

2071122



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**APROXIMACIONES PSICOLOGICAS PARA
LA PROMOCION DE LA ADHERENCIA
TERAPEUTICA**

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a :

ASMINDA SOUSA MONDRAGON



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 está 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.

I N D I C E

PAGINA

INTRODUCCION	1
DESARROLLO DEL TEMA	
OBJETIVO	6
HIPOTESIS	7
¿QUE ES LA ADHERENCIA TERAPEUTICA?	8
EL PROBLEMA DEL INCUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO EN MEXICO	11
PAPEL DEL PSICOLOGO DENTRO DEL SECTOR SALUD	15
APROXIMACION COGNITIVO-CONDUCTUAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA	18
APROXIMACION PSICODINAMICA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA ...	28
APROXIMACION EDUCATIVA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA	39
ANALISIS Y DISCUSION	48
PROGRAMAS PROPUESTOS PARA LA PROMOCION DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA	51,54,59
REVISION DOCUMENTAL	66
ANEXOS	72

INTRODUCCION

En cualquier tipo de terapia y principalmente dentro de las terapias de padecimientos físicos, tales como la diabetes, hipertensión, etc., el incumplimiento y deserción de los pacientes a sus tratamientos y prescripciones ya es un grave problema social, familiar e individual.

Los "pacientes problema", como son denominados los pacientes crónicos dentro de la literatura médica anglosajona, implican un alto gravámen tanto para él, como para hospitales y clínicas.

El costo de la salud es uno de los factores principales que se involucran dentro de las crisis económicas en las sociedades occidentales (Atalli, 1982); y la falta de una conveniente adherencia terapéutica afecta, entre otras cosas, el costo beneficio dentro del sector salud de nuestro país.

El desarrollo de la tecnología médica encaminada a incrementar la salud, ha fallado en sus objetivos, aún en países desarrollados o industrializados tales como Inglaterra y los Estados Unidos, que cuentan con ciertos beneficios como educación, desahogo económico, servicios, infraestructura, etc., pero presentan en forma significativa el problema del

incumplimiento a los regímenes médicos.

Por otro lado, en clínicas y hospitales donde es difícil alcanzar los objetivos, se ha considerado de suma importancia elaborar programas que faciliten el apego y el cumplimiento al pie de la letra por parte de los pacientes a sus tratamientos.

El objetivo del presente trabajo es: sugerir tres tipos de psicoterapia con enfoques psicológicos distintos, que ayuden a la promoción de la adherencia terapéutica dentro de clínicas y hospitales en nuestro país; es decir, que considerando al paciente y su padecimiento, se le ayude a cumplir con sus prescripciones a través de programas sencillos tratando de provocar efectos benéficos y duraderos que logren repercutir en su condición de salud e incluso dentro de su calidad y estilo de vida, utilizando el mínimo de recursos.

A pesar de que el problema es conocido desde hace mucho tiempo, sólo hasta últimas fechas se le ha estudiado y concedido la importancia que se merece. Los primeros antecedentes que se tienen sobre el incumplimiento al tratamiento propiamente dicho, se remontan a 43 años atrás: el primer estudio del tema apareció en "Archives of Internal Medicine" en 1943 (citado por Koltum & Stone, 1986. (Blackwell, 1976; Domínguez, 1984 Karchmer; 1976; Puente-Silva, 1985). Además,

el problema no ha sido exclusivo de países en vías de desarrollo: en Inglaterra se le empezó a conocer a este fenómeno y se le denominó "adherencia terapéutica" (therapeutic adherence) y como el "no cumplimiento" (noncompliance) en los Estados Unidos. En nuestro país se ha adoptado principalmente el primer término, (Puente-Silva, 1979), ; Domínguez, 1984.

Existe un consenso entre diversos autores, - - - -, al mencionar que el incumplimiento al tratamiento tiene una causa multifactorial, pues el hecho de que una enfermedad sea sintomática o no, la actitud del médico y personal paramédico, el nivel educativo del paciente, el diagnóstico adecuado, etc., determinan que se presente o no el problema.

Es evidente que debe investigarse más, utilizando definiciones operativas, instrumentación sensible, estadísticas confiables, etc., sin embargo, la realidad es que el problema continúa y se hacen necesarias estrategias de intervención, basadas en los resultados de las investigaciones ya hechas, y que ya han dado un conocimiento más claro del fenómeno de la adherencia terapéutica.

La concepción popular de "lo que pasa es que no quiere curarse" o "es sólo cuestión de voluntad" cuando se observa el problema de falta de cumplimiento al tratamiento, algunos médicos y especialistas caen en el error de no considerar

el factor psicológico como un elemento importante que influye negativamente.

Ahora bien, al reflexionar que el origen del no apego a regímenes médicos puede ser psicológico, se debe considerar que hay también aproximaciones diferentes dentro de los enfoques psicológicos y como consecuencia, programas elaborados basados en diversas teorías; por ejemplo, que consideran un factor no consciente predominante que comprende: simbología "enfermedad-muerte", enfermedad-rechazo; sentimientos de culpa, manifestaciones de alteración de la imagen corporal, duelo patológico, agresión a los padres desplazada al médico, entre otros. (López Isaias, 1985, , según la psicopatología del paciente; o que comprenden mecanismos de falta de repertorio conductual como, ciertos hábitos, estilos de vida, influencia de ciertos efectos secundarios de un medicamento que puede asociarse en forma negativa al tomarlos y en algunos casos, se habla sobre las incompatibilidades en el esquema cognoscitivo del sujeto y su toma de medicamentos, (Puente-Silva, 1985, ; Leventhal, 1982, . Quizá pudiera considerarse antagónico lo anteriormente mencionado, no obstante, el objetivo es el mismo: ayudar y promover la adherencia terapéutica, problema por demás importante en México, en una época de crisis que vive y que algunos economistas hablan de la peor en los últimos 70 años, (referido por Puente Silva, 1985 (39), y donde cualquier intento en su solución es justifica-

ble, uniendo esfuerzos interdisciplinarios e integrando al psicólogo al sector salud.

El presente trabajo, expone la revisión de tres aproximaciones psicológicas: educativa, cognitivo-conductual y psicodinámica principalmente, mostrando sus características esenciales, principios, destacando aquellos aspectos que son útiles para la elaboración de programas de adherencia terapéutica.

DESARROLLO DEL TEMA

OBJETIVO

Se hace preciso hacer una revisión sucinta de los principios de cada aproximación psicológica que son útiles para comenzar a promover trabajos interdisciplinarios entre médicos y psicólogos y resaltar aquellas características que son de interés en la elaboración de programas o terapias de adherencia terapéutica. Es indispensable aclarar que la propuesta de tres programas, no se hace con la intención de decir que una aproximación sea mejor que otra, ni hacer un análisis filosófico acerca de cada enfoque, sino recalcar la trascendencia de ayudar a los pacientes con sus tratamientos.

HIPOTESIS

1.- El papel del psicólogo es de importancia dentro del sector salud en México.

2.- Dentro de la bibliografía sobre adherencia terapéutica no existen los lineamientos de intervención (el "To Know how"), para promover y ayudar en el cumplimiento al tratamiento.

3.- Los pacientes crónicos tienen más dificultades para adherirse a sus tratamientos.

¿QUE ES LA ADHERENCIA TERAPEUTICA?

La mayoría de las contribuciones al tema de la adherencia terapéutica, se han hecho de las revistas dedicadas a la medicina general. (Koltum y Stone, 1986), . Debido a ello es importante indicar, que algunos de los autores, médicos en su mayoría que han realizado estas investigaciones, afirman que existe un componente psicológico importante que produce el no cumplimiento al tratamiento.

No obstante, existen diversas teorías dentro de la psicología que intentan explicar el porqué no se siguen las prescripciones médicas, problema que además produce dificultades socioeconómicas, familiares y al mismo paciente.,

Algunos psicólogos que ya han empezado a estudiar el problema, (Festinger y Carlsmith, 1959; Blackwell, 1976 Puente-Silva, 1979 y Dominguez, 1984); por mencionar sólo algunos, afirman que las ideas que tenga el paciente sobre su padecimiento, su relación con el médico, las reacciones emocionales, (que se describen más adelante), sus hábitos, entre otros factores, son la causa para que un sujeto no siga las instrucciones y sugerencias de su médico. También se ha mencionado que aspectos no conscientes, como algunos mecanismos de defensa, están en juego cuando el enfermo no está

cumpliendo en forma adecuada con los regímenes médicos.

En un estudio que realizó Koltum y Stone, 1986, sobre las tendencias en la investigación sobre la adherencia terapéutica, muestran que en un alto porcentaje predominan las teorías de modificación de la conducta, seguidos por estudios preventivos enfocados a informar a la población.

El problema de incumplimiento en el tratamiento por parte de los pacientes es un problema ampliamente conocido a través de los años, tanto en padecimientos físicos como por ejemplo en las diabetes y en los problemas de hipertensión, así como en los padecimientos psiquiátricos y condiciones psicológicas, como por ejemplo en los problemas de esquizofrenia o depresiones. A pesar del reconocimiento profesional del problema, hasta recientemente se le ha dado la importancia que tiene y sólo hasta en los últimos años se le ha estudiado.

Con el desarrollo de la medicina institucional y con el establecimiento de sistemas de registro y de evaluación, se ha podido observar (Puente-Silva 1984), que los pacientes una vez detectados y estudiados a través de exámenes físicos y de laboratorio y gabinete y una vez establecido el programa terapéutico a seguir, los pacientes no cumplen en forma conveniente con dichas prescripciones; por ejemplo: olvidan la fecha de su próxima cita; no toman sus medicamentos a la hora que se les

indica, o no siguen una dieta específica que se les haya mencionado, o bien, desertan en una fase importante del tratamiento. Este asunto ha tomado relevancia tal, que los gobiernos de países desarrollados lo consideran una de las causas principales de gasto médico en el cual no se cumplen con los objetivos.

Por otra parte, se considera que cada vez es de mayor importancia el que los pacientes tomen una participación activa dentro del manejo y tratamiento de sus enfermedades, llevando a cabo una conducta cooperativa con las sugerencias del médico o terapeuta (Ruiz de Chavez, 1984) declinándose así, el paternalismo médico.

Durante mucho tiempo se pensó que para que el tratamiento se llevara a cabo adecuadamente, consistía exclusivamente en el que el paciente manifestara en forma verbal su acuerdo. Estudios múltiples (Balis, 1978; Domínguez, 1984) han demostrado que el acuerdo no es suficiente para seguir el tratamiento y a veces, el especialista confía en que al dar una instrucción o indicación ésta será entendida, comprendida, recordada y ejecutada por el paciente; sobre todo en los padecimientos crónicos, que las condiciones de vida impuestas por el crecimiento industrial y urbano, favorecen el incremento de la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, tales como el cáncer, los problemas cardiovasculares, por ejemplo, y que en la medi-

cina anglosajona (Jores, 1981), ha denominado a éstos pacientes, "pacientes problema", pues son enfermos que ningún médico termina de curar, que oscilan entre la enfermedad y épocas de salud y son pacientes que suponen un considerable gravamen no solo para él, sino también para las clínicas y hospitales. Attali, 1982, señala que el costo de salud es uno de los factores primordiales de las crisis económicas en las sociedades occidentales.

Alrededor del 50% de los pacientes, ya sea con cáncer, hipertensión, úlceras, enfisema, enfermedades del corazón u otras enfermedades crónicas no cumplen con su tratamiento: "sólo el 13% de todos los pacientes cuesta tanto como el otro 87%". (43), (p. 17).

En nuestro país es un problema grave, incluso por el aspecto económico, varios profesionales del sector salud, que tienen a su cargo importantes puestos en esta división, están detectando el problema.

En el Hospital General de la Ciudad de México, S.S.A., por ejemplo e, Dr. Raúl Cicero, destacado neumólogo dice:

"... hay un importante número de pacientes neumológicos que no siguen regularmente los tratamientos de enfermedades crónico-degenerativas como la tuberculosis, la bronquitis-enfisematosa o de fibrosis intersticial difusa" (7).

