

Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento

Luisa Andrea Castro Díaz



Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Documentos de investigación núm. 25 / Septiembre de 2018
ISSNe: 2500-6428



Universidad del
Rosario

Documento de investigación núm. 25

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE
LAS CINCO DIMENSIONES DE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO

Luisa Andrea Castro Díaz



Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento / Luisa Andrea Castro Díaz.
-- Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018
xii, 45 páginas. -- (Documentos de investigación, 25)
Incluye referencias bibliográficas.

ISSNe: 2500-6428 (pdf)

Médico y paciente -- Cuidado y tratamiento / Mente y cuerpo -- Cuidado y tratamiento / Salud mental / Autocuidado en salud / Salud pública – Aspectos sociales / Enfermedades / Automedicación / I. Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud / II. Observatorio del Comportamiento de Automedicación. / III. Título / IV. Serie

362.1. SCDD 20

Catalogación en la fuente -- Universidad del Rosario. CRAI

SANN

agosto 29 de 2018

Editorial Universidad del Rosario
Observatorio del Comportamiento de Automedicación
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Luisa Andrea Castro Díaz

Todos los derechos reservados
Primera edición: septiembre de 2018
ISSNe: 2500-6428
Diseño y Diagramación: Fredy Johan Espitia Ballesteros
Corrección de estilo: Claudia Ríos

Hecho en Colombia
Made in Colombia

Para citar esta publicación: Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud.

Contenido

Introducción	7
Preguntas de investigación.....	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
Resultados	11
Adherencia	11
Las cinco dimensiones interactuantes de la adherencia.....	14
Dimensión 1: Factores socioeconómicos	15
Dimensión 2: Factores relacionados con el paciente	16
Dimensión 3: Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria	22
Dimensión 4: Factores relacionados con el tratamiento.....	27
Dimensión 5: Factores relacionados con la enfermedad.....	28
El papel del psicólogo de la salud en la adherencia al tratamiento	29
Conclusiones	31
Referencias.....	37

Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento

*Luisa Andrea Castro Díaz**

Resumen

La pérdida de la salud constituye uno de los aspectos de mayor impacto en el bienestar humano. Actualmente llama la atención el hecho de que a pesar de que hay mayor cobertura y calidad en los servicios de salud, los índices de las enfermedades crónicas aumentan, generando repercusiones significativas en los niveles individual y colectivo. Con base en este panorama, surge un marco explicativo asociado al concepto de adherencia al tratamiento, sobre el cual recientemente se ha fijado un interés considerable. El principal objetivo consistió en realizar una revisión de la literatura científica, con el fin de actualizar y profundizar conceptualmente el constructo de adherencia al tratamiento y sus cinco dimensiones. Teniendo como base conceptual la clasificación hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se revisó información del periodo 2003 al 2017, que abordara los temas centrales de la investigación. Se actualizaron los elementos transversales de la adherencia al tratamiento y sus cinco dimensiones. Así mismo se complementó la noción de este concepto con aspectos clave no tenidos en cuenta hasta el momento. El análisis de la información agregó contenido relevante sobre las dimensiones compuestas por factores modificables, ligados directamente al campo de acción de la psicología de la salud y su papel fundamental en los diferentes espacios de atención en salud. Lo anterior permite

* Psicóloga de la Universidad del Rosario. Afiliado al Observatorio del comportamiento de Automedicación. Correo electrónico: ps.luisa97@gmail.com

brindar un insumo que lleve a optimizar los programas orientados a promover e intervenir en la mejora de las conductas adherentes de las personas.

Palabras clave: Psicología de la salud, adherencia al tratamiento, factores psicosociales, paciente, sistema de salud, tratamiento, enfermedad, automedicación.

Abstract

Health loss is one of the aspects that have a major impact on human well-being. Nowadays, in spite of more insurance coverage and an improved quality in health services, diseases rates are increasing, generating significant repercussions at the individual and collective levels. An explanatory framework for these phenomena is now emerging, associated to the concept of adherence, and considerable interest has been focused recently on this. The main purpose of this study was to conduct a review of the scientific writing on the matter, aimed at updating and conceptually deepening the construct of “adherence to treatment” and its dimensions. Taking as conceptual basis the classification established by the World Health Organization (WHO), the scientific literature published between 2003 and 2017 was screened to address the core issues of this research. An updating of the elements associated to adherence to treatment and its dimensions was made. Likewise, the notion of this concept was complemented with key aspects that had not been taken into account previously. This analysis added relevant content about the dimensions associated to modifiable factors, factors that are linked directly to the health psychology field of action and to its fundamental role in the different areas of health care. These findings provide relevant information leading to an optimization of the programs aimed at promoting and intervening towards the improvement of the individuals’ adherence behavior.

Keywords: Health psychology, adherence to treatment, socio-economic factors, patient, healthcare system, treatment, illness, self-medication.

Introducción

Las enfermedades crónicas son catalogadas como un tema de amplio interés social y político, en la medida en que son las principales fuentes de deterioro, tanto en la calidad de vida de las personas como en la solvencia económica de las sociedades, dejando a su paso una saturación notable en los sistemas de salud y con esto, el reto de implementar acciones viables de control sanitario (Varela, 2010; Zullig et al., 2015). Así mismo, los índices de estas enfermedades van en aumento, a pesar de los esfuerzos a nivel regional e internacional por buscar políticas de cobertura y calidad en los servicios de salud; situación que fomenta una precariedad en la prestación de estos servicios y obstruye la posibilidad de cumplir con los estándares básicos en salubridad (Sabaté, 2003).

Con base en esta situación, el concepto de adherencia surge como un constructo que dilucida los aspectos de mayor impacto en las dificultades asociadas al alcance de los resultados terapéuticos, manifestadas principalmente en el aumento e intensificación de los síntomas. Visto a gran escala este fenómeno, se puede indicar que interfiere considerablemente con la superación de los desafíos en salud pública (Varela, 2010; Lam & Fresco, 2015), algunos enfocados primordialmente en el cambio de estilos de vida (Melko, Terry, Camp, Xi, & Healey, 2010; Zaghoul, Waslien, Al Somaie, & Prakash, 2012), en vista de que los factores asociados a estos hábitos son determinantes en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas (Jacobs, Kemppainen, Taylor, & Hadsell, 2014; Wallace et al., 2017).

La idea fundamental de este campo de estudio sugiere que el gasto sustancial en tiempo y recursos económicos, depositado en técnicas que mejoren la eficacia y seguridad de medicamentos, procedimientos no farmacológicos y protocolos de atención, es infructuoso si la conducta de la persona no va de la mano con las recomendaciones acordadas junto con el profesional de la salud (Schmidt et al., 2006; Starr & Sacks, 2010; Zambrano, Duitama, Posada, & Flórez, 2012). Este hecho es clave en el déficit de los resultados clínicos, al desencadenar una sucesión de barreras que obstaculizan la mejora en la condición de salud y que, por lo tanto, afectan la calidad de vida del paciente (Zambrano et al., 2012; Márquez-Hernández, Granados, & Roales-Nieto, 2014; Zullig et al., 2015; Belluck, 2017). Algunas de las consecuencias que se han investigado de la baja adherencia al tratamiento, tanto a nivel individual como social, consisten en el aumento de la mortalidad y morbilidad, junto con un creciente flujo de gastos en la provisión de servicios de salud (Arrivillaga, Correa, & Salazar, 2007; Capoccia, Odergard, &

Letassy, 2015; Sweileh et al., 2014; Zambrano et al., 2012). En este sentido, se le atribuye a la baja adherencia ser la principal causa del fracaso terapéutico y por ende se asume como un aspecto de relevancia en los procesos de intervención sanitaria (Silva, Galeano & Correa, 2005; Schmidt et al., 2006; Nunes et al., 2009; Vrijens et al., 2012; Zhou & Gu, 2014; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017; Rocha-Nieto, Herrera-Delgado, & Vargas-Olano, 2017).

Con el pasar de los años se ha visto que la baja adherencia es un fenómeno con tendencia creciente (Melko et al., 2010; Adeyemi, Rascati, Lawson, & Strassels, 2012; Kenny et al., 2016; Rocha-Nieto et al., 2017), que abarca una amplia cantidad de personas con enfermedades que precisan un tratamiento a largo plazo (Starr & Sacks, 2010; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017; Belluck, 2017) y se estima que al menos el 50% (Birmingham et al., 2011) o un porcentaje mayor a este (Parada, Horton, Cherrington, Ibarra, & Ayala, 2012) no completa el proceso terapéutico requerido. Por tal motivo, la caracterización temprana de estos niveles bajos de adherencia permitiría detectar la población diana con mayor riesgo y que por ende podría ser objeto de intervención (Brown & Bussell, 2011).

De esta manera, la alta adherencia es concebida como la principal causa de éxito en los tratamientos (Wu et al., 2014; Nunes et al., 2009). Por esta razón, las máximas autoridades en salud a nivel mundial plantean la urgencia de establecer en los sistemas de asistencia sanitaria, intervenciones para aumentar las tasas de adherencia (Sabaté, 2003; Brown & Bussell, 2011). Sin embargo, en la práctica clínica este tema no abarca el terreno de comprensión e interés equivalente a su relevancia, debido a que las conductas adherentes no son tenidas en cuenta en los procesos rutinarios de valoración e intervención que forman parte de los servicios asistenciales en salud (Marengo & Suarez-Almazor, 2015); a pesar de que se cuenta con evidencia sólida que indica el amplio espectro de limitaciones que tienen los pacientes con enfermedad crónica para adherirse a las recomendaciones médicas (Brown & Bussell, 2011; Wallace et al., 2017). Adicionalmente, existe una desarticulación en el uso de estrategias para mejorar la adherencia, ya que toda la gama de guías y protocolos desarrollados para este fin son implementados de manera aislada, al centrar el objetivo de intervención únicamente en una de las cinco dimensiones que se definen como influyentes (Sabaté, 2003).

En el plano investigativo, la adherencia se presenta como un campo de estudio emergente, que hasta el momento ha permitido definir algunos elementos conceptuales y, con esto, se han logrado desarrollar estrategias de intervención,

algunas todavía sin resultados eficaces (Márquez-Hernández et al., 2014; Blashill, Ehlinger, Mayer, & Safren, 2015).

