y el personal de las instituciones de salud en la adherencia terapéutica.

En el capítulo tres se analiza la relación que existe entre el apoyo social y la salud, diferenciado el apoyo percibido del recibido.

Posteriormente se presentan algunos comentarios a manera de conclusión, con base en lo expuesto en el marco teórico del presente trabajo.

Finalmente hay un apartado de referencias bibliográficas.

CAPÍTULO 1 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia renal, obesidad, cáncer, SIDA, y depresión entre otras, se vuelven prevalentes en la mayoría de los países a medida que se mejoran los tratamientos de las enfermedades agudas y que la población envejece.

El impacto que tienen estas enfermedades es muy fuerte y rebasa al enfermo, ya que al padecerlas tienen repercusión en aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales de su vida, siendo los aspectos psicológicos de gran importancia en la evolución de la enfermedad.

El siguiente capítulo tiene como finalidad exponer algunas definiciones de enfermedades crónicas, el conocimiento de su origen, así como sus principales causas para posteriormente, analizar el impacto que éstas han tenido a nivel nacional a través de los años. Finalmente se concluye describiendo la repercusión que tienen las enfermedades crónicas tanto en el paciente como en la familia de éste.

1.1 Definiciones de enfermedades crónicas

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional, que puede manifestarse de forma esporádica, durar un período relativamente largo e incluso puede agravarse con el paso del tiempo y propiciar la muerte. Algunos autores (Attie, Lara, Pastelín, Rosas, Sánchez, Tapia & Velázquez, 2003; López, 2003) coinciden en otros factores más específicos que son comunes en la mayoría de las enfermedades crónicas como son: estilos de vida, factores genéticos, alimentación y estados emocionales. A continuación se expondrán las conceptualizaciones de algunos autores respecto a este tipo de enfermedades y sus características.

Para Buendía (1999) una enfermedad crónica es aquella dolencia o alteración de la salud sin posibilidades de curación total, que exige el mantenimiento de un régimen de tratamiento constante, y que puede exigir o no la colaboración

del paciente en cuanto a cambios en su estilo de vida, forzados por las nuevas demandas de su nuevo estado permanente de salud.

Oblitas (2003; pág. 251) sostiene: “las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida”.

Oblitas (2006) define a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido o es probable que persista durante mucho tiempo.

Mercado y Hernández (2007) señalan que las enfermedades crónicas se llaman así, porque se van desarrollando poco a poco y de manera silenciosa, es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes, que hagan suponer que se están desarrollando. Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría, detectadas a tiempo son controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo.

Estos mismos autores mencionan que entre las características comunes de las enfermedades crónicas, se puede decir que generalmente necesitan de un tiempo considerable para desarrollarse y manifestarse; destruyen progresivamente los tejidos del o de los órganos que dañan; todas ellas pueden complicarse severamente y desencadenar otro tipo de enfermedades, ya sea también crónicas o infecciosas; son incapacitantes, no porque el enfermo tenga que dejar de hacer todas sus actividades, sino porque las limita severamente; requieren de un control médico sistemático y permanente, lo que origina muchos gastos y problemas económicos, familiares, laborales y sociales; el costo de los tratamientos es alto, debido al consumo permanente de fármacos y la realización de estudios de control, así como de terapias y consultas médicas frecuentes, y algunas pueden prevenirse fácilmente al cambiar los estilos de vida adoptados.

1.2 Etiología de las enfermedades crónicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS; citada en Vinaccia & Orozco, 2005) asegura que frente a la etiología de las enfermedades crónicas no hay mayor claridad pero sí reconoce que hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica.

Oblitas (2006) considera que el 50% de los orígenes de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y comportamentales relacionados con aprendizajes y hábitos no saludables, tales como una alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentario y falta de ejercicio; patrones irregulares en el comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, el estrés y la depresión, esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y enfermedad entre otros.

La enfermedad crónica es una situación que acompaña a ciertos individuos por mucho tiempo, en ocasiones por toda la vida, a la que cambia en forma permanente e irreversible. Esta circunstancia origina situaciones muy peculiares sobre el propio individuo enfermo y sobre la relación con su médico (Russo, 2008).

De la misma manera Attie, Lara, Pastelín, Rosas, Sánchez, Tapia y Velázquez (2003) coinciden en que los cambios en el estilo de vida y tipo de alimentación están favoreciendo el incremento en la prevalencia de factores de riesgo tales como obesidad y dislipidemia, que si bien, tienen factores genéticos subyacentes, la influencia del medio ambiente es innegable.

Por su parte, Trejo (2004) reconoce que la mayoría de estas enfermedades son debidas a factores de riesgo modificables, cuya prevalencia y efecto en poblaciones son susceptibles de cambio substancial. Tabaquismo, consumo de alcohol, dieta alta en grasas saturadas y azúcares, consumo bajo de vegetales y frutas, e inactividad física son los factores causales de las enfermedades crónicas no transmisibles las cuales requieren de un programa coordinado de atención internacional para su reducción y control.

Por ejemplo, "Los hábitos de la vida moderna incluyen factores de riesgo específicos, como sedentarismo, obesidad, estrés (que condiciona enfermedades cardiovasculares, diabetes) contaminación, tabaquismo (cáncer de pulmón); contaminación de alimentos y consumo de alimentos enlatados o saborizados o contaminados artificialmente, o aquellos en cuyo proceso o conservación se utilizan sustancias cancerígenas (cáncer gástrico, pancreático, colon rectal hepático) entre otras" (López, 2003; pág. 342).

Además de los factores orgánicos, hereditarios y de estilos de vida que potencializan algunas de las enfermedades crónicas de mayor incidencia a nivel mundial, y que ya se han mencionado, cabe hacer notar que algunos como el tabaco y el alcohol, potencializan no sólo la prevalencia de dichas enfermedades, sino también sus complicaciones.

1.3 Impacto de las enfermedades crónicas

Es difícil determinar a nivel mundial las enfermedades catalogadas como crónicas; sin embargo, existen estimados que hablan de ello, pues cada vez y con mayor frecuencia, se han manifestado con un incremento considerable en la mayoría de la población.

Barquin (2002) considera que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etcétera, hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etcétera; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que existe una alta probabilidad de que se puede desarrollar algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte.

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) informaba que las enfermedades crónicas, eran la principal causa de muerte en el mundo, y su impacto aumenta continuamente. En el informe se prevenía que aproximadamente 17 millones de personas morirían prematuramente cada año a causa de esta epidemia mundial de enfermedades crónicas (véase figura 1).

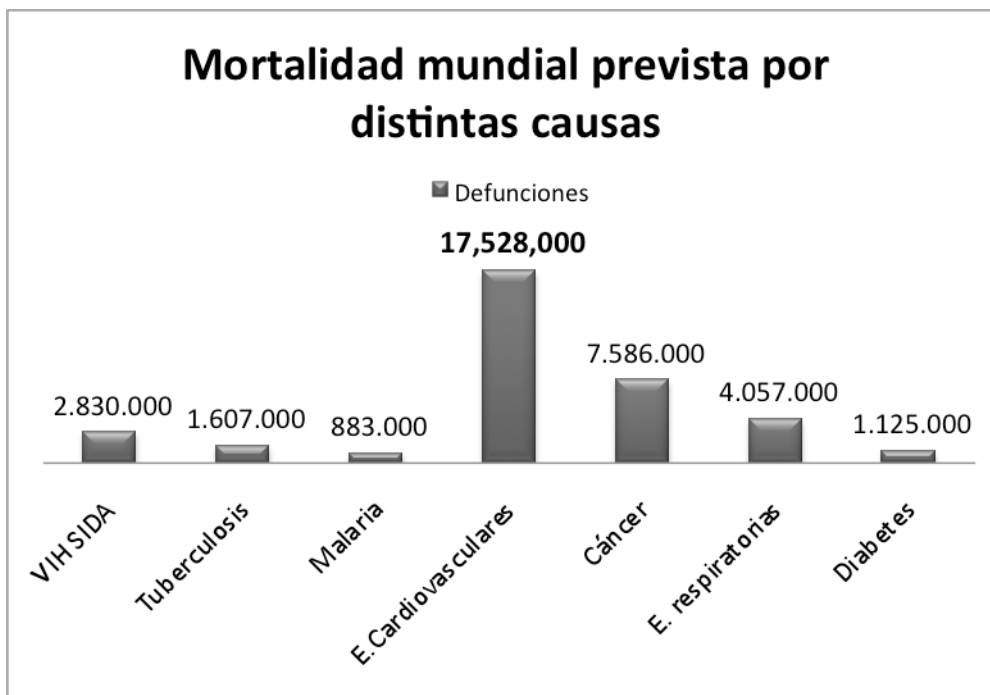


Figura1. Mortalidad mundial por diversas enfermedades en todas las edades, 2005 Fuente: OMS