El Dr. López Rodríguez (1984), distinguido cancerólogo menciona:

"En la institución, origina el desperdicio de recursos materiales y económicos, de tiempo y esfuerzo por parte de todo el personal y bloquea oportunidades diagnósticas y terapéuticas para otros pacientes, así como incrementa los costos al realizar estudios y planeaciones que resultarán inútiles". (32).

También el Dr. Ruiz de Chávez (1984) eminente médico refiere que:

"Una adherencia incorrecta conlleva al uso prolongado de recursos en proporciones altas: se proporcionan los medicamentos,

pero éstos se consumen inadecuadamente; se consultan médicos, pero no se siguen sus prescripciones; se hace uso de los servicios de apoyo, pero los resultados son escasos o nulos en las condiciones de salud del paciente y la efectividad de los servicios en relación a los costos de cada recurso utilizado, se ve severamente afectada" (41).

En el campo de la ginecología y obstetricia, el Dr. Samuel Karchmer, dice:

Durante el embarazo el apego al tratamiento adquiere particular importancia por el peso específico que tiene la consulta prenatal en la prevención de complicaciones mayores, determinante en muchos casos, de cifras elevadas de morbilidad materno-fetal y neonatal, a pesar del uso adecuado de la tecnología". (25)

En términos generales, el concepto sobre la adherencia terapéutica es comprendida sin diferir en mucho por varios autores como: "el proceso a través del cual el paciente lleva

a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta (Puentes-Silva, 1984); "la implementación completa de las instrucciones terapéuticas" (Dominguez, 1984); "el cumplimiento (compliance) del paciente a las órdenes del médico" (Ulmer, R. 1978); "el grado en el que el paciente cumple con la totalidad del esquema prescrito", (Ruiz de Chávez, 1984).

Aunque su definición no incluye los alcances que tiene, promueve la investigación al tratar de encontrar las causas por las cuales se presentan y que impiden la adherencia a prescripciones médicas; factores que lo aumentan o disminuyen o cómo puede predecirse si habrá o no un cumplimiento adecuado.

En la literatura científica relativa al tema, existen numerosos problemas en cuanto al diseño, análisis de datos y criterios que demuestran que la problemática inherente de esta materia, hace manifiesto, encontrando en ocasiones incongruencia de los resultados, que se trata de un problema complejo en el que intervienen muchas variables que se tienen que considerar.

Dominguez, B., (1984) cita a Haynes y Sackett, quienes realizaron una lista de más de 200 factores relacionados al incumplimiento de los regímenes médicos y de los cuáles, sólo unos cuantos de ellos, tales como la complejidad del

tratamiento, las creencias de los pacientes hacia la eficacia de la terapia y duración del tratamiento, tenía una correlación positiva con la falta de adherencia a los tratamientos prescritos. Menciona también que la falta de adherencia puede manifestarse como fallas en 4 áreas específicas, mientras que Ulmer, (1984), menciona once; aún cuando estén hablando de lo mismo, su clasificación no es la misma¹.

Foster, (1969), menciona que los intentos de establecer un tipo de perfil del paciente desertor han fracasado. (citado por Puente-Silva, 1984).

No obstante, muchos autores convergen en que uno de los principales componentes que no permiten de alguna manera la adherencia terapéutica, es el elemento psicológico:

¹ (Ulmer (1984) menciona fallas en: 1) las citas con el médico, 2) reporte de exámenes médicos, 3) reporte de tratamientos, hospitalizaciones y operaciones anteriores, 4) tomar el medicamento prescrito, 5) evitar el abuso de drogas, 6) evitar el abuso de alcohol, 7) seguir las recomendaciones acerca del cigarrillo, 8) adherirse a las sugerencias acerca de la dieta, 9) seguir las recomendaciones acerca del trabajo, 10) seguir las sugerencias de ejercicio, 11) obtener el descanso adecuado (p. 20). Por su parte, Dominguez, (1984) menciona fallas en: a) iniciar o continuar en un programa terapéutico, b) acudir a las citas de seguimiento o supervisión, c) tomar los medicamentos prescritos y d) modificar, restringir o cambiar actividades en la persona como son el ejercicio físico, el consumo de tabaco y la dieta (p. 72).

Uno de los primeros impulsores sobre la adherencia terapéutica en México es el Dr. Puente-Silva (1979), quien refiere que el papel del psicólogo como profesional de la salud, debe considerársele para la ayuda al paciente a sus regímenes médicos, pues en tratamientos tales como el alcoholismo, tabaquismo y obesidad, se ha comprobado su participación relevante.

Dentro de los campos de la psicología de la salud y de la medicina conductual, dentro de los cuales se realiza el estudio de la adherencia terapéutica, la expansión de influencias psicológicas dentro de la practica médica ayuda a restaurar parte del interés humano que ha sido olvidado debido a los avances tecnológicos. Los psicólogos pueden también ayudar a los médicos con parte de sus demandas clínicas y librarlos de gastar más tiempo con cada paciente. De los servicios psicológicos ya implementados, se encuentran ayudando en: terapias de apoyo preoperatorias, problemas conductuales con niños, estados de ansiedad y problemas sexuales. Indirectamente se ayuda con el adelanto del tratamiento y el control del dolor (incluyendo dolores de cabeza), asegurando un mejor cumplimiento con los avisos médicos y dando lugar a las prescripciones sobre bases más lógicas. El psicólogo beneficia a la medicina contribuyendo con teorías sobre conceptos de conducta-enfermedad, relaciones doctor-paciente, teorías de alivio y dolor, miedo, satisfacción, y otros;

la ventaja para los pacientes, por supuesto es la influencia del conocimiento y técnicas psicológicas que le sirven en forma parcial o total en su cuidado médico. (Franks y Wilson, 1979).

De acuerdo con Blackwell, (1976), Ruiz de Chávez, (1984) menciona que los factores de riesgo en la adherencia terapéutica se encuentra la categoría psicológica, en la que se incluyen variables inherentes del paciente, tales como niveles de ansiedad, actitudes, conducta, etc.

Domínguez, (1984), afirma que la interpretación que el paciente haga de sus síntomas, es decir todo el conjunto de percepciones, ideas, conceptos, pensamientos, verbalizaciones (explícitas o no) sobre ellas, es importante también para comprender cómo influye ésta al reaccionar deliberadamente hacia los problemas relacionados con la salud. Las creencias acerca de la naturaleza de una enfermedad pueden influir en las acciones específicas que inicie el individuo. En el mismo orden de ideas, Leventhal (1982); menciona que una de las explicaciones del por qué un alto porcentaje de pacientes no sigue las órdenes del médico es que el enfermo no quiere llevar a cabo una confrontación entre sus teorías privadas acerca de su enfermedad y el diagnóstico del médico.

Aunque es evidente que en cualquier padecimiento

se despiertan reacciones emocionales, sólo unos cuantos profesionales han dado importancia a ese factor; López, I., (1985), afirma que cuando un paciente es diagnosticado con cáncer, inicia un proceso psicológico que interfiere con el mecanismo global de su tratamiento: el aspecto emocional.

Se han expuesto algunos de los problemas que acarrear los pacientes que padecen enfermedades crónicas. Se ha recalado también la importancia de tomar en cuenta el elemento psicológico de éstos enfermos, a pesar de que hasta el momento, no se indicó el cómo intervenir. A continuación, se presenta un repaso de los principios básicos de los enfoques cognitivo-conductual, psicodinámico y educativo, retomando aquellos aspectos que son de interés para la elaboración de los programas de adherencia terapéutica y mostrando algunos de los estudios que se han hecho con cada una de las orientaciones ya mencionadas.

APROXIMACION COGNITIVO-CONDUCTUAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

La psicoterapia conductual ha alcanzado un rápido desarrollo durante los últimos 20 años. Sus orígenes se remontan a partir de las teorías del aprendizaje, (Pavlov, 1927; Thorndike, 1898, 1911; Watson, 1916, 1924); quienes señalaron la aplicación de principios de condicionamiento clásico, recompensa, condicionamiento operante o instrumental, a los trastornos psicológicos en seres humanos y que empezaron hacer sus méritos después de la 2a. Guerra Mundial. (Rimm y Masters, 1982).

Las contribuciones científicas que posteriormente se hicieron, fueron adaptadas principalmente por Skinner (1963) y Wolpe (1958, 1964), aunque es muy importante mencionar que también colaboraron con mucho otras áreas como la psicología clínica, la psicofisiología, las teorías cognoscitivas y recientemente de las teorías psicodinámicas. (Festinger, 1959; Puente Silva, 1983).

Sus principales postulados se refieren a:

- a) Centrarse en la conducta de desadaptación, más que en supuestas causas subyacentes.
- b) Las conductas de desadaptación son adquiridas a través de un aprendizaje.

c) Las terapias incluyen una especificación clara y definida de los objetivos del tratamiento.

d) La terapia se centra en el "aquí y ahora".

e) Cualquier técnica utilizada en la Terapia de la Conducta ha sido sometida a verificaciones empíricas, encontrando que sean efectivas adoptando un tratamiento específico, al problema del paciente. (Lazarus, 1980).

Entre las técnicas más utilizadas se encuentran principalmente:

1.- Terapias de desensibilización sistemática.- Esta técnica desarrollada por Wolpe, (1959), está dirigida específicamente al alivio de la ansiedad de desadaptación, intentando sustituir la relajación por la ansiedad al igualar la relajación de los músculos con escenas que representan situaciones que el paciente refiere que le causan ansiedad. (Rimm y Masters, 1982).

2.- Terapias de relajación.- Hay técnicas que emplean las terapias de relajación conjuntamente y que de manera básica, ésta se refiere a una relajación muscular que ayuda a reducir los niveles de ansiedad de manera favorable. (op. cit).

3.- Terapias de exposición implosiva.- Es un tipo

de terapia que ayuda a reducir la intensidad de conductas problema por medio de la reducción de una conducta que no es reforzada (extinción). (Puente-Silva, 1983)

4.- Terapia Racional Emotiva.- Supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento que se manifiestan por cadenas de verbalizaciones que originan el sistema de creencias básico del individuo. Con esta técnica, la persona adquiere la capacidad para hablarse a sí misma de manera adecuada de tal forma que pueda controlar su propia conducta (Ellis y Abraham, 1983).

En su mayoría, las técnicas conductuales sugieren un enlistado jerárquico de estímulos y conductas problema, que puede ir en forma ascendente o descendente dependiendo del paciente, del problema, de los objetivos y de la técnica a utilizar.

5.- Terapias de auto-control.- En autocontrol se definió dentro del presente trabajo como: el control percibido de una persona sobre su ambiente y que lo impulsa a actuar y que, en términos de libertad personal, la posibilidad de elección y autodeterminación constituye algo intrínsecamente remunerador o gratificante (Thorensen y Mahoney, 1986). Esta técnica -- consiste en ayudar al paciente a reducir las probabilidades de presentación de conductas de "autoderrota", o con consecuencias conflicti-

vas (fumar y beber en exceso, obesidad, etc.) o que le ayuda a aumentar la frecuencia de aquellas conductas que en él son infrecuentes (contactos sociales, inactividad sexual, estudiar). Es decir, que el paciente aumente o disminuya cierta conducta.

Para lograr lo anterior se utilizan en ocasiones los llamados "auto-registros", como un método de autoobservación. Estos, ayudan a que el paciente observe su propia conducta, la valore y la cambie. Tienen tres funciones primarias: 1) en la valoración anterior a la intervención, para reunir información necesaria y decidir la mejor estrategia. 2) valorar los efectos de la intervención y 3) facilitar el cambio de conducta. Numerosos métodos de auto-registro y auto-monitoreo pueden ser utilizados incluyendo los contadores de pulso: medidas para los resultados de la conducta y registros de papel y lápiz. Pueden utilizarse en un amplio rango de poblaciones y conductas. (Haynes, 1984). Está técnica es muy utilizada por el "Noncompliance Institute" de los Angeles, California a Cargo del Dr. Ulmer (1984), quien maneja más frecuentemente los de lápiz y papel.