Además de la importancia de su estudio, el abordaje de la adherencia al tratamiento implica un grado considerable de complejidad, en la medida en que es concebido como un fenómeno multifactorial (Nunes et al., 2009; Park, Howie-Esquivel, Whooley, & Dracup, 2015). Debido a ello, uno de los principales inconvenientes que se ha encontrado en este tema consiste en el poco consenso que hay en el uso del término (Vrijens et al., 2012; Kardas, Lewek, & Matyjaszczyk, 2013). Esta desintegración conceptual dificulta aún más la comprensión del fenómeno, y por tal razón, profundizar en el estudio de este constructo puede arrojar un conocimiento clave sobre el tema, que a la vez ofrezca la claridad necesaria sobre los principios generales que lo componen (Wallace et al., 2017), los cuales al ser traducidos a la práctica clínica, servirían de guía en la exploración que conlleve a una solución viable (Capoccia et al., 2015); bajo el supuesto de que una solidez conceptual y teórica facilita la implementación de estrategias en el plano práctico (Vrijens et al., 2012).

Dado lo anterior, la OMS (Sabaté, 2003) desarrolla un modelo que define las cinco dimensiones interactuantes de la adherencia (Reinhardt et al., 2015), dentro del cual identifica los factores asociados en términos de barreras y oportunidades. Con base en esto, el presente trabajo tuvo como objetivo actualizar el contenido conceptual asociado al tema central de investigación, en donde se complementan y profundizan las dimensiones que lo componen. Teniendo como estructura conceptual las cinco dimensiones de la adherencia definidas por la OMS (Sabaté, 2003), para este fin se llevó a cabo una revisión de la literatura científica que abarcó la recopilación, selección y análisis de información del periodo 2003 al 2017. El análisis permitió identificar las dimensiones que agrupan los factores con mayor viabilidad para ser modificados directamente por medio de intervenciones diseñadas por el psicólogo de la salud, como profesional que interviene en procesos transversales del contexto de la sanidad, en aras de consolidar acciones conjuntas en la inclusión de otras disciplinas de la salud que posibiliten la mejora de las condiciones de calidad de vida de las personas con diagnóstico de tipo crónico.

El despliegue del trabajo iniciará con un acercamiento a las generalidades del término adherencia, para luego proceder con los hallazgos asociados a las dimensiones que lo componen. Con base en esta información se prosigue con la descripción del rol que desempeña el psicólogo de la salud, dentro de los

desafíos relacionados con la modificación de factores que irrumpen con la conducta adherente. Por medio de esto se perfila una base para futuros diseños de intervención en el área de la psicología de la salud y las demás disciplinas que forman parte de las ciencias de la salud, como un intento de trabajo interdisciplinario que propenda por la maximización de los beneficios contenidos en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Preguntas de investigación

- ¿Cómo ha sido el avance conceptual de la adherencia al tratamiento y sus cinco dimensiones?
- ¿Cuál es el papel del psicólogo de la salud en la mejoría de la adherencia?

Objetivo general

- Realizar una revisión de la literatura sobre las dimensiones de la adherencia.

Objetivos específicos

- Describir el concepto de adherencia al tratamiento.
- Describir las dimensiones de la adherencia al tratamiento.
- Describir las funciones del psicólogo de la salud en la adherencia.

Resultados

Adherencia

La adherencia es un concepto con poco consenso (Vrijens et al., 2012; Kardas et al., 2013). Aún se utilizan diferentes términos para referirse a este, tales como cumplimiento, cooperación, alianza y adhesión, dando paso a un uso indistinto que puede acarrear confusiones y limitaciones en la aproximación más completa del fenómeno (Varela, 2010; Zambrano et al., 2012). A partir de la publicación de la OMS (Sabaté, 2003) se puede establecer la intención de unificar el uso del término, cuya definición ha sido utilizada en algunos estudios recientes (Marengo & Suarez-Almazor, 2015), al constatar que la adherencia consiste en “el grado en el que la conducta de una persona —tomar el medicamento, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en el estilo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud” (Sabaté, 2003, citado por Meece, 2014). De esta manera se reemplaza principalmente el término *cumplimiento* por *adherencia*, dado que este primero tiene un matiz paternalista y le otorga un sentido de pasividad a la función que cumple el consultante en el inicio y desarrollo del tratamiento (Brown & Bussell, 2011; Zambrano et al., 2012; Meece, 2014), limitándolo a la asistencia a controles (Kenny et al., 2016) e inclinando el peso de la responsabilidad de los objetivos y resultados clínicos, hacia el lado del profesional de la salud.

Con el concepto de adherencia se da un cambio a esto, al equilibrar la balanza entre la participación del consultante y el profesional de la salud (Nunes et al., 2009), en vista de que al establecer el acuerdo como un elemento clave, se estimula el carácter colaborativo y destaca la manera como las conductas de la persona van de la mano con este consenso explícito que surge a partir de lo propuesto por el profesional que lo atiende. De esta manera se sitúa la atención en las necesidades, intereses y expectativas de la persona, con respecto al proceso que inicia, para darle participación activa en el afrontamiento de las condiciones y circunstancias que busca resolver (Figuerola, 2010).

En términos de la extensión del concepto, se afirma que aún existe una connotación limitada que considera la adherencia solo dentro del contexto de la toma de medicamentos, ya que algunos autores asumen que el grado en el que la persona consume los medicamentos tal y como fueron prescritos, determina automáticamente el nivel óptimo del manejo de la enfermedad (Riva et al., 2015). Esta limitación repercute en la estimación más aproximada de su prevalencia

en la población y como consecuencia no existe un cálculo correspondiente a los niveles reales de adherencia de los pacientes atendidos en las instituciones de salud (Varela, 2010). En este sentido, se destaca que la adherencia no incluye únicamente la conducta de toma de medicamentos, sino que además contiene, entre la amplia gama de tratamientos, los cambios en hábitos de alimentación (Arrivillaga et al., 2007; Zaghloul, Waslien, Al Somaie, & Prakash, 2012; Páez et al., 2014; Said, 2017). Con relación a lo anterior la OMS (WHO, 2003) formuló unas guías de alimentación saludable asociadas a la prevención y manejo de la enfermedad crónica. La adherencia a estos parámetros se asocia a una mayor longevidad y calidad de vida, ya que, al ser puestos a prueba mediante un estudio científico, se determinó que “una dieta saludable basada en las guías de alimentación globalmente definidas, se enlaza a una mayor supervivencia en población anciana. Este análisis confirma que las guías de alimentación desarrolladas por la OMS son valiosas para promover una adecuada salud a nivel general” (Jankovic et al., 2014, p. 9).

Además de la adherencia en el ámbito nutricional (Zaghloul, Waslien, Al Somaie, & Prakash, 2012), se indican: la actividad física, disminución de consumo de cigarrillo y licor, manejo del estrés y asistencia a los controles, como intervenciones necesarias para la optimización del estado de salud del paciente (Páez et al., 2014). En este sentido, la adherencia cobra valor en los procesos terapéuticos complementarios al tratamiento farmacológico, como un elemento transversal (Sabaté, 2003) de necesaria presencia en acciones terapéuticas propias de áreas como terapia física, fonoaudiología, enfermería, psicología, terapia ocupacional, optometría, entre otras.

La medición de la adherencia implica un desafío debido a que es concebida como una conducta inmersa en un contexto específico (Brown & Bussell, 2011). La OMS (Sabaté, 2003) propone su evaluación válida y fiable como un paso esencial previo a la toma de decisiones asociada al cambio de recomendaciones, medicamentos o estilo de comunicación utilizado con el paciente, orientado a fomentar la participación activa de las personas en sus tratamientos. Es así como se han desarrollado los cuestionarios y demás herramientas de evaluación que son usados para identificar la manera como tiene presencia este constructo en cada persona (Lam & Fresco, 2015; Páez et al., 2015), ya sea por medio de un método de evaluación directo o indirecto (Marengo & Suarez-Almazor, 2015). Esta valoración constituye un punto de partida para determinar si existe una *baja adherencia* o *no adherencia*, categorías asociadas a resultados

que muestran disfunción en la conducta adherente (Schoenthaler, Schwartz, Wood, & Stewart, 2012). En algunos casos, la escala evaluativa puede oscilar entre baja, media y alta (Feehan et al., 2017), lo cual define de una manera flexible el dinamismo que puede presentar en el curso del tratamiento. Por otra parte, existen casos en los que se asume una noción más rígida, en vista de que se perfila la *no adherencia* a partir del primer error en el suministro del tratamiento (Devonshire et al., 2011).

La baja adherencia contiene una amplia variedad de consecuencias (Belluck, 2017), dentro de las que se encuentran: la pérdida en la calidad de vida de la persona y sus familiares, junto con el aumento de los gastos que van por cuenta del paciente y el sistema de salud. Para ilustrar con mayor detalle algunas de las implicaciones más frecuentes y que generan coyunturas de mayor grado de complejidad, se mencionan: la omisión de medicación que puede llevar a paro cardíaco, la no administración de gotas para el glaucoma que puede generar un daño irreversible del nervio óptico, el desencadenamiento de síntomas graves asociados a la hipertensión, la alta recurrencia de infecciones cuando se omite el consumo de antibióticos, el aumento considerable de hospitalizaciones y en el caso de la inhaloterapia, gravedad acrecentada del curso de la enfermedad que la necesita, complicaciones en procesos postoperatorios, ya sea de tipo agudo o crónico, como también la pérdida del trasplante (Silva et al., 2005). Por lo tanto, omitir la evaluación de la adherencia en el plano de la práctica clínica puede llevar a cometer las siguientes fallas: ordenar el aumento innecesario de las dosis del fármaco que pueden desencadenar efectos adversos de alto riesgo para el paciente, modificar el tratamiento como consecuencia de los resultados negativos y ordenar exámenes invasivos innecesarios, lo que al mismo tiempo genera sobrecostos para el sistema de salud (Silva et al., 2005).

La adherencia se concibe como un término dinámico, ya que este hace referencia a una conducta que en la línea de tiempo puede variar en la intensidad con la que se presenta, de acuerdo con los mismos factores que la influyen, tales como la percepción del paciente, las condiciones económicas, factores socioculturales, entre otros (Silva et al., 2005). Esto se da en vista de que la conducta humana se encuentra inmersa en un contexto particular y se afirma que la capacidad de adherencia va de la mano con circunstancias específicas y diversas formas de manifestación, ya que se ha encontrado que la misma persona puede presentar diferentes niveles de adherencia en diversos momentos en los que se encuentra el proceso de atención en salud.