Como se puede observar, las enfermedades de mayor incidencia y que son las principales causas de muerte en el mundo, se refieren a las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles como son: cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes; mientras que por otro lado, se encuentra en menor grado, la incidencia de las enfermedades infecciosas como son: el VIH/ SIDA, tuberculosis y malaria.

A pesar de que se sabe de su incidencia e incremento considerables, las enfermedades crónicas están en constante cambio por el crecimiento demográfico, factores económicos y sociales. Sin embargo, la OMS (2003) dio a conocer las principales causas de mortalidad y morbilidad entre los adultos de todo el mundo en el año 2002 (ver figura 2). Como se puede notar, las enfermedades crónicas (no transmisibles) ocuparon las primeras posiciones de mortalidad en los adultos mayores de 60 años. Entre ellas se encontraron las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes; mientras que para los adultos de 15 a 59 años, la principal causa de mortalidad fue el VIH/SIDA.

Figura 2. Causas principales de mortalidad y morbilidad (AVAD) entre los adultos, todo el mundo 2002.

<u>Mortalidad-adultos de 15 a 59 años</u>			<u>Mortalidad-adultos ≥ 60 años</u>		
Posición	Causa	Defunciones (miles)	Posición	Causa	Defunciones (miles)
1	VIH SIDA	2279	1	Cardiopatía isquémica	5825
2	Cardiopatía isquémica	1332	2	E. cerebrovasculares	4689
3	Tuberculosis	1036	3	E. pulmonar obstructiva crónica	2399
4	Traumatismos por accidentes de tráfico	814	4	Infecciones en las vías respiratorias inferiores	1396
5	Enfermedades cerebrovasculares	783	5	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	928
6	Autolesiones	672	6	Diabetes mellitus	754
7	Violencia	473	7	Cardiopatía hipertensiva	735
8	Cirrosis hepática	382	8	Cáncer de estómago	605
9	Infecciones de las vías respiratorias	352	9	Tuberculosis	495
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	343	10	Cánceres de colon y recto	477

<u>Morbilidad-adultos de 15 a 59 años</u>			<u>Morbilidad-adultos ≥ 60 años</u>		
Posición	Causa	Defunciones (miles)	Posición	Causa	Defunciones (miles)
1	VIH SIDA	68 661	1	Cardiopatía isquémica	31 481
2	Trastornos depresivos unipolares	57 843	2	Enfermedades cerebrovasculares	29 595
3	Tuberculosis	28 380	3	E. pulmonar obstructiva crónica	14 380
4	Traumatismos por accidentes de tráfico	27 264	4	Alzheimer y otras demencias	8 569
5	Cardiopatía isquémica	26 155	5	Catarata	7 384
6	Trastornos por consumo de alcohol	19 567	6	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	6 597
7	Pérdida de oído, comienzo en el adulto	19 486	7	Pérdida de oído, comienzo en el adulto	6 548
8	Violencia	18 962	8	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	5 952
9	Enfermedades cerebrovasculares	18 749	9	Diabetes mellitus	5 882
10	Autolesiones	18 522	10	Trastornos de la visión, relacionados con la edad y de otro tipo	4 766

En: Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003, capítulo 1: *forjemos el futuro.* World Health Report Organización Mundial de la Salud 1211

El Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS (citado en OMS, 2007) ha declarado que ésta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente.

Con base en este informe, la OMS (2003) propone un nuevo objetivo mundial: reducir la tendencia prevista para la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta 2015. Esto evitará que 36 millones de personas mueran de enfermedades crónicas en el próximo decenio, casi la mitad de ellas antes de cumplir los 70 años.

1.4 Enfermedades crónicas en México

Las causas de la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles tienen una distribución que varía más entre países y regiones en el mundo que entre los individuos que pueblan tales sitios. En otras palabras, el valor medio poblacional de una variable como presión arterial, colesterol, peso corporal y glucosa determina los valores extremos de los individuos en tal población. A su vez, estas variables fisiológicas están en relación directa con los hábitos de vida de la región, tales como su alimentación, uso de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilícitas), actividad física y exposición a elementos nocivos del medio ambiente. Estas diferencias en los comportamientos humanos y variables fisiológicas dependientes en sociedades enteras han explicado la incidencia desigual de enfermedades crónicas a nivel mundial, y el cambio en las mismas, al ocurrir una “occidentalización” de comunidades en tiempos recientes (Trejo, 2004).

La mortalidad en México debido a las afecciones crónicas degenerativas ha ocupado los primeros lugares. Las enfermedades cardiovasculares han desplazado a las infecciosas por su incidencia, lo mismo ocurre con la diabetes y la cirrosis hepática que han elevado progresivamente sus tasas de mortalidad al igual que los tumores. Esto se puede explicar por el incremento de la esperanza de vida y con ello, el incremento poblacional de los grupos de edad más avanzada; aunque también es importante contemplar que existe una

elevación real en esos grupos etéreos, debido a factores negativos como la contaminación ambiental: de agua, suelos, aire, y alimentos; tabaquismo, alcoholismo, protección laboral insuficiente, de consumismo, desinformación, ignorancia de la prevención y detección oportuna, etcétera; todo ello explica ese incremento adicional en cáncer de pulmón, de cérvix, mama, vejiga, recto, piel, estómago, hígado y otros (López, 2003).

En México, en la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2003), realizada a 45,300 personas adultas de entre 20 y 69 años, se detectó la prevalencia nacional promedio de algunas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), así para la hipertensión arterial sistémica (HTAS) fue del 30.05%, para diabetes del 10.7%, para obesidad del 24.4%, para glucosa capilar anormal del 12.7% y para proteinuria del 9.2%.

En México para el 2003, más del 50% de la población entre 20 y 69 años de edad (> 20 millones) fue portadora de al menos una de las ECNT, y más de la mitad lo desconocía, y de estos enfermos menos del 50% tomaba tratamiento farmacológico (Attie, Lara, Pastelín, Rosas, Sánchez, Tapia & Velázquez, 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud (2008), en la 61^a Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra (Suiza), se examinaron diversos aspectos de salud pública, en especial de las ECNT (cardiovasculares, cerebrovasculares y cánceres) que constituyen las principales causas de muerte en todo el mundo. En esta reunión fueron objeto de análisis, la prevención y control de las ECNT; la aplicación de la estrategia mundial en temas de salud pública, innovación y propiedad intelectual, en especial, el proyecto de estrategia mundial, plan de acción y estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol y del cambio climático relacionado con salud.

Este mismo informe, indica que para el año 2030 las muertes por cáncer, enfermedades cardiovasculares y accidentes de tráfico supondrán conjuntamente un 30% del total de las defunciones.