Muchos de los métodos conductuales están siendo utilizados dentro de la adherencia terapéutica, aparte de los ya señalados, y más recientemente:

Contrato Terapéutico.- Se refiere al proceso de especificación de reglas para observar conductas de interés y formalizar y comprometerse a adherirse a ellas. La guía para formularlo es: 1) El contrato debe ser válido; 2) los términos del contrato deben ser claros; 3) el contrato tiene que ser generalmente positivo; 4) los procedimientos deben ser consistentes y sistemáticos; 5) al menos alguna otra persona cercana al paciente participará. El contrato no debe ser un autocontrato en el cual la persona admistre sus propios premios y castigos. Una de sus ventajas es que involucra al paciente en la planeación de sus regímenes, otra es que promueve las expectativas del perfil de conductas a cambiar. (Dunbar, et. al., 1979).

Implementación de Régimen graduado.- Se refiere al proceso de ir introduciendo componentes del régimen en una secuencia, según el paciente vaya cumpliendo con los pasos principales de la secuencia. Los pasos son graduados en orden de dificultad para el paciente, reforzando los pasos logrados. (Dunbar, 1979) (Op. Cit.).

Intervenciones de mantenimiento.- Uno de los problemas de la adherencia terapéutica es mantenerla en un tiempo largo. Lo más indicado es buscar la mejor estrategia; puede ser el automonitoreo de corta duración. Otra puede ser involucrar al esposo (a) al régimen, sobre todo cuando éste es prolongado. Si el problema para mantener la adherencia se ve amenazado,

se recomienda utilizar al menos tres estrategias. En cuanto a la manutención, Brandy, (1965), plantea que si el paciente maneja adecuadamente su tratamiento en la etapa inicial, las probabilidades de que ésta situación se mantenga aumentan en forma considerable.

El uso de estrategias conductuales en proyectos para impulsar el cumplimiento a las prescripciones médicas ha sido ampliamente confirmado su utilidad en diversas investigaciones.

Por ejemplo, en un estudio controlado, conducido por Epstein y Mosek (1978), sobre la eficacia comparativa de diferentes métodos para obtener un buen cumplimiento, se seleccionaron estudiantes para un estudio sobre los efectos de la vitamina C para prevenir el resfriado. Durante tres semanas del período de pretratamiento (línea base), se les pidió a los sujetos que tomaran tabletas de vitamina C. Al principio del estudio fué necesario dejar nueve dólares a los experimentadores con el conocimiento de que podían perderlos si no iban a sus citas cada semana. De los 72 sujetos que completaron las tres semanas de línea base, 40 de los que no cumplieron con la toma de la vitamina, fueron asignados azarosamente a uno de los cuatro grupos de tratamiento: a) un grupo con auto-monitoreo, en el cual, los sujetos fueron notificados del tiempo preciso en que debía tomarse cada dosis de medicamento; b) un grupo de "saborear" en el cual, quinina o extracto de naranja fué añadido a las tabletas para incrementar su énfasis; c) un grupo combinado

del anterior más el monitoreo en el cual, los sujetos registraron el sabor, más que el tiempo de ingestión de los medicamentos; y d) un grupo control. A cada sujeto se le suplía semanalmente las tabletas de vitamina C con tabletas que contenían un señalador urinario, una droga (fenozopiradina), que volvía la orina en un color rojo-naranja brillante. Se les pidió que registraran cuando hubiera una decoloración en la orina midiendo el cumplimiento basado en una comparación de su auto-reporte con el tiempo predicho (basado experimentalmente) de la secuencia de la vitamina C y las tabletas de fenazopiradina. Esta última, es un sistema analgésico urinario, utilizado en tratamientos sintomáticos de infecciones de los canales urinarios bajos. A todos los sujetos se les informó que alguna de las tabletas de vitamina C podía incluir esta sustancia y se les dió información específica sobre sus posibles efectos colaterales. Epstein y Masek afirman que el cumplimiento de la toma de la vitamina C es exitosa para prevenir resfriados y es una excelente analogía para tratamientos médicos de desórdenes asintomáticos tales como la hipertensión, en la cual no hay consecuencias negativas inmediatas para la persona que falla el cumplir con su tratamiento con medicamentos. Los resultados mostraron que en el período posterior a la línea base, el auto-monitoreo y el grupo combinado mostraron un cumplimiento mayor que los grupos "saborear" y control. (Citado por Franks & Wilson, 1979).

Zeisat, (1978), evaluó los efectos de los programas de terapia conductual en el tratamiento médico de hipertensión. El programa conductual consistía en el automonitoreo de la presión sanguínea, el control de estímulos y técnicas y un procedimiento de influencia social en el cual se le pedía al paciente escoger a un amigo cercano o a un miembro familiar para actuar como un "aliado social" ayudándole con su toma de medicamentos, y dándole reforzamiento social si disminuía la presión, o si se mantenía en niveles controlados. Los resultados fueron significativos en cada evaluación: aumentó el cumplimiento (op. cit.).

En un documento de Morisky, (1986), propone la utilidad de estrategias conductuales usadas con pacientes hipertensos, enfatizando el uso combinado para una mejor implementación.

Existen reportes donde se confirma (Mc. Dill, 1978), que hay una estrecha vinculo entre la relación del paciente con su terapeuta y el grado de satisfacción que tenga de su tratamiento, ellos, influirá en sus probabilidades de deserción

Leventhal, (1982), menciona que los efectos de la quimioterapia, hace que mucha gente piense que el tratamiento es peor que la enfermedad; al mismo tiempo, personas con hipertensión que no tienen sintoma alguno, consideran que su

presión sanguínea es normal o que si continúan recibiendo un tratamiento a pesar de que ya no existen molestias, pueden asumir que no es necesario tal tratamiento. En base a lo anteriores, el autor recomienda saber que piensa o "representa" el paciente acerca de su enfermedad crónica. La identidad, causa, tiempo y consecuencias son características claves que determinan las representaciones de la gente acerca de enfermedades así como de los tratamientos correspondientes.

Por otro lado, Farberow, (1986) refiere que hay ciertas conductas que pueden considerarse como "conductas suicidas", pues están orientadas a una autodestrucción tales como el fumar en exceso, no seguir un régimen propuesto, etc. Asimismo afirma que es muy positivo el que el paciente se adhiera a medidas del control de esas conductas autodestructivas, cuidando que no se promueva una sobre-adherencia, ya que puede ser igualmente auto-destructiva, pues el seguimiento "ciego" originó que 911 personas se suicidaran en Guyana.

APROXIMACION PSICODINAMICA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

Los enfoques psicodinámicos son descritos como intentos para determinar la historia y/o patología de los episodios en el pasado infantil de una persona y el carácter de su vida afectiva no-consciente y su influencia sobre su conducta.

Sus postulados principales afirman que éste intento está determinado, históricamente identificable y que está basado en un conjunto de tesis etiológicas y dinámicas cuyo núcleo estable es la proclama de la existencia de impulsos básicos que son capaces de proporcionar la fuerza motriz para la formación de los síntomas psiconeuróticos.

El hecho de hacer consciente lo inconsciente, el individuo con ayuda de terapeuta, reconoce los instintos en él dominantes (libido o agresión), y afronta el conflicto, que puede traducirse como el control y dominio de los impulsos instintivos, o sea la salud mental. Las aproximaciones psicodinámicas consideran la salud psíquica como el bienestar que beneficia no sólo al individuo, sino también a las personas (objetos) con las que se relaciona.

Al transformar el "ello" (impulsos) en "Yo"*, es decir, el hacer consciente lo inconsciente, Freud, (1910) plantea la posibilidad de que el hombre fuera dueño y señor de sus impulsos. La maestría para dominarlos la obtendría mediante el autoconocimiento, que hace válida la frase del oráculo Delfos: "conócete a tí mismo".

Gaitán, (1980), menciona que mucha gente sabe que existe una técnica para el autoconocimiento, como el psicoanálisis, y que se resisten a aceptarlo por temor a conocerse a sí mismos, pues las confrontaciones, dolorosas a veces, enriquecen el propio conocimiento.

En el proceso de conocer el funcionamiento del aparato mental, las teorías psicodinámicas han evolucionado, comprobando algunas de las hipótesis y descubrimientos de Freud y otros conceptos cambiándolos a medida que se tienen más conocimientos. Así por ejemplo, para Freud, (1933), las psicosis eran radicalmente inaccesibles. En la actualidad, gracias a la mejor comprensión del primer año de vida y a las modificaciones técnicas sugeridas por René Spitz, Melanie Klein,

* Las funciones principales del Yo son: la percepción, la memoria, el contacto con la realidad, pensamiento, mecanismos de defensas contra los impulsos, lenguaje, angustia, juicios, entre otros. (17)

Frida Fromm-Reichman, etc. para citar sólo algunos pocos, las psicosis empiezan a ser accesibles. (22)

Otro avance se dió cuando Hartman, Kris y Lowenstein y posteriormente Rappaport, partiendo de las aportaciones de Freud, sentaron las bases para la formación de una escuela de pensamiento conocido como Psicoanálisis al descubrir la Agresión, que fué su punto "ciego" durante muchos años. (22)

González, (1979), explica la "ceguera inicial de Freud en lo tocante a la Agresión, al recordarnos que, en la medida que, como hombre joven que era, fué natural que sus hallazgos se hayan ocupado más por la sexualidad, haciéndose consciente primero, gracias a su autoanálisis y sólo amedida que fué madurando e incrementándose su miedo a la muerte, pudo descubrir el impulso agresivo y su trascendental importancia, que más tarde denominó (en 1920), "instinto de muerte".

González, (1972), menciona que al integrar en forma más consistente la teoría instintiva dual y otros conceptos (narcisismo, relaciones de objeto, resistencias, etc.), han adquirido otra dimensión que implica modificaciones de la técnica. (citado por Gaitán, 1974).

Otro concepto importante de ésta aproximación son las "neurosis caracteriales", que para finalidades de este trabajo, se considera importante mencionar, pues se encuentra frecuentemente, a personas que frente a desafíos del mundo externo, en éste caso desafíos que enfrenta al adherirse a su tratamiento, responden con mecanismos de tipo narcisista: este tipo de gente suele afirmar que es "sano". aquello que piensa, hace o desea y que la equivocación es del "otro", en el sentido lacaniano.

Aquello que es diferente (el ser enfermo crónico, por ejemplo), es visto como hostil y rechazante. Utilizan racionalizaciones, expresadas a través de una ideología con la que justifican sus actos, y aquí podríamos agregar, actos que impiden seguir con las prescripciones terapéuticas.

Otra racionalización que se utiliza como resistencia para evitar el reconocimiento y aceptación de su conducta, es la fantasía que se tiene, de que va a operar un cambio radical (si se somete a tratamiento), en forma mágica que convierta al paciente en otra personas, cuando en realidad no se trata de ser "otro", sino de utilizar las potencialidades propias lo mejor posible. Sentirse "otro" equivale a la ruptura de su propia imagen, a la pérdida de la identidad. Lo que proponen las corrientes psicodinámicas es precisamente lo contrario. (Freud, 1910).

El temor paranoide de que el cambio provenga del mundo externo (médico o terapeuta) y no del mismo paciente, lo llevan a aseverar que su conducta es normal.

Otro concepto dentro de éste enfoque es el de "adaptación". Este proceso se define como el intento por vivir de acuerdo con los límites que la realidad externa impone, utilizando la mayor riqueza posible del propio mundo interno para transformarnos y transformar la realidad de manera aloplástica y autoplástica. (Gaytan, 1980).

Adaptación no es lo mismo que sometimiento, sino conciencia de lo que es modificable dentro y fuera de uno mismo que resulta en beneficio del individuo y de la sociedad. (op. cit.).