La evidencia científica plantea dos tipos de baja adherencia, que son: intencional y no intencional (Marengo & Suarez-Almazor, 2015). La baja adherencia no intencional ocurre cuando la persona tiene la voluntad de seguir el tratamiento acordado, sin embargo, esto es impedido por barreras que están fuera de su control (Marengo & Suarez-Almazor, 2015). Algunos ejemplos incluyen olvidar la toma del medicamento, poca comprensión de las instrucciones, limitaciones en saber la forma como se suministra el tratamiento y no contar con los recursos económicos para hacer el co-pago del medicamento y/o procedimiento terapéutico (Marengo & Suarez-Almazor, 2015). Por otra parte, la baja adherencia intencional se presenta a partir de la decisión voluntaria de la persona de no aceptar y/o seguir las recomendaciones prescritas, o suspenderlas (Nunes et al., 2009).

En síntesis, este fenómeno es un constructo multidimensional compuesto por varios factores que se interrelacionan de diferentes maneras y determinan la relación entre el tratamiento y los resultados clínicos (Williamson et al., 2010; Brown & Bussell, 2011; Devonshire et al., 2011; Kardas et al., 2013; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017).

Las cinco dimensiones interactuantes de la adherencia

El logro de mejorar la adherencia tiene como primer paso la comprensión de las causas que la afectan (Brown & Bussell, 2011). Para este fin la OMS (Sabaté, 2003) postuló las cinco dimensiones interactuantes de la adherencia y cada una está compuesta por un conjunto de factores y relaciones entre los mismos. La influencia puede provenir de diferentes ámbitos de la vida de la persona, como, por ejemplo: aspectos clínicos individuales, elementos de la interacción con el profesional de la salud, condiciones psicosociales, características del tratamiento recomendado y factores del ambiente social (Marengo & Suarez-Almazor, 2015). Figueroa (2010) plantea la importancia de la integralidad en el momento de abordar estas dimensiones, en vista de que una aproximación aislada de cada factor excluye elementos básicos sobre la dinámica y el funcionamiento de las mismas.

Los factores que componen estas dimensiones se clasifican en modificables y no modificables, dependiendo de la capacidad y facilidad de cambio que tengan a través de la aplicación de técnicas y entrenamiento específico (Sabater-Galindo, Fernández-Llimos, Sabater-Hernández, Martínez-Martínez, & Benrimoj, 2016). Los factores modificables más comunes están relacionados con aspectos propios del profesional de la salud, el paciente o la relación de ambos (Sabater-Galindo et al., 2016). Estos factores están representados en el estilo comunicacional, los

valores y creencias, percepciones, expectativas, perspectiva de trabajo centrada en el paciente, conocimiento y necesidades (Sabater-Galindo et al., 2016). Por otro lado, los factores no modificables son propios de la experiencia previa al encuentro con el servidor de salud y son frecuentemente denotados en las características sociodemográficas, por ejemplo, la edad, el género y el estado socio-económico, la identidad étnica y racial (Sabater-Galindo et al., 2016).

Dimensión 1: Factores socioeconómicos

Esta dimensión presenta el menor nivel de influencia, a comparación de las otras dimensiones (Zambrano et al., 2012). Sin embargo, se ha encontrado que determinados factores como la baja educación y poco apoyo social aportan en cierto grado a una adherencia deficitaria (Castaño-Castrillón et al., 2012; Mukona et al., 2017). En otros estudios, la edad es el factor con más fuerza predictiva y le sigue el nivel socioeconómico, asociado a la posibilidad que tiene la persona para costear los servicios de la salud (Feehan et al., 2017; Zambrano et al., 2012; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017; Mukona, Munjanja, Zvinavashe, & Stray-Pederson, 2017). Otros factores que algunos estudios han hallado como protectores de la adherencia son ser joven, identificarse como de género masculino y ser de raza blanca (Adeyemi et al., 2012).

En algunas ocasiones, a pesar de que los pacientes forman parte de un núcleo familiar, no se evidencia un soporte por parte de los miembros de la familia. De ahí que el apoyo de familiares contenido en acciones como la ayuda en el transporte, la comida y el dinero, junto con el fomento de un entorno social que promueva las conductas que van de la mano con las instrucciones acordadas con el profesional en salud conceden oportunidades de mayor adaptación a los procesos terapéuticos (Zhou & Gu, 2014; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017; Mukona et al., 2017). Adicionalmente, es claro que en los últimos años se ha presentado un aumento en el intercambio migratorio que ha abierto la puerta a cambios significativos en las dinámicas sociales. En este contexto se ha visto que ser inmigrante y no manejar la lengua materna de la ciudad de residencia perjudica la capacidad para tener acceso de manera directa a los procedimientos en salud (Parada et al., 2012; Fernández et al., 2017).

De manera general, los factores socioeconómicos pueden perfilarse como las circunstancias que rodean a la persona y se ha visto que su influencia está limitada por la dinámica de otros factores que pueden surtir un mayor efecto en la capacidad adherente. En parte del terreno que abarca el otro lado de este límite

tienen presencia aspectos propios del funcionamiento interno de la persona, los cuales moldean de forma considerable las aptitudes con las que se cuenta para afrontar la enfermedad crónica.

Dimensión 2: Factores relacionados con el paciente

Cuando se evidencia la baja adherencia al tratamiento usualmente el paciente es quien se encuentra en el foco de atención. Recibir un diagnóstico, en especial de enfermedad crónica puede llegar a constituir un acontecimiento vital desestructurante y por consiguiente lleva a la persona a tener que reorganizar diferentes aspectos de su vida (Arrivillaga et al., 2007). En algunos casos también implica tener que recibir y procesar información nueva y empezar a interactuar con circunstancias poco comunes, lo que marca un punto de fragmentación en el sentido de continuidad de las actividades del diario vivir, en algunas ocasiones, acompañado de un grado considerable de incertidumbre (Arrivillaga et al., 2007). La forma como el paciente reacciona a su diagnóstico y la influencia que esto tiene en el afrontamiento de la enfermedad encuentra soporte en la perspectiva biopsicosocial de la salud, que se asocia a la idea de que la conducta adherente no puede encontrarse aislada de una gama de aspectos que pueden estar mediando las decisiones relacionadas con la puesta en marcha de las recomendaciones acordadas con un profesional.

Una de las características que se intensifica en esta dimensión es la susceptibilidad de cambio que puede presentar con el transcurrir de las experiencias en el servicio de salud y el tiempo del tratamiento, en vista de que factores como el conocimiento, la comprensión y el interés sobre el tratamiento, como también la actitud ante la necesidad del fármaco y los intervalos de acuerdo ante el mismo pueden variar fácilmente de acuerdo con circunstancias ya mencionadas (Nunes et al., 2009).

Con respecto a lo anterior, se postula la idea de replantear la adherencia al tratamiento desde una perspectiva centrada en la persona (Reinhardt, Møller, Andrésdóttir, Husted, & Willaing, 2015) que no restrinja la responsabilidad completa del éxito terapéutico a las acciones del paciente, sino que más bien se enfoque en definir una aproximación evaluativa y de intervención que integre las fortalezas y necesidades del mismo. Algunos factores que la OMS (Sabaté, 2003) registró en su momento como barreras de la adherencia en el paciente son olvidos, estrés psicosocial, ansiedad por posibles efectos adversos del medicamento, baja motivación, inadecuado conocimiento y habilidades de afrontamiento de

la enfermedad, sus síntomas y tratamiento, poca comprensión y negación de la enfermedad, no creer en los diagnósticos, déficit en la percepción del riesgo en salud asociados a la enfermedad, inadecuado entendimiento de las instrucciones del tratamiento; falta de aceptación del monitoreo, baja expectativa, inasistencia a los seguimientos o a la consejería, o psicoterapia motivacional o conductual, desesperanza o emociones negativas, frustración hacia los profesionales de salud, miedo y dependencia, ansiedad sobre la complejidad del régimen del medicamento y sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Recientes estudios acentuaron la importancia de algunos de los factores señalados anteriormente y a la vez desarrollaron elementos de estudio que sirvieron para complementar de modo conceptual los aspectos clave de esta dimensión y su relación con otras. Dentro de estos se mencionan las limitaciones sensoriales, como el caso de la audición y visión, que pueden interferir con la obtención apropiada de información sobre el tratamiento y las decisiones que se tomen acerca del mismo (Silva et al., 2005; Nunes et al., 2009; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017). Además de esto, se afirma que la calidad con la que se procese la información para recordar la asistencia a una cita o el momento para tomar un medicamento depende en gran parte del nivel de desempeño cognitivo con el que cuente la persona (Silva et al., 2005), en términos de funciones básicas como atención y memoria (Devonshire et al., 2011), las cuales pueden ser mediadas bien sea por cuadros clínicos generalizados como la discapacidad intelectual o problemas del aprendizaje (Nunes et al., 2009; Riva et al., 2015; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017) o por el contrario, ser producto de fallas aisladas, sin relación alguna con el nivel de desempeño intelectual (Capoccia et al., 2015).

Con respecto a la motivación se indica que las personas tienen mayor probabilidad de orientarse al cumplimiento de objetivos cuando el cambio conductual es combustionado por una motivación interna (Zambrano et al., 2012; Figueroa, 2010; Reinhardt et al., 2015). La relación costo-beneficio que establezca la persona con respecto al tratamiento que necesite y la confianza que desarrolle frente al mismo pueden determinar en gran parte su motivación hacia la aceptación y el cumplimiento del régimen. Proveer al paciente de motivación hacia la mejoría, mediante el apoyo social, ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento y así se busca generar un aumento en la probabilidad de que se presenten los resultados esperados (Park et al., 2015). Algunas conductas diana como el aumento del conocimiento, la percepción de la importancia sobre la adherencia y el fortalecimiento de la confianza por medio del aumento de las habilidades

de autorregulación pueden ser claves en el proceso de incentivar la motivación intrínseca en el paciente (Sabaté, 2003).