El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) señala que las enfermedades crónico degenerativas son aquellas

que afectan prácticamente a cualquier órgano o tejido del cuerpo humano; sin embargo, considera a algunas que destacan por su alta frecuencia y por los graves daños que producen a quienes las padecen en nuestro país; entre ellas se encuentran la obesidad, la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, hipertensión arterial y diabetes mellitus; cáncer pulmonar, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata; úlcera gástrica y duodenal, insuficiencia renal, várices, cirrosis hepática, trastornos oculares como el glaucoma o pérdida de la visión, así como los problemas articulares y de los tejidos blandos; depresión, trastornos de la personalidad, demencias e incluso caries y enfermedad parodontal.

Según una investigación realizada de 1994 a 2001 por el Instituto Mexicano del Seguro Social, se mostró que las diferentes tendencias de la mortalidad entre las enfermedades infecciosas y las crónicas no transmisibles están relacionadas con los distintos impactos de las intervenciones en salud (Turrubiarte, Reyes, Fernández & Gutiérrez, 2006):

1. Las de impacto en el corto plazo, como las relacionadas con enfermedades infecciosas.
2. Las de impacto a mediano y largo plazos, como las relacionadas con cáncer de mama y cáncer cervicouterino.
3. Las de baja efectividad preventiva, que requieren cambios en los estilos de vida como en diabetes mellitus y enfermedad isquémica del corazón.

A pesar de que las enfermedades crónicas han despertado la atención de muchos especialistas del sector de salud en México, a niveles profesional e institucional; el incremento de algunas de ellas ha sido alarmante lo que tal vez, significa que no se han tomado las medidas pertinentes para su control a nivel nacional, así el Instituto Mexicano del Seguro Social (citado en Reye, 1999) contempla un incremento de al menos 4.75% para el año 2020 en algunas de las enfermedades de mayor incidencia en la actualidad (ver figura 3).



**Enfermedades crónicas para 2000,
2010, 2020 en el IMSS**

Enfermedad	2000	2010	2020	% Cambio
Angor Pectoris	20,142	32,614	45,086	5.59
Cáncer	16,822	27,090	37,357	4.75
Depresión	37,499	59,915	82,331	4.75
Diabetes	242,587	393,196	543,803	5.38
Hipertensión	431,658	697,161	962,661	5.35
Enf. Vascular Cerebral	9,968	16,150	22,332	5.99
Falla Cardíaca	66,264	107,448	148,632	5.56

Fuente: Rey S, 1999

F

Figura 3. Enfermedades crónicas para el 2000, 2010 y 2020 en el IMSS

1.5 Repercusión de las enfermedades crónicas en el paciente y la familia.

Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida del paciente que son potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que se disfrutaban, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales, y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos.

Los enfermos pueden presentar depresión la cual conduce a menudo a malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio e higiene inconsistente, puede inclusive complicar la recuperación del paciente de una enfermedad crónica y empeorar su estado físico en general.

Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden robarle la energía emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de

ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión.

En una investigación realizada por Mercado y Hernández (2007) en tres ciudades de México, se encontró que existían similitudes y diferencias en las perspectivas de los sujetos enfermos (diabetes, hipertensión y artritis), los médicos y el personal sanitario no médico. Cada actor destacaba diferentes dimensiones de la enfermedad y su manejo, y cada uno hacía referencia a fenómenos distintos; los médicos aludían a las enfermedades, la atención médica y los servicios de salud, mientras que los sujetos enfermos a sus molestias, sus padecimientos y al manejo en el marco de los problemas de su vida diaria. El personal de salud no médico combinaba elementos de los unos y los otros. El reconocimiento de estas diferencias puede entenderse como una situación conflictiva, pero también como un elemento en el que se entrevén alternativas para mejorar la atención médica.

En ese mismo estudio, la mayoría de los enfermos destacaban el factor emocional como una causa del desarrollo de alguna enfermedad crónica. Para casi todos los enfermos, los problemas de su vida diaria imposibilitaban el control de su enfermedad. Incluso el diario vivir puede resultar difícil.

Los enfermos reconocen que uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que el enfermo se ve obligado necesariamente a un proceso de adaptación rápido para lo cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad). En cuanto a las manifestaciones y trastornos emocionales derivadas de su(s) padecimiento(s), destacan la tristeza, la desesperación, los deseos de llorar, la irritabilidad, la depresión y su poca tolerancia ante situaciones adversas. Varios enfermos dan cuenta de los efectos de tales manifestaciones en su vida laboral en términos de que les imposibilitan trabajar, no son los mismos y se vuelven dependientes de quien los cuida, no ayudan a realización de sus labores.

Gil-Roales (2004; citado en Vinaccia & Orozco, 2005) hace mención a la etapa crítica de la enfermedad crónica e identifica una serie de reacciones comunes en ésta, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable:

- Mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria
- Preservación de las relaciones familiares y sociales
- La preparación para el futuro.

En esta etapa, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar.

Brannon y Feist (2001; citados en Mercado & Hernández, 2007) identificaron un tipo de negación que se presentaba antes del diagnóstico y que podía llegar a significar un obstáculo para acceder al tratamiento. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad. De forma conjunta, el sentimiento de miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad puesto que cada recaída, visita médica y análisis frecuentes pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad.

Después de un lapso, el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica.

Las reacciones emocionales asociadas no aparecen en una secuencia previamente establecida; pueden aparecer en el individuo en cualquier momento de la enfermedad o del proceso de adaptación a ésta y deben ser tomadas, como lo han señalado Lazarus y Folkman (1986) como “reacciones emocionales normales” y su ausencia puede ser relacionada con un proceso de recuperación.

Las enfermedades crónicas también representan un problema significativo para la medicina y la psicología de la salud, ya que no sólo afectan a la persona que padece la enfermedad, sino también a quienes le rodean. Así apunta Roales

(1999; pág. 171) “las enfermedades crónicas como el cáncer no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican sino que también, pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos”.

La relación que entablan con sus familiares también es objeto de mención, pero aludiendo básicamente a los conflictos generados por la enfermedad, refieren aquellos derivados de la irritabilidad del enfermo, por ser dependientes y no participar en los quehaceres domésticos. Por ello son objeto de regaños y relegados Mercado y Hernández (2007).

Las relaciones que entablan con otras personas enfermas, sean los grupos de autoayuda, clubes de enfermos o vecinos también ocupan un lugar central pero a diferencia de las anteriores, consideran estas relaciones en términos positivos, dado que suelen recibir apoyo a la par que son satisfactorias. Entre los efectos familiares más mencionados a causa de estas enfermedades se encuentran la dependencia del enfermo hacia otras personas, la desintegración de la familia, la molestia de los familiares, e incluso las enfermedades entre los familiares debido al cuidado del enfermo (Buendía, 1999).

CÁPITULO 2 ADHERENCIA TERAPEÚTICA

El tema de adherencia terapéutica no había tenido el grado de interés por parte de los profesionistas en la materia como en la actualidad ya que entre otras cosas, algunas enfermedades como las llamadas crónicas se han incrementado considerablemente. Así el incumplimiento del tratamiento médico por parte de los pacientes, no sólo es grave porque hace ineficaz dicho tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad de los enfermos, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria generando pérdidas en lo personal, familiar y social (Guinarte, 2001).

“La adhesión debería contemplarse como un fenómeno complejo y dinámico susceptible de cambiar con el paso del tiempo. La adhesión 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” (Meichenbaum & Turk, 1991; pág. 29).

Así por ejemplo, la importancia que tiene la adhesión al tratamiento del SIDA para la vida de las personas afectadas y para la salud pública en general ha llevado a que se investiguen los posibles factores relacionados con la falta de adhesión (Ballester, 2003; Ladero, Orejudo & Carrobles 2005) y a que se hayan desarrollado algunos programas de intervención para mejorarlos. Por su parte, Lifshitz (2007) asegura que la falta de adherencia es la verdadera dificultad para el manejo de la diabetes y la hipertensión. Lo mismo sucede con el cáncer de cuello uterino, que sigue cobrando vidas.