Cuando uno pierde la salud, pierde uno algo muy "sagrado", y se produce un proceso llamado "duelo", sobretudo en padecimientos crónicos donde la salud ya no retornará a las condiciones anteriores. En cuanto a duelo Freud, (1905-1917), escribe:

"El duelo es por lo general la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la libertad, la patria, el ideal, etc. Bajo estas influencias surge en algunas personas la melancolía en lugar del duelo. Es notable

que jamás se nos ocurra considerar el duelo como un estado patológico y someter a un sujeto a tratamiento, aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos en que al cabo de un tiempo desaparecerá por sí sólo y juzgaremos inadecuado e incluso perjudicial perturbarlo. La melancolía se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. Este cuadro se nos hace más inteligible, cuando reflexionamos que el duelo muestra también éstos caracteres, a excepción de un sólo: la perturbación del amor propio" (p. 1415).

Con frecuencia se menciona que existe una ganancia secundaria cuando se está enfermo. Esto consiste principalmente en granjearse la atención de los demás por la circunstancia de estar enfermo. La atención es necesitada ya sea en calidad de sustituto del amor o bien, lo que es más frecuente, como reaseguramiento y promesa de ayuda y protección. A menudo se afirma que también desea obtener ciertos privilegios como dinero, etc., no obstante se menciona que pacientes con mucho menos necesidad de dinero, presentan ésta característica.

La enfermedad implica todas las ventajas de la conducta pasivo-receptiva, "ahora no soy yo quien tiene que actuar; ellos lo tienen que hacer por mí", reviviendo de esta manera una nostalgia infantil. (Fenichel, 1979).

Un ejemplo de los intentos que las aproximaciones psicodinámicas han hecho acerca de los trastornos psicofisiológicos, es el que realizó De la Garza, (1980), quien afirma que los trastornos somáticos más comunes del proceso neurótico son los cardiovasculares-respiratorios donde el elemento psíquico siempre presente es la ansiedad, la sensación de que ocurrirá algo doloroso o desagradable. Sin embargo, hay una amplitud de variaciones individuales: una persona siente un "hormigueo", otra una jaqueca, una tercera "no puede respirar". Una explicación que el autor da a esto es que, en un momento de nuestra vida, una pauta normal y adecuada de reacción en todos los seres humanos antes de adquirir el lenguaje, es que utilizamos nuestro cuerpo, función que sirve para expresarnos. La ansiedad es una reacción de peligro y el peligro implica la anticipación de una situación potencialmente traumática, situación en la que el individuo experimenta un desamparo total. Esta respuesta ante el peligro es una función esencial del Yo, y esta función está sujeta al fenómeno de regresión. Otra función del Yo cruciales en reacción al peligro es la prueba de realidad. La percepción y evaluación de la situación capacitan al Yo para diferenciar entre el peligro

presente o potencial. El yo del adulto normal se limita a experimentar un conocimiento del peligro (ansiedad) y asume características de un proceso de pensamiento y en esta forma, la solución del problema ya que los dos tipos de energía (instintos), están neutralizados pues constituye un logro de la maduración. Cuando ésto no ocurre, la reacción de peligro se encuentra más ligada con la agresión y por lo tanto observamos fenómenos de descarga somática

Otro estudio que realizó López I, (1985), refiere que desde el momento en que el paciente oncológico es diagnóstico, se inicia un proceso psicológico caracterizado por los denominados mecanismos defensivos, que si bien tienden a ser adaptativos, es decir, están sirviendo al manejo de la ansiedad, (Freud, A., 1979) frecuentemente interfieren con el mecanismo terapéutico global y es precisamente entonces que se inicia la psicoterapia como parte del tratamiento. Encontró que los principales mecanismos del paciente oncológico son: negación, reacciones depresivas, aislamiento social, alteraciones del sueño, y preocupación excesiva y obsesiva por el cuerpo.

O'Malley y cols., (1979), encontraron que el desajuste emocional no se relacionaba significativamente con la severidad del impedimento físico o la gravedad del cáncer, es decir, que en etapas donde aún es curable el cáncer, el desajuste emocional impide que el paciente no se adhiera a

su tratamiento. (citado por López I,

Avelino González, (1980), dice que hay algunas generalidades que pueden extenderse para la interpretación de cierta sintomatología somática, como por ejemplo los ataques de asma que pueden significar una reacción al temor de ser abandonado por la madre, que tiene el significado de un grito reprimido, pero que definitivamente tiene que considerarse la historia personal del sujeto para que éstas sean válidas

En 1937, Morgenstern, publicó el historial de un niño de 8 años que sufría de un mutismo total y mostró que una amigdalectomía podía tener consecuencias psicológicas. Este fué otro de los intentos de la terapia psicodinámica, en la intervención de problemas físicos. La problemática del niño la analizó interpretando sus dibujos y descubrió que el síntoma era la conciencia de un trauma operatorio que aumentó su angustia de castración: Del interior de su boca se había arrancado un pedazo y para su inconciente un acto similar podía ocurrir con su genitales. Cerrar la boca, no hablar era la evitación del acto. En ese caso, las condiciones en la que el niño había sido operado (fué llevado al hospital engañado) explicaban el terror que lo llevó a cerrar la boca. La explicación que da esta terapeuta es que se había desplazado la angustia de castración a las amígdalas. Los resultados terapéuticos (recuperó el habla), fueron con-

firmando sus hipótesis. (citado por Aberastury, (1986), p. 34).

Aberastury, (1986) refiere que es muy útil la psicoterapia en hospitales para varios tratamientos con niños: cirugía cardiovascular o para cualquier preparación de alguna cirugía. Menciona que no es esta intervención un tratamiento psicodinámico, propiamente dicho, sino una psicoterapia breve que retoma algunos de los principios dinámicos, pues dentro de un tratamiento se intenta una modificación intrapsíquica para el fortalecimiento del Yo, disminución de la severidad del Superyó, flexibilidad para el uso de las defensas, aparición de culpa, capacidad de tolerar frustraciones, etc., que obviamente no podría lograrse todo en una psicoterapia breve, en la que se limita a una cura sintomática, a la solución de un conflicto determinado, como es evidente en pacientes crónicos o que se someten a una operación.

En cuanto a la técnica terapéutica dentro de hospitales, Allen (1945), escribe:

"Lo que desde el punto terapéutico nos interesa, ante todo, es la realidad actual del paciente y no aquella narración histórica en sí, los valores curativos inherentes a la experiencia actual en la cual el terapeuta y el paciente se encuentran, pueden quedar desviados y hasta perdidos si no tenemos en cuenta el presente y nos dedicamos sólo a la

tarea tortuosa y sin fin de descubrir todo lo que había ocurrido en el pasado. La función terapéutica más importante es la de comprender el presente, aunque el contenido de éste se nos ofrezca, en gran parte, en términos del pasado y a partir de ésta comprensión, podemos llegar a una mejor valoración". (citado por Aberastury, (p. 19)).

APROXIMACION EDUCATIVA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

Muchos de los médicos que tratan directamente a los pacientes crónicos, mencionan que el hecho de que un paciente no se adhiera a su tratamiento, se debe a una falta de información sobre su padecimiento y sobre su tratamiento.

Sin embargo, el tema del proceso enseñanza-aprendizaje es más cercano del quehacer diario del psicólogo por lo que enfatiza especialmente procesos, variables, elementos y modalidades que se dan en torno del aprendizaje y que se refieren a aspectos cognoscitivos, afectivos, psicomotrices, y socio-personales y objetivos de instrucción que generalmente éstos últimos se expresan en términos de conocimientos, habilidades y actitudes desarrolladas en el aprendizaje, en el marco de un programa particular.

Dentro del aprendizaje tradicional, se describe un estilo de enseñar que se caracteriza por la exposición de temas por medio de demostraciones efectuadas ante la clase haciendo que la participación de los alumnos sea particularmente nula. Aprender, afirma Hans Albli (1973), significaría en tal caso para el que aprende "tomar una copia" de la explicación del maestro. Su base teórica, la podemos encontrar en la "psicología sensual-empírica", comúnmente asociada a la enseñanza intuitiva.

tiva; para ésta escuela, el origen de todas las ideas se halla en la experiencia sensible y le atribuye al sujeto que conoce un papel pasivo en su adquisición, vale decir que se apoya en el principio de que las impresiones suministradas por los sentidos se imprimen en una especie de tabla rasa. Posteriormente la facultad de abstracción propia de cada individuo lleva a cabo la tarea de extraer los elementos comunes para formar conceptos de orden general. Como resultado de lo anterior, los alumnos bien dotados llegan por lo común, a la meta deseada mientras que el estudiante promedio se ve en desventaja. Dicho de otro modo, cuando la operación enseñanza es compleja, su simple demostración no alcanza para que éstos últimos se fomen una idea completa y acabada del nuevo concepto, contribuyendo a que éstos alumnos se conformen con fórmulas o reglas carentes de sentido. (Citado por Zorri-lla, J.F. 1981 pag. 243)

La enseñanza activa parte, por el contrario, del supuesto de que el interés que los alumnos aportan a la tarea de educarse, se puede concebir como una función directa del grado de actividad de juicio discente que ésta alternativa brinda. Así, la resolución de problemas por sí mismos y la apertura en las formas de participación y comunicación aumentan la capacidad de moverse dentro de un sistema dado de ideas. (Op. cit.)

La concepción del aprendizaje se ha dividido en dos puntos de vista principales: el asociacionista y el cognoscitivista. El primero, parte del que el organismo es movido por un estímulo y toda conducta está basada en la asociación que hace entre el estímulo y la respuesta. También menciona que el aprendizaje se da a partir del reforzamiento de las asociaciones y que el aprendizaje es punto clave en las condiciones de reforzamiento. Por su parte, la teoría cognoscitivista refiere que mediante una organización de las experiencias en una estructura cognoscitiva se da el aprendizaje. Así, el aprendizaje es una estructura dinámica significativa que identifica relaciones, existiendo además, una reestructuración del aparato cognitivo del individuo. Dentro de ésta teoría, la percepción de relaciones entre elementos y conjuntos, medios y fines es el punto clave.

Con relación a la instrucción, la teoría asociacionista menciona que el profesor presenta su material como sinónimo de estímulo, esperando que el alumno responda a ese estímulo y lo asocie. Una vez asociado dicho estímulo y su respuesta (considerando dicha respuesta como correcta), la reforzará con ciertos premios, como por ejemplo, la aprobación del maestro ante una tarea en particular, con el único fin de que el estudiante aprenda, es decir, que logre la asociación entre estímulo y respuesta reforzada.

En cambio, la teoría cognoscitivista afirma que el material presentado por el profesor sea sinónimo de experiencias ante las que se enfrenta el alumno que irá organizando en su estructura cognitiva. Dado que las organizaciones que hace el alumno de esas experiencias, al percibir información nueva, en base a ciertas metas, como por ejemplo "el deseo de aprender cierta información", tiene que hacer una reestructuración de su aparato cognitivo. (Inhelder, 1975).

En cuanto a la eficacia relativa de cada uno algunos autores mencionan (Anderson, 1977; Klausmeier, 1977 y Mouly, 1978) que un carácter esencial en la teoría del asociacionismo es el cambio de conducta y que ha tenido sus mejores aplicaciones en el aprendizaje de tipo de reacción, es decir, para la formación de hábitos, etc., que es uno de los principales aportes sobre estudios de aprendizaje con esta orientación. Lo anterior, como producto de "considerar la realidad como hechos observables y como tales podemos actuar sobre lo que vemos, y así, los resultados son más inmediatos. En lo referente a las teorías de campo su eficacia se aborda en un plano más abstracto. Se relaciona con los procesos propios de una interacción dinámica entre los diferentes elementos que componen la situación del aprendizaje; de esta manera, el cognoscitivismo pretende dar movimiento a los elementos aislados.