En el contexto de la adherencia al medicamento, Silva et al. (2005) plantean que la decisión de tomar o no los medicamentos se relaciona principalmente con cuatro factores que son el nivel de importancia que tenga el tratamiento en la vida de la persona, la conciencia de riesgo frente a las consecuencias de la enfermedad, la credibilidad que se le otorga al funcionamiento de la medicación y la capacidad de aceptar los cambios que implica el tratamiento en la vida del paciente. En esta línea, el grado de conocimiento y las creencias del paciente sobre la enfermedad, la motivación para manejarla, la confianza en la capacidad para comprometerse con los cambios en el estilo de vida orientados al manejo de la enfermedad, junto con las expectativas acerca de los resultados esperados del tratamiento y las consecuencias de la pobre adherencia son elementos que interactúan de una manera aún no comprendida sobre la forma como influyen en la conducta adherente (Sabaté, 2003).

Siguiendo con el uso de la medicación, se afirma que el paciente realiza una evaluación sobre los efectos secundarios de esta y la manera como puede incidir negativamente en su vida (Sabaté, 2003). Es de tener en cuenta que la calidad y el tipo de información sobre la enfermedad y el tratamiento, junto con el modo como se aplique este último, repercute seriamente en la forma como la persona asuma el proceso de mejoría (Zhou & Gu, 2014; Arce-Vega, Ángeles-Llerenas, Villegas-Trejo & Ramos, 2017). El conocimiento apropiado sobre la administración del fármaco, los cuidados de ingestión y los posibles efectos adversos, pueden jugar un papel a favor de la adherencia (Guimarães de Souza et al., 2016). Así mismo se afirma que a pesar de que la persona tenga la intención de adherirse a las recomendaciones del tratamiento, existen algunas barreras como el analfabetismo en salud que obstruye la capacidad de la persona para decidir y ejecutar los procedimientos requeridos para su recuperación (Starr & Sacks, 2010; Castaño-Castrillón et al., 2012; Zambrano et al., 2012; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017).

Algunas investigaciones utilizan la definición de *alfabetización en salud* propuesta por la OMS, que postula este concepto como: “las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y capacidad de los individuos para tener acceso a la comprensión y uso de la información en formas que promueven y mantienen la salud” (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, & Buchbinder, 2013, citado en Haghdoost et al., 2015, p.1). De la mano con este concepto está el término de conocimiento del medicamento, descrito como “el grado en

el que una persona puede acceder, comprender, comunicar, evaluar y procesar información acerca de sus medicamentos, para tomar decisiones basadas en la información del medicamento y la salud, con el fin de dar un uso seguro y efectivo a los medicamentos, con respecto al modo por el cual el contenido es entregado (sea escrito, oral o visual)” (Pouliot, Vaillancourt, Stacey, & Suter, 2017, p.1). El argumento que sostiene la conceptualización de alfabetización en salud en el contexto de la adherencia, radica en la relevancia del desarrollo de habilidades en el paciente que conlleve generar un mayor sentido de control sobre la enfermedad (Nutbeam, 2008). Adicionalmente, se plantea que en la medida en que se evalúe de modo individual este constructo, se podrían perfilar las personas idóneas para recibir intervenciones educativas (Nutbeam, 2008; Figueroa, 2010; Oser, Fogle & Bennett, 2017; Parvizi et al., 2017).

Se puede indicar que, fuera del ambiente sanitario, el paciente puede acudir a diferentes fuentes que le permiten acceder a un conocimiento concreto sobre su condición y tratamiento, para tomar *decisiones informadas en salud* (Loke, Hinz, Wang, & Salter, 2012). Un lugar representativo en esta gama de fuentes informativas lo ocupa el servicio de internet, en vista de que hoy en día hay mayor acceso y disponibilidad de información en esta red, servicio que se ha convertido en la principal fuente de información sobre salud, debido a la facilidad y rapidez de acceso (Marín-Torres et al., 2013). Este recurso puede servir de ayuda, en la medida en que le permitiría al paciente mejorar su comprensión sobre la condición de salud y con ello fortalecer el sentido de auto-eficacia (McMullan, 2006; Brown, & Bussell, 2011). Esta última se ha definido como un factor sólido en la adherencia (Náfrádi, Nakamoto, & Schulz, 2017), ya que se asume como un elemento involucrado en el aumento de las conductas saludables (Rocha-Nieto et al., 2017), junto con habilidades de autogestión (Zhou & Gu, 2014).

A partir de lo anterior, se indica que los pacientes que se informan por medio de internet pueden encontrarse en una o más de las tres formas de relación entre profesional de la salud y paciente que son cuando el foco se concentra en la experticia del profesional de la salud, cuando la relación se caracteriza por estar centrada en el paciente y por una atmósfera de colaboración y la tercera es en la cual se obtiene y analiza información obtenida de internet o se da una orientación sobre la manera como la persona puede hacer sus búsquedas (McMullan, 2006). La *información de internet relacionada con salud* (IIRS) es un concepto que utilizan Sommerhalder, Abraham, Zufferey, Barth y Abel (2009)

para destacar el papel que juega la conducta de búsqueda de información por medios alternos al servicio asistencial de salud.

En el contexto de la adherencia al medicamento, la falla se presenta tanto por no iniciar el tratamiento o la suspensión del mismo, como por el abuso, combinación y/o suministro inadecuado, bien sea de medicamentos prescritos o de venta libre, como es el caso de la automedicación, que se puede presentar a partir de un desconocimiento sobre las generalidades de los fármacos. Con base en esto, se puede indicar que otra fuente de información para el paciente, que influye considerablemente en la alfabetización en salud y con ello en las conductas de automedicación, está constituida por la publicidad y el mercadeo de medicamentos de venta libre (Díaz-Caycedo, Payán-Madriñán, & Pérez-Acosta, 2014). Este aspecto puede implicar una barrera que imposibilita la adherencia, debido a que en algunas ocasiones las personas no tienen contacto con información acerca del riesgo que hay en el consumo de determinados medicamentos de venta libre y esto puede llevar a que se presenten iniciativas arbitrarias y poco ajustadas a la realidad del funcionamiento del fármaco, por ejemplo, al combinar un tratamiento ya prescrito por el médico con fármacos de venta libre, a pesar de que esto pueda implicar riesgos para la salud de la persona debido a los potenciales efectos adversos (Díaz-Caycedo et al., 2014).

A pesar de que una extensa parte de la evidencia afirma la importancia de la alfabetización en salud, existen investigaciones que demuestran que, aunque haya un conocimiento y manejo de información adecuado sobre la enfermedad y el tratamiento, los niveles de conducta adherente continúan siendo bajos (Adejoh, 2014; Jacobs et al., 2014; Mukona et al., 2017). Estos resultados se aluden a una fragilidad metodológica con la que se desarrollaron dichas investigaciones, en la manera como la alfabetización en salud fue estudiada de manera aislada, a pesar de que su relación con la adherencia se encuentra mediada por otros factores (Loke et al., 2012). De igual manera se presentan razones asociadas como no tener en cuenta otros elementos cognitivos de relevancia, en el caso de las creencias culturales (Adejoh 2014) y creencias religiosas (Mukona et al., 2017) dada su función como mediadoras de las conductas de salud (Jacobs et al., 2014). A partir de lo anterior, se plantea que en el estudio de la alfabetización en salud es necesario tener en cuenta la interacción que sostiene con las creencias, expectativas y las percepciones del paciente (Zambrano et al., 2012).

Algunas de las razones por las cuales la persona abandona el tratamiento terapéutico consisten en la ausencia de percepción de síntomas y signos (Arce-Vega

et al., 2017) y en la percepción de inconformismo con el entorno familiar y social (Figuroa, 2010). Como parte del repertorio de percepciones del paciente también se ha destacado la percepción de control (Arrivillaga et al., 2007) y su relación con la percepción de riesgo en el manejo de los síntomas y eventos amenazantes, propios de las manifestaciones de la enfermedad (Schmidt, et al., 2006). La percepción de efectos adversos del medicamento regula considerablemente las decisiones asociadas a la adherencia al mismo (Brown & Bussell, 2011), junto con una alta percepción de control sobre la enfermedad y la influencia del tratamiento (Mosleh & Almalik, 2016).

A partir del conocimiento, las percepciones y las creencias que la persona tenga de la enfermedad y la aceptación de esta misma, se deriva la conciencia de enfermedad que, al no ser considerada, lleva a que la persona deposite el control del tratamiento en el profesional de salud (Schmidt et al., 2006) y se vea afectada la capacidad de automanejo de la enfermedad (Young, Kanchanasuwan, Cox, Moreno, & Havican, 2015). Los estudios reportan las *creencias personales* como un factor que modula en gran parte la conducta adherente (Starr & Sacks, 2010; Zambrano et al., 2012; Jacobs et al., 2014; Sweileh et al., 2014). En esta línea, se mencionan las creencias que juegan un papel de barrera, en la medida en que fomentan una noción de control depositada en el profesional de la salud, al obstruir el sentido de autoeficacia (Rocha-Nieto et al., 2017). Algunos de estos tipos de creencias son las creencias de ineficacia de los servicios que brinda el sistema de salud (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017) o algunas principalmente asociadas a la poca funcionalidad del tratamiento (Sweileh et al., 2014; Capoccia et al., 2015), como también las creencias que se asocian de forma negativa al consumo de medicamentos prescritos, que surgen a partir de experiencias previas de consumo de sustancias ilegales (Wallace et al., 2017). Efecto contrario presentan las creencias de control interno sobre la propia salud (Náfrádi et al., 2017).

Las creencias que se ubican en torno a la enfermedad (Mosleh & Amilaik, 2016) se agrupan en el concepto de *representación de la enfermedad*, el cual tiene cinco componentes principales: identidad (contenida en el nombre y los síntomas percibidos), causa (la idea sobre las razones de aparición de la enfermedad), línea de tiempo (la duración esperada, si es crónica, aguda o episódica), consecuencias (ideas asociadas a los resultados tanto a corto como a largo plazo) y cura (la efectividad del tratamiento) (Jacobs et al., 2014).

Como producto del curso impredecible de la enfermedad crónica, que en los casos más graves puede conllevar pérdidas definitivas (Jacobs et al., 2014), es

probable que surjan sentimientos de aflicción y, en general, desajustes emocionales en el paciente (Arrivillaga et al., 2007). Con relación a los factores afectivos del paciente, se han encontrado los siguientes: baja autoestima (Kenny, et al., 2016), alto nivel de estrés emocional y depresión (Figueroa, 2010; Parada et al., 2012; Sandoval et al., 2014; Park et al., 2015; Burns, Deschênes, Knäuper, & Schmitz, 2016), vergüenza ocasionada por la baja alfabetización (Jacobs et al., 2014). También se ha observado una relación con las comorbilidades psicológicas (Kenny, et al., 2016) o puntualmente diagnósticos de enfermedad mental (Brown & Bussell, 2011; Burns et al., 2016; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017) y abuso de sustancias (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017; Wallace et al., 2017).