El presente capítulo pretende en primer lugar, exponer algunas definiciones que se han generado respecto a la adherencia terapéutica; posteriormente se considerarán algunas formas en que ésta ha sido evaluada, para proseguir con un breve análisis sobre la relación que se establece entre el paciente-médico y el paciente- Instituciones de salud, y por último; ahondar en la manera en que algunos investigadores han llevado a cabo programas para asegurar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos.

2.1 Definiciones de adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS; citada en Lifshitz, 2007; pág. 309) define la adherencia terapéutica como “el grado en que el cumplimiento de una persona —ya sea tomar un medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en el modo de vida— corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

En ese sentido coincide la concepción de Crespo (1997; citado en Guinarte, 2001) quien considera que la adherencia terapéutica es un proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad.

Por su parte, Ballester (2003) opina que la adhesión al tratamiento médico no sólo tiene que ver con la toma de fármacos sino además de ello, el paciente debe tener la decisión activa, voluntaria y fundamental de “cuidarse” en su acepción más global.

Sánchez Sosa (2003; citado en Soria, Vega & Nava, 2009) señala que la adherencia terapéutica es “...un proceso conductual complejo determinado por varios factores en interacción: atributos del paciente, medio ambiente del paciente (el cual comprende apoyos sociales, características del sistema de salud, funcionamiento del equipo del salud, y disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud) y características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento” El término adhesión se emplea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Para Meichenbaum y Turk (1991) la adhesión cubre una variedad de conductas diversas entre las que se incluyen:

1. Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
2. Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones.
3. Tomar correctamente la medicación prescrita.

4. Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida (ejm.: en las áreas de alimentación, ejercicio y manejo de estrés).
5. Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario.
6. Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (ejm.: fumar, beber, usar drogas...).

El concepto de adherencia, se centra en comportamientos específicos que el régimen prescrito requiere, por consiguiente a los pacientes se les demanda que se mediquen, sigan dietas, introduzcan cambios en sus estilos de vida, se sometan a exploraciones y controles, realicen ejercicio físico, etcétera. Específicamente hablando de la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas, los pacientes requieren de un tratamiento intensivo y continuo durante muchos años o de por vida e implica una constante vigilancia y adaptación al curso de la enfermedad. Aunado a ello, el cumplimiento de las prescripciones médicas supone restricciones de tiempo, libertad personal, espontaneidad y relación social (Benedito, 2001).

Por otro lado, no sólo se toma en cuenta la participación del paciente sino también la del personal médico. Así, Hentinen y Kyngas (1996; citados en Benedito, 2001) señalan que el término adherencia puede definirse como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal sanitario.

2.2 Evaluación de la adherencia terapéutica

El cumplimiento de la adherencia según Rapoff (1999; citado en Benedito, 2001) se ha definido como un continuo a través del cual la conducta del paciente coincide en mayor o menor medida con las prescripciones médicas.

Mientras que Benedito (2001) indica que la adherencia terapéutica no se trata de un fenómeno dicotómico de todo o nada, sino que existen diferencias cualitativas y cuantitativas y puede establecerse una gradación en este continuo. En este sentido, el establecimiento del límite entre lo aceptable y lo inaceptable o, en otras palabras, la coincidencia mínima exigible entre la conducta del paciente y la recomendación médica le resulta bastante arbitraria.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica Puente (1985; citado en Guinarte, 2001) apunta que se han propuesto diversos sistemas de métodos: autoinformes y autorregistros de los pacientes, informes de personas próximas a éstos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos; sin embargo, se resalta la entrevista directa con el paciente como la idónea.

De igual manera coinciden Meichenbaum y Turk (1991) quienes señalan que debido a la complejidad de la evaluación de la adherencia terapéutica, existe gran variedad de medidas como auto-informes, técnicas conductuales, fisiológicas y bioquímicas, y resultados clínicos. Para ello se valen de autorregistros, conteo de pastillas no tomadas, resguardo de las recetas de reposición, medidas conductuales, evaluaciones clínicas, técnicas de señales (marcadores, inactivos o falsos mezclados en el paquete de tratamiento), indicadores bioquímicos, registro de citas no mantenidas, resultado de mejoría o estabilidad clínica en los síntomas o en la condición médica del sujeto. Estos mismos autores describen algunas de estas medidas:

Auto-informe

Se puede llevar a cabo con preguntas directas al paciente sobre el seguimiento de las prescripciones, registro del paciente acerca de la frecuencia, duración y número de conductas realizadas. Contemplando la subestimación de los datos que se pueden obtener de los auto-informes, se le ha añadido la "técnica del marcador" que consiste en incluir un marcador falso o inactivo en el paquete de tratamiento como por ejemplo: tiras falsas de evaluación de la hemoglobina para medir los niveles de glucosa, pastillas placebo, inclusión de pastillas con diferentes sabores, agentes decolorantes de la orina, añadidos a la medicación, etcétera. La secuencia real de la frecuencia de los marcadores, sólo es conocida por el personal de salud y el farmacéutico, el número y el patrón de respuestas correctas ofrecido por el paciente es tomado como indicador de adhesión.

Mediciones Conductuales

Por lo regular en este tipo de medición se recurre al conteo de píldoras o envases, anotaciones del porcentaje de medicación tomada, observaciones del comportamiento conductual y registros del mantenimiento de las citas; sin embargo, se debe tomar en cuenta que el paciente que desea producir una buena impresión pero que no desea los efectos secundarios de la medicación, puede recurrir a extraer pastillas del envase y tirarlas a la basura, por lo tanto los datos pueden estar sujetos a distorsión.

Otras estrategia conductual es observar la ejecución de conductas concretas de auto-cuidados (self-care) en presencia de los profesionales de salud para establecer que el paciente conoce al menos el modo concreto de ejecutar la conducta recomendada; sin embargo, en un medio sanitario cabe la posibilidad de que ésta sea artificial y potencialmente reactiva ya que el paciente sabe que está siendo observado.

El registro de mantenimiento de citas tiene la desventaja de no incluir información sobre por qué no se mantuvo la cita; “en cada población de pacientes los clínicos deben ser creativos en el diseño de los índices conductuales que complementen las medidas de auto-informe” (Meichenbaum & Turk, 1991; pág. 34).

Mediciones Bioquímicas

Este tipo de medición es uno de los más útiles pues parece ser más exacto que los anteriores. Se utilizan los llamados “rastreadores químicos” los cuales no son identificables por el paciente pero sí por medio de un examen de sangre u orina. Algunos de ellos son: fenol rojo, riboflavina, bromuro sódico, esteroides ketogénicos y antropina.

Algunas de las desventajas es que no todas las drogas pueden ser fácilmente detectadas además de que es un método caro de efectuar.

Resultados clínicos

Se refiere a la evaluación del resultado obtenido dependiendo de si éste ha sido el deseado o no; no obstante, cabe resaltar que no hay una relación exacta entre adherencia terapéutica y resultados sanitarios deseados. Los pacientes que siguen las recomendaciones del personal de salud pública, pueden estar menos enfermos o adoptar en general mejores conductas de cuidados. Por otro lado, los pacientes pueden incorporar comportamientos adecuados y dirigidos a la conducta meta pero no seguir o adherirse al régimen prescrito y, a pesar de todo, lograr el resultado clínico deseado.

La ausencia de índices válidos, fiables y clínicamente sensibles sobre la adhesión es un problema importante ya que obstaculizan los intentos por establecer un régimen de tratamiento adecuado.

Una escala de este tipo es la realizada por Soria, Vega y Nava (2009), que evalúa el aspecto psicológico de la adherencia terapéutica en cuanto a comportamientos explícitos (EAT). La escala se les aplicó a 200 enfermos crónicos, la cual media 3 factores con 7 ítems cada uno (control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual, y autoeficacia). En dicha investigación se obtuvieron datos fiables, que midieron rasgos comunes para los pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento de diversas enfermedades.