Ya Ausubel afirmaba que no podemos referirnos a la

enseñanza sin concebir alguna concepción del aprendizaje.
(Citado por Klausmeier 1977,

No obstante, existen conceptos que son importantes dentro de la psicología de la enseñanza-aprendizaje y que son manejados con frecuencia:

Generalización del estímulo.- se refiere a no alcanzar a percibir diferencias esenciales entre dos o más estímulos, cada uno de ellos poseen características que los definen como grupo; dichas propiedades de grupo son las que provocan respuestas iguales o similares por parte del sujeto. Cuando se hace un cambio en el estímulo codicionado, se produce una respuesta en los estímulos de la misma clase; es entoces cuando la generalización del estímulo se dá (Inhelder, 1975)

Discriminación de la respuesta.- es el proceso complementario, si un estímulo posee las características esenciales de otro ya presentado (asimilado). Requiere de respuestas diferentes, es decir, que la reacción diferencial a cada estímulo es consecuencia de la discriminación de estímulos (Op. cit.).

Efecto modelador.- Con objeto de demostrar experimentalmente la adquisición de respuestas novedosa por medio de la observación es necesario que el modelo las exhiba en

un alto grado y el observador debe, más tarde, reproducirlas en una forma substancialmente idéntica. Se considera que cualquier conducta que tenga una probabilidad de ocurrencia de cero o cercano a cero, dadas las condiciones de estimulación apropiadas, reúne los criterios de una respuesta novedosa. La mayoría de las respuestas novedosas contienen segmentos de conducta que ya están en el repertorio del observador y que son producto de la maduración previa. A pesar de esto, la pauta específica de los componentes en cada respuesta debe ser única., así por ejemplo, es poco probable que un niño pequeño, aunque posea un repertorio verbal extenso, emita respuestas tales como "archirrecontrasuperextremadamente fantástico", si antes no ha sido expuesto a un modelo que exhiba esta combinación única de palabras. (Klausmeyer, 1977)

Efecto Inhibidor.- Estos efectos aparecen en estudios donde las respuestas provocadas existen ya en el repertorio del sujeto. Estas respuestas no tienen que ser exactamente iguales a las emitidas por el modelo. Aquí se parte del supuesto de que, el observar la conducta de otros, puede inhibir ó debilitar respuestas de la misma clase que se dan a partir de la observación de modelo que tiene consecuencias aversivas por una conducta X. No es necesario castigar al observador, sino más bien al modelo. (Op. Cit)

Efecto activador.- Suele ocurrir que la conducta del modelo sirve únicamente como estímulo discriminativo para

el observador, lo que facilita la aparición de respuestas aprendidas preliminarmente, que corresponden a la categoría misma de conductas. Este tipo de efecto se distingue de los anteriores en que aquí, además de que no se adquiere una respuesta noedosa y que ya se encuentra en el repertorio del sujeto, rara vez se presenta, aclarando que no so respuestas inapropiadas socialmente. Por ejemplo cuando se trata de que el alumno participe verbalmente y cuando alguien lo hace se le premia aún cuando se haya dado una mala definición de "sintáxis" por ejemplo (Op. cit.).

En relación a la psicología educativa y la adherencia terapéutica, Puente-Silva, (1979) menciona la trascendencia de la educación para la salud, pretendiendo informaren forma clara, a través de la exposición de diversos sistemas que son elaborados específicamente para la población a la cual están dirigidas dichas presentaciones; esto por medio de diaporamas, videocassetes, cassetes, que de forma amena y ágil captan el interés de los pacientes.

Lo anterior está vinculado con lo que en Educación se le denomina "educación no-formal" y que se refiere a toda actividad organizada, sistemática y educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas necesidades de aprendizaje a subgrupos particulares de la población, es decir, cualquier programa educativo que no forma

parte del curriculum ordinario de escuelas o universidades y que permanecen al margen de créditos o certificados; surgiendo éste tipo de educación como respuesta al subdesarrollo y que permiten al individuo integrarse a la lógica del sistema socio-económico vigente, sobre todo para aquellos que por desgracia no terminaron su educación (43). (Zorrilla, 1981)

Green, (1979), refiere que el mayor impedimento de los programas entregados a la comunidad es la inhabilidad de obtener retroalimentación del auditorio al que se dirige. Esto se debe a la confianza exagerada que se les dá a los medios masivos y otras estrategias que alcanzan a un gran número de personas pero que frecuentemente se limitan a transmitir mensajes permitiendo una retroalimentación inmediata solamente. Tal restricción puede incrementar la dificultad en la gente más necesitada de la audiencia. Existen otras dificultades, por ejemplo en términos de entendimiento y evocación de información, se sabe, de la investigación clínicamente orientada sobre la adherencia, que más de la mitad de la información presentada a los individuos en las locaciones del cuidado para la salud, es olvidada minutos después de haber sido la presentación (20).

ANALISIS Y DISCUSION

La presente investigación bibliográfica nos lleva a comentar los siguientes puntos:

La trascendencia de la labor del psicólogo dentro del sector salud en México se fundamenta ampliamente, (Kelly, 1977; Blackwell, 1979; Puente-Silva, 1979 Leventhal; 1982; Domínguez 1984, Ruiz de Chávez, 1984, López, 1985, Aberastury, 1986), para tareas que promuevan la adherencia terapéutica. Ya Puente-Silva, 1979 , de acuerdo con Franks y Wilson, 1979, menciona la importancia de la medicina institucional como una opción complementaria entre la medicina y las ciencias de la conducta y más específicamente en lo que respecta al problema del incumplimiento al tratamiento, pues la mayoría de las aportaciones hechas a este aspecto, han sido de la medicina general (Koltum y Stone, 1986), y que además, la falta de adherencia a las prescripciones médicas acarrear tantos problemas y dificultades a clínicas, hospitales, a los mismos pacientes y a su familia y a la economía del país, corroborando así la primera hipótesis.

Dentro de la literatura relacionada al incumplimiento al tratamiento, se mencionan las causas que le producen (Festinger y Carlsmith, 1959; Balis, 1978 Domínguez, 1984; Farber-

row, 1986) los problemas y desperdicios que ocasiona a los hospitales y a los mismos pacientes (Cicero, 1984, López; 1984; Ruiz de Chávez 1984) y aún los factores que decremen- tan y/o incrementan la adherencia terapéutica; sin embargo, sólo unos cuantos autores (Dunbar, 1979; Green, 1979 y Puente- Silva; 1979), refieren estrategias de intervención, rechazando así la segunda hipótesis.

Así mismo, se observó (Jores, 1981; Ulmer, 1984; López 1984), que los pacientes con enfermedades crónicas tales como cáncer, hipertensión diabetes, tienen más problemas para adherirse a los regímenes médicos, pues muchas veces se requiere de cambiar todo un estilo de vida y aún introducir reperto- rios conductuales que no se incluían en los suyos propios; así por ejemplo, después de un estilo de vida de fumar, llevar una vida sedentaria, malos hábitos alimenticios, beber alcohol en exceso, etc. alcanzando de esta manera una enfermedad cróni- ca, el médico pide entonces dejar de fumar, hacer ejercicio, llevar cierta dieta e incluso seguir cierta disciplina de horarios, toma de medicamentos y asistencia a citas médica, que hasta entonces no existía en su vida cotidiana. Además, en los pacientes crónicos obstaculizan el apegarse a las pres- cripciones.

Por otro lado, la comunicación con el paciente no puede mantenerse si no entiende el enfermo cierto vocabulario-

médico, por ejemplo, siguiendo un supuesto diálogo:

"Usted tiene una hipertensión esencial", diría el médico a su paciente. Tiene que tomar hidroclorotiazida b.id. para eliminar la retención de fluidos. Debe también, reducir su ingesta de sodio". "Gracias" diría el paciente sin entender realmente, o malentendido esa información, corroborando así la tercer hipótesis.

Por todo esto, se decidió elaborar programas o terapias que siguen a continuación (para hipertensos en esta caso). enfocados a aplicarse en nuestro país.

**PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PROPUESTO PARA LA ADHERENCIA
TERAPEUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS**

SESION I **Objetivo:** El terapeuta especificará las reglas a seguir al paciente para promover su participación activa y especificará las conductas a cambiar.

Técnica: Contrato Terapéutico. (Ver Pág. 23).

SESION II **Objetivo:** a) El paciente será capaz de observar sistemáticamente sus conductas problema, cuantificándolas y especificando los antecedentes y consecuencias de las mismas.

Y

III*

b) Anotará en un autoregistro, los días de sus citas próximas, las áreas de sus citas próximas, las áreas de su tratamiento en donde esté teniendo problemas y sobre todo si está tomando más de 2 medicamentos.

Técnica: Automonitoreo a través de autoregistros de papel y lápiz. (Ver. Pág. 21 y 22).

* A partir de esta sesión, se seguirá con esta técnica a lo largo del programa.

SESION IV Objetivo: Reducir reacciones emocionales de
Y angustia.
V Relajación. (Ver Pág. 20).

SESION VI Y Objetivo: El paciente será capaz de detectar
VII aquellos patrones de pensamiento erróneos
acerca de su enfermedad y tratamiento (y según
los resultados de los autoregistros), adqui-
riendo la capacidad de hablarse a sí mismo
y así controlar su conducta.
Técnica: Terapia Racional Emotiva. (Ver Pág. 21).

SESION VIII Objetivo: El terapeuta sugerirá alguna técnica
específica para algún área donde esté teniendo
más problemas el paciente (el que se le difi-
culte más) Por ej.: enviarlo a Weight Watchers
o a la Clínica de Tabaquismo.
b) Se darán algunos lineamientos para la ma-
nutención de la adherencia terapéutica. (Ver --
Pág. 23)

El programa cognitivo-conductual incluye una parte
de las ya probadas técnicas conductuales, tales como automoni-
toreo, y desensibilización sistemática y relajación, con la
diferencia de que en éste, se incluye además técnicas de rees-
tructuración cognoscitiva y técnicas que ayudan a reducir
las reacciones emocionales de angustia; todo dentro del mismo

programa, intentando así, algo más completo que el simple condicionamiento clásico.

Este programa requiere de un terapeuta entrenado oportunamente en técnicas cognitivo-conductuales quien funge como "titular" del programa, es decir quien proporciona la terapia completa y a quien los pacientes se dirigen principalmente; requiere también de un co-terapeuta que ayuda a entrenar a los enfermos al uso de los autoregistros, revisándolos a lo largo de la terapia.

Los autoregistros se elaboran de acuerdo a las necesidades del paciente y según su enfermedad (ver anexo 9A y 9B). Se decidió incluir ésta técnica pues la capacidad de una persona para controlar su peso, sus hábitos y costumbres, etc. ha demostrado ejercer una considerable influencia sobre la salud (42) además de que el desarrollo del control de las propias acciones de uno en ausencia de restricciones externas inmediatas, aplazar o renunciar a gratificaciones, soportar un dolor, regirse a uno mismo, suelen considerarse como características que definen a las personas inteligentes.

El terapeuta titular no profundiza en los problemas emocionales de ningún paciente en particular, sino en las reacciones emocionales que son más o menos generalizadas al

grupo en cuestión, refiriendo oportunamente a aquellos que presenten desviaciones emocionales más serias.

En cuanto a los recursos materiales, se necesita de una sala en la que se llevarán a cabo las terapias y en la que quepa el grupo constituido con un máximo de 15 pacientes y un mínimo de 10; lápices y hojas de autoregistro y un pequeño cubículo en el que se hace el contrato terapéutico de forma individual y se revisa, a manera de entrevista de primera vez, si se comprenden los requisitos de inclusión tales como:

1) Tener alguna enfermedad crónica. Evitando no incluir pacientes diabéticos en un grupo de pacientes hipertensos, por ejemplo, debido a que sus necesidades y áreas "problema" son diferentes.

2) Pertener a la Institución y seguir sus reglamentos (si es el caso).

3) Llevar una orden del médico que le confirme al paciente de la existencia de la clínica de adherencia terapéutica del hospital. (opcional).

4) Tener la edad estipulada por el terapeuta titular.

Duración aproximada de cada sesión: Una hora y media.