A medida que el historial de tratamientos fallidos sea más largo, existen casos en los que la persona desarrolla una predisposición aversiva hacia estos, tanto a nivel físico como a nivel mental (Sabaté, 2003), por tal motivo los antecedentes personales de patrones crónicos de no adherencia constituyen un factor de riesgo (Devonshire et al., 2011).

Hábitos de salud fortalecidos (Burns et al., 2016) y un alto nivel de *empoderamiento* del paciente, se encuentran relacionados con mayor capacidad de ajuste al tratamiento acordado (Náfrádi et al., 2017). Este último está compuesto por categorías como la autoeficacia y el locus de control, en la medida en que se asume que la actividad autónoma es fructífera para la condición de salud de la persona. Sin embargo, niveles muy altos de autonomía pueden incidir en que el paciente desarrolle creencias poco racionales sobre su capacidad de elegir por sí mismo, de manera que pueden llegar a pasar por alto las recomendaciones del profesional de la salud (Náfrádi et al., 2017). Retomando el concepto de locus de control en salud (LCS), este hace referencia a si la fuente de refuerzo de la persona para realizar conductas de salud es interna o externa (Náfrádi et al., 2017). Cuando el locus de control prevalece en el interior del sujeto, se afirma que hay mayor probabilidad de que se presente alta adherencia, mientras que el locus de control en salud de tipo externo varía en el modo como se vincula con la misma (Náfrádi et al., 2017).

Dimensión 3: Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria

El reto de la edificación de un ambiente asistencial de soporte y colaboración es determinante en la conducta adherente, por la forma como provisiona los recursos suficientes para reforzar la capacidad de afrontamiento activo de la

enfermedad (Schoenthaler et al., 2012; Náfrádi, et al., 2017). Este ambiente acoge variedad de elementos del personal que labora en los procesos asistenciales y administrativos en salud, como el estilo interpersonal y comunicativo, los cuales influyen más en la adherencia, a comparación de los factores sociodemográficos del paciente (Sabaté, 2003). Dicho lo anterior, se establece que tanto la atención médica, no médica, como de farmacia y administrativa van incluidos en las dependencias de los servicios en salud que influyen en el fortalecimiento de las conductas adherentes (Figuroa, 2010), en vista de que se ha expuesto el vínculo estrecho entre la satisfacción del paciente y el trato recibido en el ambiente sanitario (Katusiime, Corlett, Reeve, & Krska, 2016).

Desde la perspectiva del paciente, se hace referencia a un trato no individualizado, ya que se expone que en el equipo de asistencia sanitaria se percibe un escaso interés por tener en cuenta las necesidades y preferencias particulares (Schmidt et al., 2006). Por otro lado, a partir de lo percibido por los profesionales clínicos, se expone que dentro de las barreras que identifican se encuentran la falta de tiempo, poca remuneración económica, falta de documentación y capacitación sobre la adherencia que permita conocer las barreras comunes que hay en este tema y de esta manera contar con la formación y capacidades suficientes para provisionar estrategias terapéuticas basadas en la evidencia científica (Starr & Sacks, 2010; Schoenthaler et al., 2012; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017). Según Youmans y Bibbins-Domingo (2017), el tiempo limitado de las consultas dificulta que el clínico pueda brindar explicaciones claras, determinar si son entendidas adecuadamente, explorar creencias en salud u otros factores que puedan ser relevantes. Además de esto, Lam y Fresco (2015) sostienen que existe un escaso soporte de guías para el profesional, que le permita, bajo razones de juicio, definir las estrategias que acudan a las necesidades priorizadas.

La adherencia es catalogada como el aspecto de primordial manejo por parte de los profesionales que intervienen en los procesos asociados a la enfermedad crónica (Nunes et al., 2009; Bailey et al., 2012). Las irregularidades en la prestación del servicio asistencial, pueden ir desde la falla en la identificación de la baja adherencia, hasta la contribución en la aparición y empeoramiento de la misma, en casos, por ejemplo, en los que se normaliza la pasividad de la persona y su conducta no adherente (Brown & Bussell, 2011). Esta última también se encuentra comprometida cuando aumenta la frustración, producto del estancamiento en los procesos terapéuticos (Starr & Sacks, 2010) y, además, cuando el ambiente de competencia y la priorización de las necesidades médicas subordinan los intereses del paciente (Schoenthaler et al., 2012).

Las *creencias en salud* de los profesionales, es decir, creencias sobre la salud, los cuidados en salud, los tratamientos y/o las enfermedades, pueden presentar diferencias sustanciales con respecto a las de los pacientes (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017; Bermingham et al., 2011). No tener en cuenta esto puede crear una brecha considerable en las posibilidades de generar una relación terapéutica que estimule una mutua comprensión y que a la vez promueva las acciones orientadas a los logros terapéuticos. En esta línea, un factor que se resalta en el estudio de la baja adherencia consiste en la inadecuada *relación profesional de la salud-paciente* (Schmidt et al., 2006; Sommerhalder et al., 2009; Sandoval et al., 2014) que aparece como producto de una serie de interacciones negativas (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017) contenidas en acciones como proporcionar información errónea y usar estilos comunicativos ineficientes (Schmidt et al., 2006), afectando elementos que juegan un papel clave en la construcción de un ambiente de cooperación mutua.

El rol que desempeña el profesional de la salud en la construcción de una relación terapéutica es determinante en la adherencia (Schoenthaler et al., 2012; Náfrádi et al., 2017). Dicho rol está reflejado en acciones que inciden en la toma de decisiones conjunta, junto con la negociación continua del tratamiento (Náfrádi et al., 2017) a partir del uso y la transmisión clara de información apropiada (Nunes et al., 2009; Schoenthaler et al., 2012; Arce-Vega et al., 2017). Es así como se mencionan oportunidades en la adherencia que toman forma de acciones específicas y van desde considerar la aceptación que conceda el paciente ante el tratamiento y la forma de participación de la familia y cuidadores en este proceso (Nunes et al., 2009) hasta la valoración continua de la adherencia en términos de la identificación de factores que pueden contribuir a esta y los procedimientos oportunos para mejorar la relación con el paciente (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017), tales como la orientación en el empleo de internet para acceder a información apropiada sobre temas que son de conocimiento prioritario en los cuidados de salud (Marín-Torres et al., 2013).

Además, se indica que la construcción de la relación terapéutica implica la puesta en práctica de un repertorio de habilidades específicas (Starr & Sacks, 2010) que tienen como punto de partida acciones transversales como no aludir por completo la falla terapéutica a una personalidad poco cooperativa del paciente (Silva et al., 2005). Un elemento esencial es la aceptación por parte del profesional del desacuerdo que el paciente pueda llegar a tener en la toma del medicamento o la terapia, con base en la premisa de que el consultante tiene

la capacidad de *tomar decisiones informadas* de manera autónoma (Schmidt et al., 2006; Nunes et al., 2009; Brown & Bussell, 2011). Estas habilidades se caracterizan principalmente por una actitud de dinamismo (Zhou & Gu, 2014) y el uso de un estilo comunicacional que disminuya la emisión de juicios (Nunes et al., 2009) o la probabilidad de que el paciente sienta pena o vergüenza (Brown & Bussell, 2011) y que, por el contrario, incentive una mayor participación del mismo, reflejada la mayoría de las veces en la asistencia a los controles (Brown & Bussell 2011; Feehan et al., 2017) y la iniciativa de conversar y realizar una búsqueda conjunta de soluciones sobre el propio estado de salud.

Es así como se delega la función al profesional de la salud de crear las circunstancias idóneas en las que se promueva el diálogo y la reflexión (Reinhardt et al., 2015) a través de la aproximación de las creencias del paciente que pueda servir de medio para la puesta en práctica de acciones que coadyuven a establecer una relación de confianza (Jacobs et al., 2014). Una confianza que se preste para explicitar temáticas de relevancia, como, por ejemplo, la presencia de un elemento determinante en los objetivos terapéuticos como lo son la adherencia (Zhou & Gu, 2014), la barrera económica en la adquisición de los medicamentos y las explicaciones sobre la toma del medicamento y cómo algunas formas de suministro pueden constituir una manera incorrecta y riesgosa de hacerlo (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017).

Otra habilidad específica del profesional de la salud (Starr & Sacks, 2010) que se suma a lo ya mencionado corresponde a la capacidad de evaluar el nivel de adherencia (Schmidt et al., 2006; Starr & Sacks, 2010; Brown & Bussell, 2011; Wu et al., 2014; Zhou & Gu, 2014; Capoccia, et al., 2015). Esta competencia sirve para determinar el grado en que el consultante está dispuesto a involucrarse en la toma de decisiones (Nunes et al., 2009). Lo anterior se facilita al reconocer la baja adherencia como un fenómeno común entre los pacientes (Nunes et al., 2009) y se lleva a cabo mediante la formulación de preguntas básicas que permitan localizar las fallas y/o aciertos de la conducta adherente (Wu et al., 2014). Estos interrogantes pueden ser dirigidos ya sea al paciente, a la familia y/o a los cuidadores (Nunes et al., 2009).

Algunas investigaciones evidencian la relación entre la falta de habilidades comunicativas en el profesional de la salud y el efecto que tiene al generar una disminución del control que el paciente ejerce sobre la enfermedad (Reinhardt et al., 2015). Esto da paso al concepto de *comunicación efectiva*, asociado a la capacidad de acceder a las actitudes, preocupaciones y expectativas de los

pacientes, por medio de la concordancia y claridad en el uso del lenguaje (Parker et al., 2017) y la implementación de mecanismos que exhorten a la persona a definir las metas a partir de sus necesidades y deseos, como una forma de reconocer la esencia de la intervención (Reinhardt et al., 2015).