2.3 Factores que evalúan la adherencia terapéutica

El nivel de adhesión registrado es difícil de comprobar porque: a) la adhesión puede conceptualizarse de diversos modos; b) los criterios empleados para definir la adhesión puede variar; c) la adhesión varía mucho de una situación a otra dependiendo del contexto; y d) la adhesión puede evaluarse por métodos muy diferentes y cada método entraña sus propios problemas (Meichenbaum & Turk, 1991).

No obstante, en un esfuerzo por evaluar la adherencia terapéutica considerada como un fenómeno múltiple y complejo, Guinarte (2001) clasifica los factores influyentes de la siguiente manera:

- Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la

salud.

- El régimen terapéutico.
- Las características de la enfermedad.
- Los aspectos psicosociales del paciente.
-

A continuación se mencionan algunas de las investigaciones realizadas que han evaluado el grado de adherencia terapéutica relacionado con los factores antes mencionados.

Por su parte Ballester (2003) evaluó seis diferentes variables como indicadores de la eficacia del tratamiento en pacientes diagnosticados con SIDA y que fueron: 1) relacionadas con el grado de información y adhesión al tratamiento; 2) variables relacionadas con el estado emocional de los pacientes; 3) conducta de enfermedad; 4) grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los afectados; 5) percepción de apoyo social; y 6) locus de control sobre la salud. Respecto al grado de adhesión, se utilizó la Escala de Adhesión al Tratamiento (EAT-SIDA), de Ballester, Salmerón y Benages que incluye una escala de 0 a 100 que evalúa la valoración subjetiva por parte de los pacientes acerca de su grado de adhesión global y una escala de 18 ítems referidos a posibles dificultades o creencias asociadas al tratamiento farmacológico. Finalmente tras el tratamiento de 8 sesiones, los pacientes tuvieron mejora significativa en cada una de las variables. .

Por otro lado, Ladero, Orejudo y Carrobles (2005) en una investigación realizada con 100 pacientes portadores del VIH+ encontraron que variables como la frecuencia de asistencia al centro, la ansiedad y el apoyo social percibido en los Centros de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) de la Comunidad de Madrid, se convierten en predictores de la autoeficacia y a través de ésta en los niveles de adherencia en los pacientes. Estos investigadores consideraron que otra variable con un alto peso en la adherencia es la autoeficacia, pues quienes se perciben más capaces de seguir el tratamiento sin necesidad de utilizar algún estímulo externo (anotaciones en lugares estratégicos, pastilleros, alarmas de aviso, ayuda de otros —familiar, médico, funcionario de prisiones—, etcétera.) son los más adherentes.

Mientras tanto, Rappof (1999; citado en Benedito, 2001) ha tomado en cuenta factores demográficos relacionadas con la adherencia, encontrando que los adolescentes presentan más dificultades de cumplimiento del tratamiento que los pacientes pediátricos más jóvenes en enfermedades como cáncer, fibrosis quística, diabetes o enfermedad renal. También consideró el bajo nivel sociocultural asociado con problemas de cumplimiento en enfermedades como el asma, la fibrosis quística, la diabetes y la enfermedad renal. Adicionalmente, encontró que la separación de los padres y el divorcio estaban asociados con un pobre cumplimiento del tratamiento del asma y la enfermedad renal.

Algunos autores (Lifshitz, 2007; Benedito, 2001) han señalado que el nivel de adherencia está relacionado con el conocimiento de detalles específicos sobre los tratamientos prescritos. Algunos elementos claves tomados en cuenta son: la comprensión plena de la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento y el involucramiento afectivo, y no tanto la obediencia ciega a instrucciones descontextualizadas.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos (Guinarte, 2001).

Mientras que por otro lado, existen algunas variables que dificultan considerablemente la adherencia terapéutica. Así lo refiere Benedito (2001; 329) "Se han identificado una serie de factores como posibles causas del incumplimiento de las prescripciones médicas factores relacionados con la enfermedad, con el tratamiento, cognitivos y emocionales, conductuales, familiares y sociales, culturales, organizacionales y económicos".

La variable de apoyo social puede contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla. Igualmente los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente en sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud (Guinarte, 2001).

En cuanto a la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas, Benedito (2001) asegura que el cumplimiento del tratamiento afecta a toda la familia y constituye una fuente de estrés para todos sus miembros. También cree que los pacientes crónicos pediátricos padecen las repercusiones del tiempo que consume la adherencia al tratamiento (permanecen más tiempo solos, deben asumir nuevas responsabilidades y se sienten menos atendidos por sus padres).

Este mismo autor, señala como un problema frecuente en pacientes crónicos, que los beneficios del tratamiento se perciben a medio o largo plazo pero la consecuencia inmediata de su aplicación no conlleva alguna satisfacción. Las reacciones más comunes en los pacientes pediátricos incluyen quejas, llantos, rabietas, rebeldía, tristeza, vergüenza, cuestionamiento de su eficacia e incumplimiento.

La falta de adhesión se debe a ciertas incapacidades del paciente que llevan a anular la eficacia del tratamiento prescrito como por ejemplo: no poder mantener las citas, el abandono prematuro de los tratamientos, la insistencia por obtener el alta en contra de la voluntad facultativa, la falta de disciplina en la toma de medicación, un fracaso para evitar realizar la conducta prescrita o cumplir el régimen de tratamiento prescrito, la falta de adhesión a los consejos médicos o sanitarios (Meichenbaum & Turk, 1991).

El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para esos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores probabilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia que aquellos que no reciben un refuerzo inmediato tras el seguimiento de la prescripción.

La relación médico – paciente es sumamente importante pues sus contenidos y características determinan en alto grado, el logro fundamental del propósito acordado, es por eso que a continuación se dedicará un apartado para puntualizar con mas detalle este factor.

2.4 Relación paciente-médico

Para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; simplificar los regímenes terapéuticos (dosis, horarios); así como programar las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales (Arce, 1997; citado en Guinarte, 2001).

Hablando específicamente de la relación que entablan los pacientes que padecen enfermedades crónicas con los médicos, es diferente a la que ocurre con otros pacientes debido a sus circunstancias, pues esta conexión resulta ser duradera, profunda y dirigida hacia un sentido único. Por lo tanto, la buena disposición y disponibilidad del médico para escuchar, el diálogo amistoso y cordial, el respeto mutuo así como la confidencialidad garantizarán la confianza de su paciente. Es de fundamental importancia explicar claramente el diagnóstico y comentar acerca de la naturaleza del mismo. Siempre es recomendable recordar que si bien por ahora no existe cura, es posible realizar un buen tratamiento que logrará una mejor calidad de vida, que es en definitiva el objetivo del tratamiento en estos pacientes (Russo, 2008).

2.5 Relación institución de salud-paciente

Cuando el derechohabiente del IMSS o del ISSSTE llega por vez primera a una clínica de Medicina Familiar, tiene que sortear toda una serie de obstáculos que van desde comprender la complicada e intrincada situación administrativa que representa darse de alta en la Clínica de Salud que le corresponde, hasta adecuarse al estilo –por decirlo de alguna forma- de la atención médica de su doctor de cabecera, sin dejar de mencionar realidades tales como el hecho de que el médico sólo puede ver en su paciente un conjunto de signos que pueden indicar determinada enfermedad no así al paciente mismo, o la poca sensibilidad del cuerpo médico hacia otras formas de pensar la enfermedad, así como la rotunda negativa de muchos doctores para consentir que sus pacientes busquen tratamientos alternativos fuera del modelo biomédico. Este escenario coloca al paciente en una incómoda situación de indefensión, vulnerabilidad, depresión, angustia y descontento con la atención médica

recibida, que se ve reflejada en la poca credibilidad que tienen muchos pacientes en los médicos que laboran en las instituciones de salud pública (Morales, 2002).

Thompson, Dahlquist, Koenning y Bartholomew (1995; citados en Benedito, 2001) mencionan que las Instituciones de salud, no siempre justifican de modo comprensible sus indicaciones ni motivan a los pacientes para su cumplimiento. En muchos casos, no se abordan las dificultades de los pacientes para que éstos puedan llevar a cabo las recomendaciones del personal de salud; asimismo, casi nunca se emplean estrategias de modificación conductual que busquen incrementar la adhesión al tratamiento para las enfermedades crónicas.