PROGRAMA PSICODINAMICO PROPUESTO PARA LA ADHERENCIA TERAPEUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS

Este tipo de enfoque requiere de una preparación profesional más especializada, pues sino se corre el riesgo de caer en lo que se le llama "análisis silvestre", (17) que no es más que la mala interpretación y aplicación de los preceptos técnicos de las teorías psicodinámicas y desviándose de los fines de ésta doctrina. Es importante señalar que ésta es una psicoterapia breve y de grupo y no un psicoanálisis propiamente dicho; se retoman algunos de los principios (como el aspecto no-consciente que está en juego), que el paciente no se percata de ellos y que están simbolizando algo, según la historia personal del paciente, no obstante se deben considerar las siguientes sugerencias:

1. Es necesario que el terapeuta esté informado en cada caso, sobre la enfermedad y tratamiento del grupo de pacientes que va a tratar, pues en ocasiones, las fantasías terroríficas superan en intensidad a los hechos reales.

2. Se debe considerar que la mayoría de los mecanismos de defensa están invadidos de angustia de muerte (desintegración).

3. Se deben considerar las fantasías de alteración de imagen corporal (bajar o subir de peso, etc.)

4. Poner atención a los "lapsus" que muestran muchas veces las fantasías de los pacientes. Como en aquella paciente referida por Aberastury (1), que iba ser operada: "...viene a otra sesión después de haber hablado con el cirujano, quien le explicó cómo es la operación y me dice: "la operación dura 5 horas". La terapeuta explica que el médico ya le había avisado que duraría 2 horas. El paciente prosigue: "y sin embargo él me explicó todo en 5 minutos". Es decir que el paciente siente que el médico considera su enfermedad menos grave que lo que la paciente piensa.

5. Revisar si los pacientes están utilizando mecanismos de defensa adoptativas ó no. Por ej:

Proyección: "El que está enfermo es el médico no yo"

Negación: Al no asistir ni a las sesiones ni a las citas con su médico ó "yo no puedo estar enfermo, me siento perfectamente"; Olvidar tomar su medicina, etc.

Intelectualización: "... yo tengo entendido que en estudios recientes se ha encontrado que ya es controlable la hipertensión con la intervención de...".

Racionalización: "Tal vez estoy enfermo debido a que mis abuelos ya habían padecido de hipertensión y quizá lo heredé".

- Identificación: "Me pasa siempre lo mismo que a mi madre".
- Formación Reactiva: "Adoro cuidarme, así que seguiré todas las indicaciones y más..."
- Desplazamiento: "Este médico me da rabia" (agresión de los padres al médico)

6. Estudiar la simbolización de los medicamentos que se están ingiriendo:

- Grageas = Fantasías de envenenamiento,
- Inyecciones = Agresión, Castigo
- Cápsulas = Fantasías de incorporar algo malo

7. En la medida en que en algunos pacientes la angustia motiva la regresión, se debe considerar si el no cumplimiento se debe a la ganancia secundaria que obtiene con su enfermedad.

8. Observar si realmente son necesarias más sesiones de las estipuladas o si sólo es manipulación por parte de los pacientes.

9. Revisar si son patológicas sus reacciones depresivas, de agresión, etc.

En este programa el terapeuta acuerda el número de

sesiones que considere idóneamente necesarias, refiriendo de forma oportuna a los pacientes con problemas emocionales severos.

Las interpretaciones psicodinámicas se hacen enfocadas a tener un alcance para el grupo y no para una persona en particular, y en caso de ser necesario, elaborarlas con la ayuda de los demás pacientes preguntando: "Usted que opina, Sr. X, de lo que le ocurre al Sr. Y. sobre su dificultad de acordarse de tomar su medicina?".

10.- De acuerdo con Allen (1945), dentro del presente programa, el terapeuta se interesa por los acontecimientos actuales, comprendiendo el presente del paciente mas que aquella sinuosa y sin fin tarea de descubrir lo que hubo en el pasado, pues de otro modo puede desviarse y hasta obstaculizar la labor de ayuda.

Los recursos materiales son: Una sala en la que se llevarán a cabo las sesiones con grupos de 10 a 15 pacientes y un cubículo donde se llevarán a cabo las entrevistas de primera vez de manera individual y una aplicación de pruebas tales como: MMPI, WAIS, RAVEN y Bender (variable); y revisando los requisitos de inclusión:

1. Tener alguna enfermedad crónica.

2. No tener problemas emocionales a nivel orgánico de problemas serios como psicosis, depresión profunda, etc. (según los resultados de las pruebas).

3. El 2), 3) y 4) del programa anterior.

Duración aproximada de cada sesión: Una hora y media.

Número de sesiones: Las que considere necesarias el terapeuta titular.

**PROGRAMA EDUCATIVO PROPUESTO PARA LA ADHERENCIA TERAPEUTICA
DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE HIPERTENSION**

- SESION I.**
- 1.- Evaluación de autoregistros (1)
 - 2.- Diaporoma "Estructura de la personalidad"
 - 3.- Diaporoma "Generalidades de la hipertensión"
 - 4.- Dinámica de grupo.
- SESION II.**
- 1.- Evaluación de autoregistros
 - 2.- Diaporoma "Qué causa la hipertensión?"
 - 3.- Diaporoma "Mecanismos de Defensa (Generalidades)"
 - 4.- Dinámica de Grupo
- SESION III.**
- 1.- Evaluación de autoregistros
 - 2.- Diaporoma "El peligro de la automedicación"
 - 3.- Diaporoma "Enfermedad crónica"
 - 4.- Dinámica de grupo
- SESION IV.**
- 1.- Evaluación de autoregistros
 - 2.- La ausencia y presencia de síntomas en la hipertensión" (Diaporoma)
 - 3.- Diaporoma: "Lo que hay que saber sobre las dosis"

1. Los autorregistros utilizados dentro de este programa son los mismos que del programa cognitivo conductual.

4.- Dinámica de grupos

SESION V.

- 1.- Evaluación de autoregistros
- 2.- Diaporama: "Cumplimiento al tratamiento"
- 3.- Diaporama: "Efectos secundarios del medicamento hipertensivo".
- 4.- Dinámica de grupo

SESION VI.

- 1.- Evaluación de autoregistros
- 2.- Diaporama: "Stress-Tensión; Angustia-Depresión"
- 3.- Diaporama: "Consecuencias de no seguir el tratamiento al pie de la letra"
- 4.- Dinámica de grupo

SESION VII.

- 1.- Evaluación de autoregistros
- 2.- Diaporama: "Acertividad-Motivación"
- 3.- Diaporama: "Estilos de vida - Hábitos"
- 4.- Dinámica de grupo

SESION VIII.

- 1.- Evaluación de autoregistros
- 2.- Diaporama: "Ideas irracionales y conducta"
- 3.- Diaporama: "Miedo al cambio (éxito)"
- 4.- Dinámica de grupo

*NOTA: Para los textos de algunos diaporamas, ver los ejemplos en los anexos.

Este programa incluye temas médicos y psicológicos que ayudan al paciente a manejar información que hasta entonces carecía y que ayudan a una mejor comunicación entre su médico y él, pues en ocasiones sucede lo que pregona el dicho popular: "Mata más pronto la incertidumbre que la enfermedad".

Los pacientes deben, por supuesto, saber sobre la seriedad de su enfermedad, pero las tácticas de "espantar" a los pacientes, no son suficientes.

En el programa educativo se decidió introducir el uso de autoregistros debido a que se consideró de utilidad para la retroalimentación, tanto para el paciente como para el terapeuta, y para fomentar la concordancia entre la información que se está recibiendo y lo que se hace, así como para evaluar la eficacia del programa. (Ver anexo 9(A) y 9 (B))

La dinámica de grupo se incluyó debido a que en estudios anteriores (Green, 1986), se observó que los programas educativos no estaban siendo efectivos porque no se obtuvo una retroalimentación posterior de la audiencia a la que se dirigía. En estas dinámicas se discuten brevemente las dudas y aportaciones sobre los diaporamas vistos, cuidando de no desviarse de los temas tratados y, de ningún modo, tratar problemas particulares de ningún paciente.

Los requerimientos materiales son: Una sala para 15 personas; un cubículo para revisar los requisitos de inclusión (que son los mismos que del programa cognitivo-conductual); un proyector, diapositivas (que contendrán imágenes concretas y sencillas además de representativas de los temas); hojas de autoregistro y lápices.

Revisar aquellos conceptos tales como: generalización de estímulo (Anexo 2); efecto inhibitor (anexo 6); efecto modelador, (anexo 8), etc. mencionados anteriormente que pueden facilitar el aprendizaje.

En este tipo de programas, la teoría asociacionista como marco teórico, es más recomendable, pues como ya se mencionó, (Klausmer, 1977, Anderson, 1977, Moully, 1978), facilita el cambio de conducta y la formación de hábitos.

Duración aproximada de cada sesión: Una hora y media.

En resumen se considera conveniente realizar una lista de todos los pasos o fases necesarios de los tratamientos médicos y realizar un entrenamiento adecuado que facilite la aplicación de los programas y que cada uno de ellos fomente una independencia posterior del paciente, siendo él mismo su propio "supervisor".

A pesar de que cada modelo ó aproximación psicológica posee principios y características útiles para la elaboración de programas de adherencia terapéutica, es necesario reconocer que el enfoque cognitivo-conductual y educativo para la salud aportan niveles altos de eficacia-eficiencia, pues por su fácil aplicación y poco consumo de tiempo (ocho sesiones de hora y media cada sesión) resultan de bajo costo y de un alto beneficio para la clínica u hospital. Además de contar con una serie de técnicas que abarcan varios aspectos del enfermo tales como el cognoscitivo, conductual y el emocional, aunque éste último no tan profundamente como en el enfoque psicodinámico. Resultan también más prácticos y útiles para cualquier tipo de pacientes.

En cambio, el programa psicodinámico considero que sería poco práctico en hospitales estatales de nuestro país, donde la asistencia de pacientes es cada vez mayor y que requiere de un entrenamiento largo por parte de los terapeutas y además, sería útil sólo para aquellos pacientes que tuvieran

un tipo de pensamiento más abstracto para comprender y asimilar las simbolizaciones y analogías que las interpretaciones del terapeuta propone.

Además, la aplicación de diversos tests psicológicos hace que se consuma más tiempo, pues, incluso el terapeuta tiene que estipular el número de sesiones que podrían ser mayores a las acordadas en los otros programas propuestos.

Lo anterior hace que sus niveles de costo-beneficio se disparen, aún cuando su eficacia-eficiencia se mantenga dentro de un nivel aceptable.

Por otro lado, la investigación sobre la adherencia terapéutica ha aportado más en lo referente a las teorías cognitivo-conductuales y de educación para la salud y su contribución es más rica en cuanto a la variedad de técnicas utilizadas, quizá debido a su aspecto práctico ya referido.

Una de las limitaciones a las que se enfrentó el presente estudio fué el que la mayoría de la poca literatura específica a la adherencia terapéutica está en otros idiomas diferentes al español y es muy difícil apoyarse en estudios realizados con otras poblaciones y culturas distintas a la nuestra.

Por lo tanto, se sugiere que se realicen investigaciones en nuestro país que sea relevante considerando aquellos variables que puedan ser de peso dentro de nuestra cultura, tales como el socio-económico, tipo y gravedad de enfermedad, edad del paciente, etc., en formas en las que se puedan observar con mayor claridad las relaciones entre lo que el paciente hace y lo que requiere, para obtener una mayor confiabilidad de factores para tomarse en cuenta en la elaboración de programas de adherencia terapéutica.

De acuerdo a Kelly, 1979, sugiero que en la elaboración de cualquier psicoterapia, independiente de su enfoque, haga sentir al paciente que tiene un aliado: el terapeuta y que esta enfocado a enfrentar el problema conjuntamente, bajo circunstancias en las que ambos están expuestos a cometer errores ocasionales, tratando de entender lo que el paciente propone y ayudarlo a entender el problema, donde nace es el "Jefe!", sólo así será un esfuerzo sinceramente genuino.