Las manifestaciones directas de la comunicación efectiva van de la mano con conversaciones productivas y eficientes acerca de la toma de medicamentos (Starr & Sacks, 2010) y los cambios de estilo de vida (Zambrano et al., 2012), desarrolladas mediante el uso de un lenguaje sencillo, que tenga en cuenta la capacidad de comprensión del paciente en su particularidad (Jacobs et al., 2014), además de ser culturalmente apropiado (Brown & Bussell, 2011; Jacobs et al., 2014) y basado en el uso de mecanismos contundentes y sólidos, en especial cuando se procede con opciones de manejo que requieren el cambio de los hábitos de alimentación (Zambrano et al., 2012). Al mismo tiempo es una comunicación que se aleja de los términos técnicos o expresiones que puedan generar confusión en la persona (Zambrano et al., 2012). Son diferentes los métodos que forman parte de la comunicación efectiva y que al mismo tiempo pueden ser utilizados para promover una mayor claridad en el mensaje transmitido dentro del ambiente sanitario (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017). Dentro de estos se encuentran el uso de imágenes, símbolos, diferentes idiomas, un intérprete y/o macrotipo de letras (Schmidt et al., 2006; Nunes et al 2009; Zhou & Gu, 2014).

La atmósfera relacional construida a partir de una comunicación efectiva, no solo con el paciente sino también con el equipo interdisciplinario (Kenny et al., 2016), incide en el sentido de satisfacción y contribuye a una *toma de decisiones compartida* (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017). Este tipo de comunicación también implica un mayor uso del tiempo por parte de los profesionales para que aborden junto con el paciente temas que son de necesaria comprensión (Bailey et al., 2012). Según Brown & Bussell (2011) el foco de atención en el diálogo con el paciente puede ubicarse, más allá de la evitación de la problemática, principalmente en las soluciones orientadas a promover un aumento de los beneficios obtenidos por medio del tratamiento, lo que conllevaría la mejora de la condición que presenta.

Los factores del sistema de asistencia sanitaria están compuestos por limitantes de la adherencia que van ligados a las políticas de los sistemas de salud con respecto a la precariedad en los servicios brindados (Mukona et al., 2017). Una limitante en la adherencia es el servicio de salud fragmentado, que se evidencia principalmente en el cambio de profesional de la salud a cargo, cada vez que los

pacientes asisten a controles; siendo cada uno de estos profesionales los encargados de hacer los ajustes del tratamiento (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017).

De igual forma, se señala la disponibilidad limitada de tratamientos por parte del sistema de salud, dada por las restricciones en las cantidades de los medicamentos, los tiempos de entrega y el requisito obligatorio del visto bueno del médico, en el caso de la entrega de más de seis medicamentos en un mes (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017). Estas limitaciones de causa administrativa desafían la facultad del paciente para desenvolverse en el manejo de su enfermedad, en medio de sus obligaciones personales, laborales y familiares, al tener que destinar tiempo y esfuerzo constante en solicitar el ajuste de los medicamentos u otros procesos terapéuticos (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017). Los cambios de este tipo en las políticas de salud pública declinan la adherencia, en la medida en que complican aún más el panorama por la forma como se desarrollan cada vez más modelos que amplían los tiempos de entrega y la autorización de tratamientos y que aumentan los precios de los copagos (Amin, Farley, Maciejewski, & Domino, 2017).

Dimensión 4: Factores relacionados con el tratamiento

En el caso de la adherencia a la medicación, se afirma que los pacientes que únicamente necesitan el suministro vía oral tienden a ser más adherentes, en contraste con las personas que necesitan la combinación de los medicamentos de forma oral e inyectable (Devonshire et al., 2011; Schoenthaler et al., 2012). Además, se ha visto que cuando las recomendaciones terapéuticas promueven cambios radicales y una fragmentación abrupta en los hábitos de alimentación, se presenta riesgo de baja adherencia (Zambrano et al., 2012). Otros factores que dificultan la adherencia son complejidad del tratamiento (Starr & Sacks, 2010; Capoccia et al., 2015; Zullig et al., 2015; Mukona et al., 2017), duración extensa, un esquema de dosis complejo, los efectos secundarios del medicamento que generan malestar y afectan la calidad de vida de la persona, la clase terapéutica del fármaco, es decir, cuando existe un riesgo alto de muerte como en el caso de los tratamientos para condiciones cardiovasculares y diabetes; lo contrario sucede con casos como los sedantes y los antidepresivos (Silva et al., 2005).

La polifarmacia es una situación riesgosa que puede resultar como producto del inadecuado control en los medicamentos (Figuroa, 2010) ya sea como resultado de un intento por controlar los efectos adversos de estos mismos (Capoccia, et al., 2015). Además de lo anterior, la OMS (Sabaté, 2004) sugiere que las fallas

en tratamientos previos y la inmediatez con la que se presenten los beneficios son factores claves para el manejo apropiado del medicamento.

Todos los medicamentos tienen efectos secundarios potenciales, los cuales se multiplican con la complejidad del tratamiento. Los efectos secundarios del medicamento (Arce-Vega et al., 2017) disminuyen el ajuste al mismo y en ocasiones los efectos esperados pueden ser interpretados como consecuencias nocivas del medicamento, por tal motivo, un monitoreo constante al respecto merece la pena en el punto en que se eviten alteraciones debido a la variación en el nivel de tolerancia al medicamento (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017). Finalmente, se menciona que el inicio de un tratamiento a largo plazo durante la hospitalización, producto de un evento agudo, en vez de iniciarlo después, añade mayor oportunidad al ajuste terapéutico (Brown & Bussell, 2011).

Dimensión 5: Factores relacionados con la enfermedad

En esta dimensión se indican las características propias de la enfermedad (Arrivillaga et al., 2007; Mukona et al., 2017). Para ilustrar estos aspectos se mencionan situaciones como la ausencia de sintomatología (Arrivillaga et al., 2007) y el mejoramiento de la condición crónica como situaciones que llevan a que el paciente se sienta menos motivado para continuar con el tratamiento (Kardas et al., 2013). Las comorbilidades generan mayor dificultad en la implementación del tratamiento; tal es el caso de la diabetes, que usualmente viene acompañada de hipertensión, obesidad y depresión (Sabaté, 2003). De igual forma, se afirma que puede existir un vínculo significativo entre el dolor no manejado y la no adherencia (Surratt et al., 2015).

El papel del psicólogo de la salud en la adherencia al tratamiento

La evidencia es contundente al mostrar el efecto negativo que tiene en la adherencia señalar al paciente como único actor en este escenario (Nunes et al., 2009). La naturaleza multifactorial que es inherente a este tema (Kardas et al., 2013) incorpora la función que cumplen los profesionales de la salud y da cuenta de la necesidad de coordinar esfuerzos desde diferentes sectores para diversificar aportes y dar paso a las intervenciones suficientes que aborden los factores de riesgo modificables (Kardas et al., 2013; Sabater-Galindo, et al., 2016) para favorecer la aparición de los potenciales beneficios terapéuticos (Brown & Bussell, 2011; Capoccia et al., 2015). De este modo, resulta clave entender las dimensiones que abordan los factores tanto del paciente como del profesional de la salud y aquellos que influyen en la calidad de la relación terapéutica, como un paso fundamental en el desarrollo de intervenciones ajustadas al cambio de elementos que bloquean los resultados clínicos esperados (Schoenthaler et al., 2012).

La presencia del psicólogo de la salud provee una visión global e integradora en el análisis de las circunstancias que convergen y acentúan la disfuncionalidad de este fenómeno, en vista de que los factores modificables (Sabater-Galindo et al., 2016) se enlazan con componentes psicológicos en los niveles cognitivo, afectivo y conductual; tanto en la dimensión del paciente como en la dimensión del equipo de asistencia sanitaria, en donde se resalta principalmente la influencia de las habilidades comunicativas del profesional (Starr & Sacks, 2010; Zambrano et al., 2012; Jacobs et al., 2014), junto con la alfabetización en salud del paciente (Haghdoost et al., 2015) y el repertorio de creencias del mismo (Bermingham et al., 2011), en la forma como “dependiendo de las conceptualizaciones que realice la persona de la enfermedad, desarrollará una adaptación funcional a la misma” (Avirrillaga et al., 2007 p. 31). De esta manera, en la práctica clínica se menciona una ruta compuesta por especialistas en el área de la salud mental quienes, a partir de razones de juicio y una labor mancomunada, cumplan el rol amortiguador que contrarreste los efectos negativos que aparecen a partir del diagnóstico de enfermedad crónica y los cambios que implica el inicio de un tratamiento a largo plazo (Kenny et al., 2016).

El campo de la psicología de la salud engloba la detección y valoración multidimensional de la adherencia, especialmente de los factores susceptibles a modificar (Sabater-Galindo et al., 2016), junto con la sensibilización sobre la amplia gama de factores psicosociales que generan un declive en la capacidad

de afrontamiento activo de la enfermedad por parte del paciente y los familiares (Kenny et al., 2016). También se especifican acciones como promover y facilitar los espacios de interacción entre profesionales de diferentes disciplinas de la salud para evitar las divergencias y elementos de ruptura en las intervenciones sanitarias, en función de aunar esfuerzos y articular las funciones que se complementen hacia un objetivo general unificado. Finalmente, se estima que este campo se encarga de ofrecer las herramientas asociadas a intervenciones para mejorar la sinergia en el ambiente sanitario, por medio del fortalecimiento de las habilidades comunicativas en el equipo interdisciplinario (Kenny et al., 2016), de toma de decisiones y trabajo en equipo; acciones que sirven de escudero en los procesos hacia la definición y cumplimiento de las expectativas tanto del paciente como del equipo de asistencia sanitaria.

Conclusiones

Con base en los hallazgos se puede afirmar que la adherencia proporciona un mayor grado de consistencia a los tratamientos. Se estima que en la actualidad existe un acceso más fácil y extendido a los procedimientos farmacológicos y no farmacológicos; sin embargo, a pesar del beneficio que ofrecen en el alivio de síntomas, la disminución de exacerbaciones y el aumento de la esperanza de vida, las conductas asociadas al inadecuado uso de medicamentos a largo plazo y la suspensión de procesos terapéuticos en general pueden derivarse en dificultades serias, a causa de circunstancias particulares que hasta el momento no son bien entendidas (Katusiime et al., 2016). Cabe señalar que es así como se derivan coyunturas asociadas al empeoramiento de la condición física y/o mental de la persona, ya que principalmente en el contexto de la adherencia al medicamento se podría afirmar que existe un momento en el que la misma solución, siendo en este caso el tratamiento farmacológico, corre el riesgo de formar parte de la problemática, en el sentido en que los ciclos de las conductas de inicio y suspensión arbitraria del uso del medicamento, como también el inapropiado manejo del mismo, pueden generar repercusiones serias en la salud si no son controladas.