2.6 Intervenciones para lograr la adherencia terapéutica

Para conseguir y mantener el cumplimiento del tratamiento debe desarrollarse una labor de motivación, justificando la necesidad de seguir las prescripciones, destacando los beneficios terapéuticos, haciendo un seguimiento del correcto cumplimiento, invitando a que el paciente y/o los padres (en el caso de pacientes crónico pediátricos) registren diariamente su grado de adherencia, en definitiva, animándoles para que adopten un papel activo en el proceso terapéutico, reconociendo y valorando su colaboración. (Benedito, 2001).

Por su parte Kelly y Murphy (1992; citados en Ballester, 2003) apuntan que se han incorporado algunos factores psicosociales del paciente como el ajuste del tratamiento a su funcionamiento cotidiano, entrenamiento en solución de problemas, enseñarle a superar las barreras potenciales, establecimiento de metas en áreas relacionadas con la adhesión, entrenamiento en habilidades asociadas a la adhesión, refuerzo por sus esfuerzos para seguir el tratamiento y el uso de estrategias tecnológicas y de autocontrol para seguirlas. En este sentido se ha enfatizado la utilidad que podrían tener técnicas de intervención que ayuden al paciente a reducir su ansiedad, su malestar emocional, su sensación de indefensión y la percepción de falta de control.

Por otro lado, según Puente (1985; citado en Guinarte, 2001) algunas de las estrategias utilizadas para incrementar la adherencia terapéutica, están

destinadas a modificar las creencias, actitudes, y atribuciones tanto en el profesional de salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias. Otras están orientadas a la modificación de la creencia del paciente en materia de salud, y otras se proponen modificar el apoyo social fomentado en el entorno social inmediato del enfermo, su adherencia a las prescripciones, o integrándolo a grupos de autoayuda.

Cuando se tratan enfermedades crónicas en los niños es necesario algo más que informar a los pacientes y sus familiares. Rappof (1999; citado en Benedito, 2001) señala que las estrategias conductuales representan la forma más efectiva, eficaz y eficiente para promover y mantener la adhesión al tratamiento. Estrategias más complejas, en el mismo rango de efectividad y eficacia que las conductuales, son los programas cognitivo-conductuales que incorporan técnicas cognitivas más elaboradas.

En el caso de los pacientes que padecen alguna enfermedad crónica lamentablemente son quienes se encuentran con menos posibilidades de adherirse al tratamiento en forma temporaria o permanente debido a la complejidad de medidas farmacológicas y de otra naturaleza; sin embargo, el conseguir que se logre tal adhesión depende en gran parte de la empatía, la experiencia y la habilidad del médico. Para ello, se pueden tomar en cuenta algunas medidas muy simples para lograr mejorar la adhesión al tratamiento como son: ser firme en el diagnóstico, el pronóstico y la necesidad del tratamiento mismo; hablar y escribir claramente; rebatir creencias erróneas acerca de los tratamientos; disminuir la polifarmacia y facilitar los horarios de las dosis, y así reducir las posibilidades de olvido o desgano; explicar el porqué de la terapia continuada, aun cuando los síntomas desaparezcan; anticipar los potenciales efectos adversos, y aclarar qué medidas tomar si ocurren (Russo, 2008).

Ballester (2003) sugiere que se podrán incluir técnicas como el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o el entrenamiento asertivo y promoción de la salud: adhesión al tratamiento, hábitos de salud y prevención de reinfecciones para mejorar la relación de los pacientes con los profesionales sanitarios.

Entrenamiento en relajación

Explicación acerca de la utilidad de la relajación: síntomas fisiológicos de la ansiedad; distintos tipos de relajación: progresiva tipo Jacobson; explicación de la secuencia de músculos y el procedimiento básico; aplicación y evaluación de ansiedad (antes y después); entrega de una cinta grabada para practicar en casa, material de apoyo y una hoja de registro de relajación y como tarea aplicar la relajación una vez al día.

Terapia cognitiva

A partir del modelo ABC de Ellis se enseña a los pacientes a combatir sus pensamientos negativos sobre todo en relación con su enfermedad y el pronóstico de la misma. Además se debe trabajar con la modificación de creencias negativas en cuanto al tratamiento.

Se debe dar importancia al manejo de las emociones negativas; habrán que analizarse las problemáticas y dificultades que el paciente enfrenta debido a su enfermedad, así se da al paciente una introducción a la terapia cognitiva a utilizar con presentación del modelo ABC; se identifican los pensamientos negativos y se discute la pertenencia o no de los mismos, con base en el planteamiento de Ellis, guiando al paciente a la generación de pensamientos alternativos positivos.

Promoción de la salud: adhesión al tratamiento, hábitos de salud y prevención de reinfecciones

El médico, como otros profesionales de la salud involucrados, tienen que dar a conocer al paciente la importancia de seguir cuidándose, de su adhesión al tratamiento (ingesta de fármacos, prevención de reinfecciones, seguimiento de las visitas médicas, etcétera) y pedirle que valore su comportamiento adherente con el fin de aclararle dudas y retroalimentar su ejecución. Esto sirve además para detectar la ausencia de ciertas habilidades en el repertorio del paciente, que son necesarias para que sea adherente a su tratamiento, con base en lo cual pueda entonces ser entrenado para la adquisición de las

mismas, Además, se debe hacer hincapié en la importancia de la conducta de adherencia en el control del padecimiento, recalcando sus ventajas pero también reconociendo algunos inconvenientes necesarios a lo largo del proceso de adherencia como pueden ser los efectos secundarios de la toma de medicamentos, de ciertos análisis clínicos, etcétera, así como la forma de afrontarlos. Hay que enseñar al paciente y a los familiares que le brinden apoyo, a organizarse para lograr una adecuada toma de fármacos, para llevar a cabo autorregistros; se les brindará la información detallada sobre alimentación adecuada y de la necesidad de modificar sus hábitos alimentarios y evitar el sedentarismo, así como habrá que resaltar los efectos nocivos del tabaquismo y alcoholismo.

CAPÍTULO 3 APOYO SOCIAL Y SALUD

El apoyo social que recibe un paciente crónico es muy importante como factor influyente en su salud y en su adherencia al tratamiento. Así, en este capítulo se describirán este concepto y sus efectos en la salud de los individuos.

El término apoyo social no ha logrado tener una conceptualización clara pues se ha definido de diversas formas.

Según Monroe y Peterman (1989; citados en Gómez, Pérez & Vila, 2001) reconocen que existen dos perspectivas que pueden históricamente diferenciarse: la perspectiva estructural y la perspectiva funcional. La primera se focaliza en la interconexión entre los individuos y sus vínculos sociales, como un mapa de redes de afiliación que envuelven una variedad de dimensiones componentes (por ejm.: número de vínculos, interrelación entre los miembros de la red, homogeneidad de los miembros de la red). Usualmente se la denomina el estudio de las redes sociales. En cambio, la perspectiva funcional concierne al contenido de los vínculos sociales, la provisión actual de apoyo social y los procesos involucrados en ella. Específicamente, cuáles son los recursos que el individuo posee y cómo accede a ellos.

Estos mismos autores reconocen que algunas definiciones acentúan el sentido de integración social, reforzando el sentido de valía y de ser querido del individuo al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social y otras enfatizan más el carácter de ayuda del apoyo social.

Por su parte Castro, Campero y Hernández (1997) consideran que el apoyo social es un concepto multidimensional.; sin embargo, con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas.

Estos mismos autores citan a Tardy (1985) quien ha sugerido que deben distinguirse dimensiones del apoyo social como dirección (recibido o provisto), disposición (disponible o ejecutado), forma de medición (descrito o evaluado),

contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra inmerso el individuo (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros).