REVISION DOCUMENTAL

- 1.- Aberastury, A. El Psicoanálisis de niños. Ed. Paidós Mexicana, S.A. México, (1986), 13-78.
- 2.- Anderson, R. & Gerald, F., Psicología educativa. Ed. Trillas Méx. (1977).
- 3.- Attali, J., "La Medicina en acusación", El futuro de vida, Barcelona, España, Ed. Planeta (1982), p.p. 215-227.
- 4.- Balis, G.U., Contractual aspects of the doctor-patient relationship, en The Behavioral and Social Sciences and Practice of Medicine. Ed. Balis, G.U., Butterworth Pub. Inc. (1978) p.p. 341-368.
- 5.- Blackwell, B., Treatment adherence, British Journal of Psychiatry, 129, (1976) p.p. 513-531.
- 6.- Brandy, L.W., Studies of dropout patients in psychotherapy: A review of findings. En Psychotherapy theory, research, and practice, 2, (1965). p.p. 6-12
- 7.- Cicero, R., "Implicaciones y repercusiones para el paciente neumológico de la falta de cumplimiento a su tratamiento", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México (1984).
- 8.- De la Garza, T.B., "Una aproximación psicoanalítica a los trastornos psicofisiológicos"., en Revista de la sociedad Psicoanalítica de México A.C.: GRADIVA Vol.

- 1 (3) México, (1980), p.p. 217-227.
- 9.- Domínguez, T.B., "Contribuciones de la investigación en psicología terapéutica", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, (1984).
- 10.- Dunbar, J. M., et. al. "Behavioral Strategies for Improving Compliance". Compliance in Health Care, The Johns Hopkins University Press Baltimore & London (1979) p.p. 174-189.
- 11.- Ellis, A., Abrahams, E., Terapia Racional Emotiva, Traducción: Haroldo Dies. Ed. Pax-México, México (1983) Cap. 1, 2, 3, 6, 7 y 10.
- 12.- Fenichel, Otto, "Teoría psicoanalítica de las neurosis" Ed. Paidós, Argentina 1979, p. 507-518.
- 13.- Festinger, L., Carlsmith, J.M., Cognitive consequences of forced compliance Journal of Abnormal and Social Psychology (58) (1959), p.p. 203-210.
- 14.- Farberow, L.N., "Negative and positive compliance in relations to indirect and direct suicide", The Journal of Compliance in Health Care Vol. 1. N. 1, (1986).
- 15.- Franks & Wilson, "Behavioral Medicine", Behavioral Therapy, Theory and Practice, Vol 7. (1979) p.p. 365-387.
- 16.- Freud, A., El Yo y los mecanismos de Defensa, Ed. Paidós, Buenos Aires, (1979).

- 17.- Freud, S., "Análisis Silvestre"; "El Yo y el Ello"; "Duelo y Melancolía", Obras Completas; Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, España, p.p. 1571-1574. (1910); 2701-2721 (1923); 2091-2100 (1915-1917).
- 18.- Gaitán González, R. "Psicoanálisis y Cambio de formaciones de la Sociedad contemporánea al Concepto de Salud". Trabajo leído en el IV Congreso Nacional de la Sociedad Psicoanalítica de Méx. A.C. México, D.F. Octubre (1980).
- 19.- González, F.A., "Asma, internación y fantasías de petrificación", en Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México, A.C.: GRADIVA Núm. 1 Vol. 1, (1980), p.p. 27-41.
- 20.- Green, L.W. "Educatonal Strategies to improve complianc with therapeutic and preventive, regimens: The recent evidence". En R.B. Hagnes, D.W. (1979).
- 21.- Haynes, N.S., "Self-monitoring" Principles of behavioral assesment, Gardner Press, New York, (1984), p.p. 293-311.
- 22.- Hartman; H., El psicoanálisis y el concepto de Salud. Ensayos sobre psicología del yo. Ed. Fondo de Cultura Económica. México (1969), p.p. 17-29.
- 23.- Inhelder, B., Aprendizaje y Estructuras del conocimiento; Ed. Morata, Madrid, (1975).
- 24.- Jores, A., La medicina en la crisis de nuestro tiempo, Ed. Siglo XXI, México, (1981).

- 25.- Karchmer, S., "Implicaciones y repercusiones para el paciente ginecoobstétrica por la falta de cumplimiento a su tratamiento", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, (1984).
- 26.- Kelly, G.A. "Personal construct theory and psydrotherapeutic interview" "Cognitive therapy and research". Vol. 1. No. 4. New York (1977) p.p. 355-362.
- 27.- Klausmeier, G., Psicología educativa: Habilidades humanas y aprendizaje; Ed. Harla. (1977)
- 28.- Koltum, B.A., & Stone, G., "Past and current trends in patients noncompliance research: Focus on diseases, regimens-programs and provider-disciplines." The Journal of Compliance in Health Care, Vol. 1. No. 1 (1986).
- 29.- Lazarus, A.A., Terapia Conductista: técnicas y perspectivas. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina, (1980), p. 15-29.
- 30.- Leventhal, H., "Wrongheaded Ideas about illness", en Psychology Today Magazine, Vol. 16 No. 1, New York, (1982) p. 48.
- 31.- López Isaias, M., "La psicoterapia como parte del tratamiento global del menor canceroso", Revista Salud Mental I.M.P.S.S.A. Vol. 8 (3) Sept. (1985) p.p. 8-14.
- 32.- López, R.A. "Implicaciones y repercusiones para el paciente oncológico por falta de cumplimiento a su tratamiento", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, (1984).

- 33.- Mc. Dill, M.S., Compliance in health-seeking behavior, en The Behavioral and Social Sciences and Practice of Medicine, Ed. Balis, G.U., Butterworth Pub. Inc., (1978), p.p. 465-477.
- 34.- Morisky, D.E., "Nonadherence to medical recommendation for hypertensive patients: Problems and potential solutions", The Journal of Compliance in Health Care, Vol. 1. No. 1. 1986, p.p. 5-20.
- 35.- Mouly, G. Psicología para la Enseñanza, Ed. Interamericana, México, (1978).
- 36.- Puente-Silva, F., "Adherencia Terapéutica" (1979) (mimeografiado).
- 37.- Puente-Silva, F., "Consideraciones Generales sobre Terapia Conductual", Revista Salud Mental, I.M.P.S.S.A. Vol. 6 No. 1 México, (1983).
- 38.- Puente-Silva, F., "¿Qué es adherencia Terapéutica?", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México (1984).
- 39.- Puente-Silva, F., Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México, "prefacio" Editor: Federico Puente-Silva, México, (1985). Laboratorios Lepetit.
- 40.- Rimm y Masters. Terapia de la conducta, Ed. Trillas México, (1982).

- 41.- Ruiz de Chávez, M., "Implicaciones de la falta de cumplimiento terapéutico para el Sector Salud", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, (1984).
- 42.- Thorensen y Mahoney, Auto Control de la conducta. Ed. Fondo de Cultura Económica, México (1986).
- 43.- Ulmer, R.A., "Improving patients compliance to medical regimens: Practical Specifics for: Clinical research and teaching consultation applications", Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, (1984).
- 44.- Zorrilla, y F., Documentos Base: Congreso Nacional de Investigación Educativa "Proceso enseñanza-aprendizaje" y "educación formal y no formal" Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (Conacyt) México, (1981).

A N E X O S

SESION 1

TEXTO PARA EL DIAPORAMA: "Generalidades de la hipertensión"

Definición.- Es un aumento de la presión arterial que ocasiona malestar generalizado el cual consiste en dolor de cabeza, zumbido de oídos y/o visión borrosa.

La presión arterial consiste en la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias y la fuerza que éstas ejercen sobre la sangre.

Presión arterial máxima.- Esta es la presión que la sangre ejerce sobre las arterias y está dada por la fuerza de contracción del corazón (que generalmente se le llama presión sistólica).

Presión arterial mínima.- Es la que ejercen las paredes arteriales sobre la sangre como consecuencia de la distensión (torcedura) que sufren los vasos sanguíneos (generalmente se le llama presión diastólica).

La medición de la presión arterial se puede hacer por diversos métodos. El más común utiliza un aparato denominado baumanómetro y un estetoscopio.

Se diagnostica hipertensión cuando en dos o más mediciones de la misma se detectan cifras elevadas de la presión diastólica (mayor de 110 mmHg).

SESION III

TEXTO DEL DIAPORAMA: "Enfermedad Crónica".

Por definición, la enfermedad crónica es aquella que dura más de seis meses.

Una enfermedad crónica pocas veces se cura, sin embargo, la mayoría de las veces se controla y el paciente tiene una vida normal.

En una enfermedad crónica, la sobrevida depende de su control por diferentes métodos: farmacológico (medicinas), dietético (comer sólo aquello que le indique el médico) y ambiental (es decir evitar aquellas situaciones que no son benéficas para el paciente crónico como por ej. no dormir lo indicado, fumar en exceso, hacerle caso a los "amigos" y no al médico, etc.).

Es importante que el paciente aprenda a conocer los síntomas característicos de su enfermedad los efectos colaterales y secundarios de los medicamentos que utiliza para, en caso necesario informarle al médico que lo trate si hay alguna alteración o cambio.

El ajuste de los medicamentos, es decir, el aumento o disminución de los mismos, deberá hacerse únicamente por el médico en base a la información clínica y en base a la información que da el paciente al médico.

NOTA: El terapeuta promueve la intervención del grupo en la dinámica, pidiendo ejemplos de otras enfermedades crónicas y de enfermedades que no sean crónicas en caso de que las sepa y si no dar algunos ejemplos.

SESION IV

TEXTO PARA EL DIAPORAMA: "Lo que hay que saber sobre las dosis".

El médico prescribe o receta la cantidad y frecuencia de medicamento que el paciente debe tomar en base a diferentes factores: a) Severidad del cuadro clínico, es decir, la gravedad de los síntomas que presente el paciente, b) características de la enfermedad; c) características farmacológicas del medicamento, es decir si la medicina no contiene sustancias que pudieran ser dañinas en lugar de benéficas para el paciente y d) interacciones farmacológicas con otros medicamentos, es decir, si la medicina no "choca" con otra que esté tomando el paciente.

Existen diferentes tipos de dosis: a) dosis agudas; que se administran en las fases agudas de la enfermedad o cuando se pasa de la forma crónica a la aguda. b) Dosis de mantenimiento, se administran, en caso necesario, para evitar recaídas (agudización de la enfermedad); c) No medicación: En algunas ocasiones el médico decide que los efectos colaterales son mayores que los posibles datos clínicos que aún presenta el paciente, o como dice el dicho: "la cura sale

peor que la enfermedad" o agrava la sintomatología en estos casos se puede suspender el medicamento, pero sólo bajo la indicación del médico.

La toma de dos o más medicamentos puede ser necesaria en ocasiones, esto puede originar que los efectos colaterales aumenten, si esto ocurre se deberá avisar al médico antes de reducir la dosis.

La frecuencia de toma de medicamento no debe cambiarse pensando que da lo mismo tomarlos juntos que por separado, pues la toma de una dosis mayor a la prescrita o recetada aumenta los efectos colaterales y modifica su función.

La toma de medicamentos en dosis menores a las recomendadas llevan a una falta de control del cuadro clínico (de la enfermedad) y en ocasiones a una resistencia o tolerancia al efecto terapéutico.

SESION V

TEXTO PARA EL DIAPORAMA: "Efectos secundarios o colaterales del medicamento hipertensivo".

¿Qué tipo de medicina estamos tomando?

Diuréticos: Aumento del ácido úrico, aumento de glucosa (azúcar en la sangre) y baja de potasio; el paciente siente dolores en articulaciones y muscular, debilidad, cansancio, temblores musculares.

Agentes antihipertensivos:

Metildopa.- Sedación, depresión, hipotensión postural (baja brusca de la presión arterial por un cambio brusco de posición ej. de estar acostado, levantarse rápidamente), boca seca, constipación nasal.

Clonidina.- Sus efectos son poco comunes: náuseas y erupciones.