La disgregación conceptual puede ser un obstáculo que impide avanzar hacia la posibilidad de encontrar las raíces que incrementan la carga de las enfermedades crónicas. En este sentido, las ventajas de ir consolidando y unificando conceptualmente la adherencia y sus dimensiones, implicaría una mayor efectividad en la condensación de esfuerzos desde diferentes áreas de las ciencias de la salud, con el ánimo de proceder en la búsqueda de alternativas ante la situación actual. Por ende, conocer los avances conceptuales de la adherencia tuvo como base fundamental la profundización de un contenido teórico versátil, constituido principalmente por conceptos que emergen de manera innovadora y solidificada, en un intento por acoplar una óptica que tenga la capacidad de fomentar la curiosidad y el diálogo ameno entre los distintos sectores de la salud y la sociedad en general.

Lo anterior cumple la función de consolidar el concepto de adherencia dentro de su valor semántico y pragmático, siendo esto una oportunidad clave para disminuir la brecha de ambigüedades que se pueden presentar en el uso del término. No obstante, a pesar de que la OMS (Sabaté, 2003) hace hincapié en la necesidad de aplicar los términos que fomenten los requisitos esenciales de la práctica clínica efectiva, la más reciente definición de adherencia aún no se asume de manera

firme, debido a que en el ámbito práctico todavía existe un modelo pasivo del rol del paciente (Varela, 2010).

Brown y Brussell (2011) caracterizan la adherencia como el principal mediador entre el tratamiento y los resultados clínicos. Argumentan que en las últimas décadas la inconmensurable cantidad de investigaciones orientadas al desarrollo de medicamentos y pruebas sobre su eficacia —la mayoría en condiciones experimentales— han centrado el interés en buscar y confirmar el resultado, dejando de lado los principales elementos que lo determinan y que van de la mano con la realidad cotidiana de la persona, lo cual termina siendo el entorno por excelencia en donde el tratamiento, farmacológico o no farmacológico, va a ser utilizado (Brown & Brussell, 2011).

Los hallazgos sustentan la variedad en el nivel de impacto que tienen cada una de las dimensiones en la adherencia al tratamiento (Schoenthaler et al., 2012), en la manera como algunas cumplen una función central y otras tienen un carácter periférico. A partir de lo anterior se puede indicar que, teniendo en cuenta la capacidad de cambio, los factores que componen las dimensiones pueden ser caracterizados como modificables y no modificables (Sabater-Galindo et al., 2016). Esto brinda la posibilidad de encausar los esfuerzos de intervención de manera prioritaria, tal y como lo indican los entes reguladores y las autoridades sanitarias, en vista del menester de agilizar la mejora en las cifras de adherencia (Sabaté, 2003). En este sentido, los factores modificables están constituidos por las dimensiones del paciente y el equipo de asistencia sanitaria. El acto de anteponer estas dos dimensiones va de la mano con el efecto contundente que tiene la articulación oportuna del flujo de información entre la experiencia del profesional de la salud y el conocimiento del paciente (Sommerhalder et al., 2009).

Como resultado del análisis de la información, en las dimensiones del paciente y el equipo de asistencia sanitaria, se identificaron algunas conexiones más directas entre los factores que las componen, en las que se visibiliza con vigor el papel del profesional de la salud en la conducta adherente de la persona (Schmidt et al., 2006; Starr & Sacks, 2010; Brown & Bussell, 2011; Wu et al., 2014; Zhou & Gu, 2014; Capoccia et al., 2015).

La alfabetización en salud (Nutbeam, 2008; Figueroa, 2010; Oser, Fogle, & Bennett, 2014; Parvizi et al., 2017), la percepción de control sobre la enfermedad (Mosleh & Almalik, 2016), el sentido de autoeficacia (Rocha-Nieto et al., 2017), las creencias (Starr & Sacks, 2010; Zambrano et al., 2012; Jacobs et al., 2014; Sweileh et al., 2014), la capacidad de autogestión (Zhou & Gu, 2014) y la solidez

de los hábitos en salud (Burns et al., 2016) son algunos conceptos que destacan las investigaciones más recientes. Dentro de estos también se encuentra el uso de internet como medio de acceso a información que aporte al alcance de los resultados terapéuticos (McMullan, 2006; Brown & Bussell, 2011; Marín-Torres et al., 2013). Por el lado del equipo de asistencia sanitaria, se menciona la conexión entre la comunicación efectiva (Starr & Sacks, 2010) y la relación profesional de la salud-paciente (Schoenthaler et al., 2012; Náfrádi et al., 2017) como factores que, además, determinan en cierto grado algunos elementos de la dimensión del paciente (Katusiime, Corlett, Reeve, & Krska, 2016).

La connotación colaborativa y simétrica de la relación profesional de la salud-paciente (Schmidt et al., 2006) se encuentra implícita en el concepto de adherencia, en vista de que su definición introduce el acuerdo mutuo en la planeación del tratamiento. El conocimiento tanto del profesional como del paciente coexisten de tal manera que se crea un empalme en la transmisión de carácter bidireccional de información clínica relevante. De esta forma se resalta que, en la dinámica relacional ya mencionada, la *toma de decisiones compartida* (Youmans & Bibbins-Domingo, 2017) influye en la manera como el ambiente de colaboración se va llevando a cabo, siendo este entorno una línea base para la medición y validación de las necesidades de quien acude a la ayuda y la utiliza de manera efectiva.

La medición del nivel de adherencia evita los cambios innecesarios en el tratamiento, bien sea en términos de incremento de dosis en medicamentos o de aumento en la intensidad de la terapia (Bailey et al., 2012). En este contexto, las herramientas de evaluación centradas en el paciente (Katusiime et al., 2016) y de aproximación multidimensional sirven para determinar el nivel de impacto de los tratamientos desarrollados para el manejo de regímenes terapéuticos de alta complejidad (Lee et al., 2013).

Se plantea que los factores que surten un efecto de oportunidad en la adherencia pueden ser de tipo técnico, en donde los profesionales encargados del servicio aplican conocimientos y prácticas clínicas para darle una solución óptima a las problemáticas vinculadas al fenómeno, principalmente a través de la construcción de una alianza con el paciente que facilite la generación de un ambiente en donde prime la confianza y que al mismo tiempo promueva el monitoreo continuo del proceso terapéutico (Sabaté, 2003). Unión y colaboración entre paciente y profesional de la salud se colisionan para dar paso a una fuerza motriz importante para el cambio positivo, dejando de lado la subordinación que se presenta en una perspectiva pasiva del rol del paciente.

Con base en lo anterior se menciona el concepto de *comunicación efectiva* (Nunes et al., 2009; Starr & Sacks, 2011; Schoenthaler et al., 2012; Youmans & Bibbins-Domingo, 2017), como un factor clave, en la medida en que constituye una habilidad que busca evitar la confusión del consultante en el momento en el que este mismo se encuentre ante información posiblemente desconocida hasta el momento, especialmente si hay una condición de inmigrante, ya que puede llegar a restringir el uso del idioma local y con esto, el acceso a información sobre el propio estado de salud (Parada et al., 2012; Fernández et al., 2017).

En síntesis, la comunicación efectiva contribuye a un ambiente que propende por alentar a la persona hacia el alcance de sus objetivos, con la honestidad necesaria en la resolución de las dudas sobre el tratamiento y la formulación de preguntas apropiadas, de manera directa, sin emitir juicios de valor y, por consiguiente, que permita al profesional de la salud evaluar idóneamente los patrones de suministro del medicamento y en general, la capacidad con la que el paciente se adhiere (Brown & Bussell, 2011).

Aún no hay claridad sobre la forma como se presenta la relación entre *alfabetización en salud* y adherencia, sin embargo, se establece que en las decisiones informadas en salud es clave el papel que juega este factor (Nutbeam, 2008; Figueroa, 2010; Loke, et al., 2012; Oser, et al., 2017; Parvizi, et al., 2017). El apoyo en la comprensión del paciente acerca de la información de internet y la que circula en los medios de publicidad y mercadeo relacionada con salud se está convirtiendo en un campo de trabajo para los profesionales de asistencia sanitaria (McMullan, 2006; Sommerhalder et al., 2009). La presencia del paciente informado mediante internet conlleva cambios en la dinámica de la consulta al agregar elementos que se ajustan a la búsqueda de un espacio de mayor participación para la persona y la oportunidad de incrementar la comprensión y control en la misma, mediante la discusión colaborativa de la información obtenida de manera autónoma (Sommerhalder et al., 2009). Es así como se resuelve la importancia de que las consultas y los controles se caractericen por la integración de información complementaria que tiene el *paciente informático*, aquel que busca y obtiene información relacionada con su estado de salud vía internet (McMullan, 2006).

Siguiendo con la dimensión del paciente, se indica la diversidad de relaciones que se hallaron entre los factores de alfabetización en salud y creencias, con otros factores, bien sea pertenecientes a la misma dimensión u otras (Starr &

Sacks, 2010; Zambrano et al., 2012; Jacobs et al., 2014; Sweileh et al., 2014). De ahí que, a partir del análisis de la información recopilada, se identificaron interacciones con un matiz de vinculación cercana y mayores posibilidades de influencia mutua. Algunas de estas relaciones son alfabetización en salud y creencias culturales y/o creencias religiosas (Adejoh 2014; Mukona et al., 2017), alfabetización en salud y sentido de control (Nutbeam, 2008), evaluación de las creencias del paciente y alianza terapéutica (Jacobs et al., 2014), antecedentes de consumo de drogas ilegales y creencias asociadas a las consecuencias problemáticas del consumo de medicamentos (Wallace et al., 2017), comunicación efectiva del profesional y mayor control sobre la enfermedad por parte del paciente (Reinhardt et al., 2015).

El reciente incremento de las investigaciones sobre la relación entre adherencia y carga de la enfermedad, así como las particularidades y cambios de los sistemas y políticas de salud en distintos ámbitos han hecho necesario explorar medios originales y renovadores para comprender y analizar este conjunto de problemas desde diferentes disciplinas como la medicina, la psicología y la farmacología. Lo anterior ha dado paso a la conformación de un cuerpo documental sobre el cual el área de la psicología de la salud ha tenido presencia, al brindar las herramientas de comprensión necesarias para dar cuenta de los principios que pueden llegar a ser generalizables en el abordaje de una conducta compleja en salud como lo es la adherencia.