Por otra parte, Barrera (1986; citado en Castro & cols., 1997) ha sugerido que la definición y operacionalización del concepto de apoyo social debe contemplar tres grandes dimensiones:

- a) Grado de integración social: los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría.
- b) Apoyo social percibido: es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita.
- c) Apoyo social provisto: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

El apoyo social no es un patrón, pauta o disposición individual, sino una condición que permite que otros mecanismos o factores actúen, pero dichos mecanismos deben estar disponibles o dichos factores deben estar presentes en el individuo (Roales, 1997).

Sarason (1999) define el apoyo social como una integración social o asentamiento dentro de una estructura social, de tal manera que sean probables los contactos frecuentes con los otros. La estructura particular de estas "redes sociales" pueden ser positivos o negativos en diferentes situaciones de la vida.

En suma, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos.

"Hoy en día, el apoyo social es considerado como uno de los tópicos o lugares comunes de la psicología de la salud, siendo universalmente reconocido como una condición protectora de la salud y facilitadora de la recuperación de la enfermedad" (Roales, 1997; pág. 165).

Además Roales (1997; pág. 165) apunta que “el apoyo social circunscrito al ámbito de la salud, puede ser un tipo de interacción que signifique beneficios para la salud siempre y en todos los casos que se produzca, o puede ser un tipo de interacción que resulte a veces beneficiosa y a veces perjudicial para la salud, o siempre perjudicial”.

En la mayoría de las circunstancias, los que proporcionan el apoyo a la persona que ha experimentado un evento de vida negativo importante o cuando está teniendo dificultades en afrontar un estresor o problema actual, son miembros de la familia, amigos íntimos y compañeros sentimentales. Sin embargo, las personas con familias o relaciones íntimas poco viables para fungir como fuentes de apoyo, pueden preferir buscar apoyo con sujetos especialmente reclutados para esa tarea, o aquel que es proporcionado por la comunidad u organizaciones gubernamentales orientadas a ayudar (Sarason, 1999).

Los vínculos sociales afectan positiva o negativamente a la salud, por lo tanto, se dice que las interacciones que el paciente tiene con su medio social, deben ser consideradas en el estudio de la adherencia terapéutica. A continuación se describirán dos tipos de medidas de apoyo social, en el paciente que padece una enfermedad crónica.

3.1 Apoyo social recibido

Este tipo de apoyo, en el caso de los pacientes crónicos, se refiere a aquel que se brinda a la persona enferma en un período concreto y manifestándose con conductas concretas (acompañando al médico, prestarle dinero, ayudarlo en sus ejercicios, etcétera), estas actuaciones proporcionadas de apoyo están relacionadas con su salud. El apoyo emocional se relaciona con el tipo de información que se le brinda al paciente como una forma de ayuda así como el apoyo moral afectivo brindado al enfermo (Sarason, 1999).

Por su parte Gómez, Pérez y Vila (2001) consideran que el apoyo social puede ser visto como aquel apoyo que ha recibido el sujeto o que percibe que estará disponible cuando la necesidad se presente. La percepción de apoyo juega un rol en los procesos de evaluación del estrés y sirve como una habilidad de

afrontamiento. Las transacciones de apoyo, en cambio, sirven como una asistencia en el afrontamiento que facilita o impide el ajuste, como un factor complejo de adaptación entre las demandas del estresor, el tipo de apoyo dado y las características del individuo.

Entre las formas de apoyo social que Meichenbaum y Turk (1991) consideran que pueden incrementar la probabilidad de adhesión terapéutica se encuentran: aquel que es recibido por parte de la familia, el empleo de grupos tanto para el paciente como para los miembros de su familia, o para pacientes y padres unidos, las visitas domiciliarias por parte de una enfermera, instructor, farmacéutico, un cura, etcétera.

Así, Sweeney, Van Bulow, Shear, Feedman y Plowe (1984; citados en Meichenbaum & Turk, 1991) observaron mayor adhesión en aquellos pacientes que asistían a consulta acompañados por sus familiares, frente a aquellos otros pacientes que lo hacían solos.

3.2 Apoyo social percibido

El apoyo social percibido ha mostrado tener efecto consistente en la salud tanto física como mental. No obstante, ha sido motivo de crítica el hecho de que su eficacia se centra en las características personales del perceptor más que en la conducta de los otros y de las características de las interacciones; es decir, de la red social (Sarason, 1999).

Para Gómez, Pérez y Vila (2001) el apoyo social percibido es evaluado a través de las acciones que los otros realizan para ayudar a una persona. La percepción de disponer de apoyo enfatiza el papel de la evaluación subjetiva del individuo en la relación entre el apoyo social y la salud. Algunos instrumentos que se emplean en su medición como los autoinformes, consideran aspectos más cognitivos del apoyo social, puesto que no cuantifican el número de apoyo o la cantidad de contacto social sino que se refieren a la valoración cognitiva que hace el sujeto de estar conectado con otros.

Sarason y Sarason (1994; citados en Vinaccia & cols., 2005) reconocen que el apoyo percibido puede ser visto en términos de apoyo global y funcional. La perspectiva global incluye las apreciaciones de las personas del apoyo que podría estar disponible si lo necesitaran, y la satisfacción que sienten con la percepción de disponer de este apoyo (amor, cuidado, etcétera.). La perspectiva funcional está interesada en la importancia de igualar el apoyo disponible con las necesidades de la persona.

Según Gómez y cols. (2001; citados en Vinaccia & cols., 2005) señalan al apoyo social percibido, en términos cognitivos como la percepción de que se es amado y estimado por los demás; supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas y afecta benéficamente la salud integral del paciente.

Vinaccia y cols. (2005) mencionan que en algunas ocasiones los apoyos sociales pueden resultar estresantes para los pacientes si amenazan a su sensación de auto-eficacia. En algunas situaciones los pacientes podían contemplar el apoyo social como legítimo, mientras que en otras podría ser visto como intrusivo.

Según Sarason (1999) los que reciben apoyo, generalmente lo perciben en menos proporción de lo que lo hacen los individuos que se los proporcionan. Algunas conductas que pueden tener la intención de ser apoyo pueden no ser percibidas de ese modo o tal vez, habrán conductas que son generalmente neutrales. Por el contrario, hay ciertas conductas que pueden ser vistas por el paciente como de apoyo debido a una especie de patrón creado por sus expectativas específicas a la relación que mantienen o de modelos generales respecto a cómo las personas se tratan entre sí.

En una investigación realizada por Vinaccia y cols. (2005) con 29 pacientes adultos diagnosticados con cáncer de pulmón, éstos manifestaron que aunque el apoyo social recibido lo hallaban con mayor frecuencia en la familia, la calidad de dicho apoyo se percibía como pobre tanto emocional como en momentos de dolor. Por el contrario, los pacientes señalaron estar más satisfechos con el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal de salud en cuanto que les informaban sobre su padecimiento y su

pronóstico, y con el apoyo de los amigos en razón de que los escuchaban, acompañaban y distraían. Los autores señalan que estos resultados hacen referencia a la calidad de las relaciones que el paciente establece con su entorno para generar bienestar y satisfacción en las distintas dimensiones de vida.

Así pues, para Meichenbaum y Turk (1991) el apoyo social se refiere a aquellos contactos personales de los que dispone un individuo, por parte de otros individuos, grupos, y de la comunidad. El apoyo social es complejo pues existen el apoyo tangible, el emocional y el informativo, y puede en el caso de un enfermo, ofrecerle un medio para expresar sus sentimientos, encontrar un significado, y una sensación de pertenencia, recibir ayuda material, obtener información, desarrollar metas realistas, recibir retroalimentación y estímulo, y proporcionarle sensaciones de éxito, todo lo cual puede promover su adherencia al tratamiento y por tanto el control de su padecimiento.

CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas son una cuestión delicada y compleja por las consecuencias que puede tener en diversos aspectos, tanto de la persona que lo padece como de la sociedad en general.