Guanetidina.- Hipotensión postural (que se agrava con el alcohol o el ejercicio) diarrea debilidad retención

de líquidos, inhibición de la eyaculación.

Reserpina.- Sedación, puede precipitar crisis depresivas, rigidez muscular y temblor, ruidos abdominales, diarrea, aumento del apetito y retención de líquidos.

Propranolol.- Este medicamento está contraindicado en pacientes asmáticos.

Por todos esos efectos que nos producen el tomar la medicina para la presión, muchas veces pensamos que no sirven y se nos hace fácil dejar de tomarla, sin pensar que las consecuencias pueden ser todavía peores, que los simples mareos o náuseas que pueda provocarnos la medicina que estamos tomando.

Si realmente es molesto el tomar los medicamentos que el médico nos indicó, lo que podemos hacer es consultarle si hay alguna otra forma que nos ayude a soportar, los efectos ó en todo caso; lo que podemos hacer es sentarnos y reflexionar si realmente son los efectos productos del medicamento o de nuestra imaginación.

ANEXO 5

SESION VI

TEXTO PARA DIAPORAMA: "Consecuencias de no seguir el tratamiento al pie de la letra"

La sobrevida después de diagnosticar la enfermedad depende de la medicación oportuna y continua.

La hipertensión es una enfermedad que pocas veces se cura, más bien se controla.

El control se puede hacer por diferentes métodos: farmacológicos (medicamentos), dietético (evitar la sal, no comer en exceso, etc.), y psicológico. De los anteriores el más importante es el farmacológico, no obstante se deben tomar en cuenta los otros dos para un mejor resultado de todo el tratamiento.

Existen etapas de la enfermedad en las que se necesitan dosis altas de medicamentos para poder controlar la presión arterial. Tan pronto como ésta se controla se establece una fase de mantenimiento. Es decir que, ya que se controló, se seguirá tomando medicina aún cuando ya no haya molestias.

Las consecuencias de la inadecuada administración de las medicinas, son principalmente en: A) Sistema Cardiovascular.- Las complicaciones a este nivel son crecimiento del corazón, insuficiencia cardiaca; formación de coagulos de sangre (trombos), crecimiento de la aorta; trombo-embolias. B) Riñones.- Insuficiencia renal crónica. C) Sistema Nervioso.- Confusión mental, crisis convulsivas, demencias. Por lo anterior, se requiere de que el paciente e apegue al pie de la letra a lo que el médico le sugiera o señale, pues de otro modo, nos agravaremos, nos costará más las nuevas complicaciones y también es importante no hacer aquello que haya dicho el médico como no comer sal, no hacer ejercicio, etc.

SESION VII

TEXTO PARA EL DIAPORAMA: "Hábitos-Estilos de Vida"*

El hombre es sin duda una criatura de hábitos por excelencia, ya que gran parte de su conducta se haya controlada por ellos. Este fenómeno facilita el desenvolvimiento de la existencia humana. Imagine en qué complicaciones caeríamos si nos viéramos obligados a razonar detalladamente sobre la forma de hacer todos y cada uno de los pequeños actos que forman la vida cotidiana. En esta situación no terminaríamos ni la centésima parte de nuestras labores.

En el transcurso de un día cualquiera estamos dispuestos a ejecutar una infinita cantidad de acciones, la mayoría de las cuales, con el tiempo y la práctica, se han ido convirtiendo en una rutina que no requiere reflexión ni decisión. Consideramos por ejemplo, el proceso de vestirnos y efectuar el aseo personal matutino: dicha conducta, aunque aparentemente simple, se subdivide en miles de pequeños movimientos que llevamos a cabo sin darnos cuenta en un 95 por ciento. Primero nos ponemos un zapato, luego el otro invariablemente de la misma manera, la colocación de las demás prendas sigue siempre la misma secuencia de movimientos, repetida durante años de un modo determinado, sin darnos cuenta y tan

automáticamente que sería difícil si intentáramos describirlo. Aún en la forma de cepillar los dientes nos apegamos a un patrón de conducta que prácticamente se ha convertido en un verdadero rito, cuyos detalles no alcanzamos a conocer ni comprender puesto que no nos percatamos de ello. Esto representa una ventaja, ya que de otra manera sería tiempo perdido en tomar decisiones de poca importancia. Desgraciadamente, la utilidad de los hábitos puede desvirtuarse con el tiempo y llegar a involucrar no sólo actividades insignificantes sino también muchas de las más trascendentes, como por ejemplo la relación entre esposos. Es común que con el paso de los años se convierta en una rutina y por eso pierda su atractivo y significado. Del mismo modo las diversiones se convierten en hábitos no deseados como comer "botanitas" mientras se ve el partido de fútbol o las comedias; con ello, su vida adquiere gradualmente un aspecto monótono e improductivo. Si nuestra mente fuera comparable con una computadora, los hábitos equivaldrían a las "tarjetas", que se introducen para producir determinadas reacciones ¿qué ocurre cuando intentamos colocar una tarjeta nueva sobre la antigua? Frecuentemente la primera logra imponerse, obstaculizando a la segunda. Desde tal punto de vista, reconocemos que en cierto modo y hasta cierto grado somos víctimas de nuestros hábitos, sobre

* Basado en el libro: "Cómo controlar la mente y la conducta" de Maurice Nelligan Ed. Diana.

todo de aquellas que tienen mayor antigüedad. Por eso el alcohólico sufre para abandonar la bebida o el fumador para dejar el cigarrillo, aunque de ningún modo imposible, les cuesta trabajo lograrlo. Por lo anterior es importante siempre inculcar desde edades muy tempranas costumbres más positivas que le servirán para el resto de su vida y que no será necesario transformar después. Como adultos, debemos intentar "inhibir" aquellas conductas que nos provocan problemas y que ya se han convertido en hábitos negativos para nuestra salud y para nuestra vida en general sin dejarnos invadir por la "resistencia al cambio" diciendo: "más vale malo por conocido.". sino tratar de elevar nuestro estilo de vida con nuevos hábitos más positivos.

ANEXO 7

SESION VIII

TEXTO PARA DIAPORAMA: "Miedo al cambio (éxito)*"

Porqué nos resulta tan difícil conseguir lo que queremos en la vida y luego, con frecuencia, somos incapaces de conservarlo? El miedo al éxito, a cambiar ya se ha vuelto una enfermedad tan universal como puede ser el resfriado común. Quizá parezca ridículo pero todos nosotros queremos que el éxito sea cada vez mayor. Esta "fobia" tan real por el éxito actúa no sólo en aquellas personas que se esfuerzan por conseguirlo, sino también en los que ya están absolutamente situados dentro del éxito.

El miedo al éxito puede atacarnos en momentos determinados de nuestras vidas, o bien puede constituir una situación permanente. Afecta tanto al hombres como a mujeres y niños, sin discriminación de clase social ó económica. Casos típicos son los que abandonan la Universidad, la insoportable embarazada (porque ella no quería), las parejas que se divorcian y pudieron evitarlo, el perezoso, etc. A veces, sabotamos sindarnos cuenta las ocasiones en que se nos presentan para

* Basado en el libro: "Superando el miedo al éxito" de Martha-Fredman. Lasser Press.

obtener el éxito en la escuela, en el trabajo, con nuestros amigos y con nosotros mismos. La situación familiar es uno de los determinantes más importantes del éxito, que nos producen ciertos miedos que quedan escondidos a lo largo de la vida y que nos impiden cambiar para lograr lo que queremos. por ej. En una lista para completar la frase: "No merezco el éxito porque...", las respuestas con frecuencia son: Porque ha sido más fácil para mí todo y muy duro para mi hermana" Porque mi marido no tiene éxito, porque fui la consentida de mi madre y ahora estoy pagando por ello", porque me apartaría de mi familia y amigos", "Porque otras personas merecen más que yo", porque no sé ni lo que estoy haciendo", Porque mi padre triunfó en grande y no podría competir con él", "Porque nadie me apoyó nunca", Porque siempre tuve problemas con mis padres", "Porque siempre he dicho mentiras de lo que pienso y hago". Ahora es su turno: "No merezco el éxito porque..."

ANEXO 8

SESION II

TEXTO PARA EL DIAPORAMA: "Mecanismos de Defensa (Generalidades)".*

Cualquier persona cuenta con los recursos psicológicos que tienen la función de ayudar a las personas a manejar sus tensiones y necesidades emocionales.

Estos mecanismos o recursos psicológicos ayudan a la adaptación de las personas a experiencias que les resulten dolorosas o molestas, por ejemplo: "si a una mujer que va en la calle se le acercan unos hombres para asaltarla y golpearla, esta mujer puede desmayarse y así hacer creer al asaltante que la mató o que le hizo algún daño grave y huir. En esta mujer su desmayo o mecanismo de defensa le sirvió para ahuyentar al asaltante.

Cuando se hace abuso de estos mecanismos de defensa se dice que son ineficaces, por ejemplo: si una señora que por el más leve problema, se desmaya, con el tiempo, ya nadie le hará caso y tampoco ésto le servirá para acabar con su angustia.

* Basado en: "Problemas psicológicos más frecuentes en la mujer" de Sousa M.A. (1984).

Se dice que es eficaz el uso de los mecanismos de defensa cuando son capaces de disminuir la angustia que tenía la persona y además le puede proporcionar cierto bienestar como por ejemplo: la mujer que es obsesiva por la limpieza, seguramente tendrá a su marido y a sus hijos contentos por ser así, y a la vez esta obsesión le sirve para calmar su angustia.

¿Qué mecanismos estará Ud. utilizando en relación a su enfermedad?.

CALENDARIO DE CITAS Y MEDICACION

S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	28	30	31

Medicación

Citas:

hora y

lugar.

- 1.- Usted tiene _____. Es muy importante que recuerde que tiene que tomar su _____ cada día. Trate de no dejar de tomarlo ni un solo día.
- 2.- Este es u Calendario de Citas y Medicación. Este le ayudará a recordar cuándo tomar su medicina. También le ayudará a recordar dónde y cuándo reunirse con las personas que le ayudarán con su salud.
- 3.- Conserve este calendario en su bolsa (o en su saco) todo el tiempo. Si lo pierde, díganos y le daremos otro.
- 4.- Este calendario es para el mes de _____. Al final del mes le daremos un calendario para el próximo mes.
- 5.- Cada día al tomar su medicina ponga su inicial en el día correspondiente. Poniendo sus iniciales no sólo le ayudará a recordar si ya tomó o no su medicina sino también le ayudará a saber que días no debe tomarla.
- 6.- Siempre lleve este calendario consigo, cuando venga a _____ y muéstrselo a _____. De este modo sabremos si ha tenido problemas para tomar su medicina o asistido a sus citas y así poder ayudarle.

Este calendario y el siguiente está basado en los autoregistros utilizados en el Non Compliance Institute de los Angeles, a cargo del Dr. Ulmer. (43) Sirve principalmente para pacientes que tienen hipertensión y que requieren de citas frecuentes con su médico y toma diaria del medicamento.

CALENDARIO DE MEDICACION

Instrucciones para el desayuno:	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Medicamento con el desayuno: 1 blanca + 1 azul + 2 rojas																															
10:00 a.m. 1 amarilla + 1 azul																															
11:00 a.m. 1 anaranjada																															
Instrucciones para la comida:																															
Medicamento con la comida: 2 blancas + 1 azul	S	D	L	M <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th>	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
3:00 p.m. 2 amarillas																															
4:00 p.m. 1 azul																															
Instrucciones para la cena:																															
Medicamento con la cena: 2 blancas + 1 azul	S	D	L	M <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th>	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
8:00 1 azul																															
9:00 2 amarillas																															
Instrucciones para la hora de dormir:																															
Medicación a la hora de dormir: 1 azul + 1 blanca + 1 amarilla	S	D	L	M <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>L</th>	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Este autregistro sirve para aquellas personas que toman más de un medicamento al día y en varias ocasiones ya sea con el desayuno y la comida, la cena o a la hora de dormir.