Los cambios biopsicosociales a los que se tienen que enfrentar las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica son múltiples pues incluso la concepción que se tiene en algunas de ellas, son determinantes en cuanto a que perdurarán por el resto de sus vidas; esto quiere decir que tendrán que aprender a vivir con ellas. De ahí que el enfermo crónico deba ser analizado y tratado por diversos profesionales de la salud ya que los requerimientos de éstas no sólo compete a los médicos, genetistas y enfermeros sino también a nutriólogos, entrenadores físicos y psicólogos.

El control de estas enfermedades ha sido un asunto preocupante para las instituciones de salud debido a su incremento, al difícil padecimiento de los enfermos y sus familias, así como los gastos económicos que implican.

Los enfermos crónicos acuden a las instituciones de salud con el objetivo de encontrar los medios que le permitan sobrellevar su situación apoyado por personal de salud. Tratan de encontrar información respecto a sus enfermedades, las medidas que deben tomar, las complicaciones que pudieran llegar a tener, los medicamentos, estudios y aparatos necesarios etcétera, es por eso que el paciente y/o sus familias tendrán que relacionarse con el personal de la institución y seguir sus lineamientos.

Además de cumplir con los trámites administrativos internos de la institución, el enfermo deberá cumplir con las prescripciones médicas, es por eso que resulta tan importante el tipo de relación que se establezca entre el paciente y el médico. Por su parte, el médico es quién posee los conocimientos necesarios respecto a la enfermedad mientras que el paciente, los síntomas y dolencias que padece; sin embargo, se supone que ambos buscan controlar la enfermedad y sus efectos. Es sumamente importante el grado de comprensión que se tenga respecto a la enfermedad como una excelente vía de

comunicación entre el paciente y el médico; sin embargo, en muchos casos es inexistente o se encuentra mínimamente lo que repercute de manera importante en el comportamiento del paciente.

Hablar de la colaboración del paciente y sus recursos es hablar de adherencia terapéutica pues ambas son indispensables para el control de la enfermedad. Por su complejidad, existen diversos factores que pueden facilitarla u obstaculizarla; se requiere que el enfermo sea disciplinado, responsable, comprometido, paciente, entre otras características y además, por un periodo largo de tiempo. Existen toda clase de instrumentos que evalúan diversos factores que determinan el grado de adherencia terapéutica del paciente pero si partimos de la idea de que la manera en que el enfermo crónico decida comportarse frente a su enfermedad, dependerá de cierto estado psicológico, se le debe considerar en todos los instrumentos de evaluación.

La adherencia terapéutica depende del régimen terapéutico, concepción y pronóstico de la enfermedad, relación médico paciente e incluso de los contextos sociales, económicos y culturales. En ese sentido, pareciera ser que el enfermo crónico se ve inmerso en un mundo de factores de los que depende necesitando así, el apoyo de las instituciones y de las personas que le rodean.

Son muchas las variantes que influyen a lo largo del proceso de la enfermedad, pero se sabe que el apoyo social (difícil de delimitar por su naturaleza) es sumamente importante ya que puede beneficiar o perjudicar. Cada caso es distinto y el manejo de sus variantes puede ser la clave que permita al paciente adherirse a su tratamiento y controlar su enfermedad.

Como ya se había mencionado anteriormente, el aspecto psicológico es predominante en la conducta de los pacientes por lo tanto, si el apoyo emocional beneficia la adherencia terapéutica, éste se considerará como positivo, por el contrario, si la decremента se le considerará negativo. En ese sentido, se debe trabajar no sólo con el paciente sino también, con las personas que le rodean pues se les debe contemplar como un factor importante en el control de la enfermedad.

Queda claro que el psicólogo tiene mucho que hacer en el tratamiento de las enfermedades crónicas pues se trata de un fenómeno multifactorial en donde el aspecto psicológico juega un papel importante de principio a fin, .

A pesar de que Mercado y Hernández (2007) aseguran que las enfermedades crónicas son difíciles de detectar en sus primeras etapas, se debe prestar atención a los factores de riesgo que comienzan a manifestarse en el paciente como una cuestión preventiva pues la mayoría de estos síntomas, detectados a tiempo son modificables.

Tomando en cuenta que gran parte de las enfermedades que se presentan en la actualidad, tienen un origen emocional que favoreció su desarrollo, el psicólogo y otros profesionales de la salud, pudieran marcar un cambio importante si intervinieran en el ambiente que propicia ciertos estados emocionales tales como tensión, ansiedad, ira y coraje; estilos de vida y el factor hereditario para así evitar que se llegue a tener una enfermedad crónica irreversible.

En ese sentido, considero que las instituciones y las personas se verían beneficiadas si se invirtiera en primera instancia en recursos para la prevención de enfermedades y en segunda instancia, para el control de las mismas de una manera integral.

.

REFERENCIAS

- Attie, F., Lara, A., Pastelín, G., Rosas, M., Sánchez, C., Tapia R. y Velázquez, O. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México. Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 *Archivos de Cardiología de México*, 73, 62-77.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartmental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517-523.
- Barquín, M. (2002). La moderna salud pública. *Revista Médica del IMSS*, 40, 483-486.
- Benedito, M^a C. (2001). Intervención psicológica en la adhesión al tratamiento de enfermedades crónicas pediátricas. *Anales Españoles de Pediatría*, 55, 329-334.
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica Perspectivas Actuales*. Madrid: Pirámide.
- Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31, 425-435.
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 9, 5-38.
- Guinarte, Y. (2001). Experiencia Médica. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17, 502-505.
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carrobes, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.

Lifshitz, A. (2007). Importancia y complejidad de la adherencia terapéutica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45, 309-310.

López, F. (2003). *Epidemiología: enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas*. México: *El Manual Moderno*.

Meichenbaum, D. y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 229.

Mercado, F. y Hernández, E. (2007). Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cad. Saúde Pública*, 23, 2178-2186.

Morales, H. (2002) *.El problema de las diferencias culturales en la relación médico paciente en dos Instituciones de salud pública IMSS-ISSSTE*, obtenido el 3 de julio de 2009 de red: www.geocities.com/congresoprograma/8-9.pdf -

Oblitas L. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. México: PSICOM Editores.

Oblitas, L. (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: International Thomson Editores.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), *Informe Sobre la Salud en el Mundo: forjemos el futuro*, obtenido el 23 de marzo de 2009 de red: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad*, En red: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). La 61a Asamblea Mundial de la Salud. En Centro de Prensa 19-24 mayo, obtenido el 3 de julio de 2009 de red: <http://www.who.int/nmh/en/index.html>

Reye S. (1999), obtenido el 10 de agosto de 2009 de red: <http://www.issste.gob.mx/aconseja/bienvenida.html>

Roales, J. (1999). Apoyo social y enfermedad crónica: una perspectiva funcional. En: J. Buendía (Comp.). *Psicología Clínica: Perspectivas actuales*, 165-183, Madrid: Ediciones Pirámide.

Russo, R. (2008). *La relación médico paciente y la enfermedad crónica*. Zona Pediátrica, obtenido el 20 de agosto del 2009 de red: <http://www.zonapediatrica>.

Sarason, B. (1999). Familia, apoyo social y salud. En: J. Buendía (Comp.). *Familia y Psicología de la salud*. 19-48, Madrid: Ediciones Pirámide.

Soria R., Vega Z. Y C. Nava (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14, 78-88.

Trejo, J. (2004) Abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles. El reto de la salud pública mundial. *Archivos de Cardiología de México*; 74 (Supl 2), 390-393.

Turrubiarte, N., Reyes, H., Fernández, S. y Gutiérrez, G. (2006). Mortalidad por causas seleccionadas de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, 1991-2004. *Revista Med Inst Mex Seguro Soc*, 44 (Supl 1), 111-120.

Vinaccia, S. y Orozco L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Revista Diversitas, Perspectiva en Psicología*, I, 125-137.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15, 207-220.