Es claro que los datos ya especificados se inclinan hasta cierto punto a la adherencia farmacológica, esto probablemente como consecuencia de la restricción del concepto al marco de los procedimientos médicos asociados a la prescripción de medicamentos. Con todo y lo anterior, se ve la necesidad de abordar de manera más completa la adherencia tanto en el plano farmacológico como en el no farmacológico.

La generalización de los hallazgos es limitada debido a que los estudios revisados abarcan sólo una parte del universo científico desarrollado hasta el momento sobre el constructo de la adherencia; además de esto, los idiomas de los datos revisados se restringen al inglés y al español. Esto dificulta las posibilidades de aplicar de manera global la información obtenida hasta el momento. Aun así, es necesario dar continuidad al abordaje y profundización conceptual correspondiente que se encaminen hacia el aporte de una mayor claridad sobre la naturaleza del tema central de la investigación.

Teniendo en cuenta los hallazgos relacionados con la dimensión del equipo prestador de los servicios de salud, se plantea el interrogante de cuál es el papel que juega la comunicación del diagnóstico de enfermedad crónica en la adherencia al tratamiento, siendo este el primer contacto que la persona tiene con la condición que presenta.

Referencias

- Adejoh, S. O. (2014). Diabetes knowledge, health belief, and diabetes management among the Igala, Nigeria. *SAGE Open*, 1-8. doi: 10.1177/2158244014539966
- Adeyemi, A. O., Rascati, K. L., Lawson, K. A., & Strassels, S. A. (2012). Adherence to oral antidiabetic medications in the pediatric population with type 2 diabetes: A retrospective database analysis. *Clinical Therapeutics*, 34, 712-719.
- Amin, K., Farley, J. F., Maciejewski, M. L., & Domino, M. E. (2017). Effect of Medicaid policy changes on medication adherence: Differences by baseline adherence. *Journal Manage Care and Specialty Pharmacy*, 23(3), 337-45.
- Arce-Vega, R., Ángeles-Llerenas, A., Villegas-Trejo, A., & Ramos, C. (2017). Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con enfermedad de Chagas del estado de Morelos. *Revista Biomédica*, 28(1), 25-37.
- Arrivillaga, M., Correa, D., & Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Manual Moderno: Bogotá.
- Bailey, G. R., Barner, J. C., Weems, J. K., Leckbee, G., Solis, R., Montemayor, D., & Pope, N. (2012). Assessing barriers to medication adherence in underserved patients with diabetes in Texas. *The Diabetes Educator*, 38(2).
- Belluck, P. (2017). *First digital pill approved to worries about biomedical "big brother"*. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/2017/11/13/health/digital-pill-fda.html>
- Bermingham, M., Hayden, J., Dawkins, I., Miwa, S., Gibson, D., McDonald, K., & Ledwidge, M. (2011). Prospective analysis of LDL-C goal achievement and self-reported medication adherence among statin users in primary care. *Clinical Therapeutics*, 33(9), 1180-1189. doi: 10.1016/j.clinthera.2011.07.007
- Blashill, A., Ehlinger, P., Mayer, K., & Safren, S. (2015). Optimizing adherence to preexposure and postexposure prophylaxis: The need for an integrated biobehavioral approach. *Clinical Infectious Diseases*, 60(3), 187-190.
- Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304-314. doi: 10.4065/mcp.2010.0575
- Burns, R., Deschênes, S. S., Knäuper, B., & Schmitz, N. (2016). Habit strength as a moderator of the association between symptoms of poor mental health and unintentional non-adherence to oral hypoglycemic medication in adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, ID 1359105316674269, 1-6. doi: 10.1177/1359105316674269

- Capoccia, K., Odegaard, P. S., & Letassy, N. (2015). Medication adherence with diabetes medication. A systematic review of the literature. *The Diabetes EDUCATOR*, 42(1). doi: 10.1177/0145721715619038
- Castaño-Castrillón, J., Echeverri-Rubio, C., Giraldo-Cardona, J., Maldonado-Mora, A., Melo-Parra, J., Meza-Orozco, G., Montenegro-Gutiérrez, C., Peláez-Ramos, C., Perdomo-Muñoz, J., & Rodríguez-Arias, E. (2012). Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales (Colombia). *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(3), 179-197.
- Devonshire, V., Lapierre, Y., Macdonell, R., Ramo-Tello, C., Patti, F., Fontoura, P., Suchet, L., Hyde, R., Balla, I., Frohman, E. M., & Kieseier, B. C. (2011). The Global Adherence Project (GAP): A multicenter observational study on adherence to disease-modifying therapies in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 18, 69-77. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03110.x
- Díaz-Caycedo, N., Payán-Madriñán, M. A., & Pérez-Acosta, A. M. (2014). Aproximación psicológica al comportamiento de automedicación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 17-29.
- Feehan, M., Morrison, M. A., Tak, C., Morisky, D. E., DeAngelis, M. M., & Munger, M. A. (2017). Factors predicting self-reported medication low adherence in a large sample of adults in the us general population: a cross-sectional study. *British Medical Journal Open*, 7. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014435
- Fernández, A., Quan, J., Moffet, H., Parker, M. M., Schillinger, D., & Karter, A. J. (2017). Adherence to newly prescribed diabetes medications among insured Latino and white patients with diabetes. *JAMA Internal Medicine*, 177(3), 371-379. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8653
- Figuroa, C. (2010). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010. (Tesis de maestría, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia). Recuperado de <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf>
- Guimarães de Souza, T., Oliveira, A., Capriata de Souza, R., Fernandes, C., Ferreira, R., & Uiera do Carmo, P. (2016). Malaria knowledge and treatment adherence in a Brazilian Amazon community. *Journal of Infection in Developing Countries*, 10(11), 1258-1264. doi: 10.3855/jidc.7129

- Haghdoost, A. A., Rakhshani, F., Aarabi, M., Montazeri, A., Tavousi, M., Solimanian, A., Sarbandi, F., Namdar, H., & Iranpour, A., (2015). Iranian health literacy questionnaire (IHLQ): An instrument for measuring health literacy in Iran. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 17(6). doi: 10.5812/ircmj.17(5)2015.25831
- Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patients adherence: A review of systematic review. *Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research*, 91(4). doi: 10.3389/fphar.2013.00091
- Katusiime, B., Corlett, S., Reeve, J., & Krska, J. (2016). Measuring medicine-related experiences from the patient perspective: a systematic review. *Patient Related Outcome Measures*, 7, 157-171. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PROM.S102198>
- Kenny, S., Majeed, K., Zhand, N., Glikstein, R., Agid, R., & Dos Santos, M. (2016). Psychological comorbidities and compliance to interventional treatment of patients with cutaneous vascular malformations. *Interventional Neuroradiology*, 22(4), 489-494. doi: 10.1177/1591019916647194
- Jacobs, A., Kempainen, J. K., Taylor, J. S., & Hadsell, C. (2014). Beliefs about diabetes and medication adherence among Lumbee Indians living in rural Southeastern North Carolina. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 167-175. doi: 10.1177/1043659613515718
- Jankovic, N., Geelen, A., Streppel, M. T., Groot, L., Orfanos, P., Van den Hooven, E. H., Pikhart, H., Boffetta, P., Trichopoulou, A., Bobak, M., Bueno-de-Mesquita, H. B., Kee, F., Franco, O., Park, Y., Hallmans, G., Tjønneland, A., May, A. M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Amiano, P., Kampman, E., & Feskens, E. J. (2014). Adherence to a healthy diet according to the World Health Organization guidelines and all-cause mortality in elderly adults from Europe and the United States. *American Journal of Epidemiology*, 180(10). doi: 10.1093/aje/kwu229
- Lam, W., & Fresco, P. (2015). Medication adherence measures: An overview. *BioMed Research International*, ID 217047. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/217047>
- Lee, W. Y., Ahn, J., Kim, J. H., Hong, Y. P., Hong, S. K., Kim, Y. T., Lee, S. H., & Morisky, D. (2013). Reliability and validity of a self-reported measure of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus in Korea. *Journal of International Medical Research*, 41(4), 1098-1110. doi: 10.1177/0300060513484433

- Loke, Y. K., Hinz, I., Wang, X., & Salter, C. (2012). Systematic review of consistency between adherence to cardiovascular or diabetes medication and health literacy in older adults. *The Annals of Pharmacotherapy*, *46*. doi: 10.1345/aph.1Q718
- Marengo, M. F., & Suarez-Almazor, M. E. (2015). Improving treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis: What are the options? *International Journal of Clinical Rheumatology*, *10*(5), 345-356. doi: 10.2217/ijr.15.39
- Marín-Torres, V., Valverde, J., Sánchez, I., Sáenz, M., Polentinos-Castro, E., & Garrido, A. (2013). Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, *45*(1), 46-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.004>
- Márquez-Hernández, V. V., Granados, G., & Roales-Nieto, J. G. (2014). Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria*, *47*(2), 83-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.009>
- McMullan, M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counseling*, *63*, 24-28. doi: 10.1016/j.pec.2005.10.006
- Meece, J. (2014). Improving medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Journal of Pharmacy Practice*, *27*(2), 187-194. doi: 10.1177/0897190013513803
- Melko, C., Terry, P. E., Camp, K., Xi, M., & Healey, M. (2010). Diabetes health coaching improves medication adherence: A pilot study. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *4*(2). doi: 10.1177/1559827609351131
- Mosleh, S. M., & Almalik, M. M. A. (2016). Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *15*(4), 223–230. doi: 10.1177/1474515114563885
- Mukona, D., Munjanja, S., Zvinavashe, M., & Stray-Pederson, B. (2017). Adherence to anti-diabetic therapy in women with diabetes in pregnancy. *International Journal of Diabetes & its Complications*, *1*(4), 1-6.
- Náfrádi, L., Nakamoto, K., & Schulz, P. J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLOS ONE*, *12*(10). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>

- Nunes, V., Neilson, J., O'Flynn, N., Calvert, N., Kuntze, S., Smithson, H., Benson, J., Blair, J., Bowser, A., Clyne, W., Crome, P., Haddad, P., Hemingway, S., Horne, R., Johnson, S., Kelly, S., Packham, B., Patel, M., & Steel, J. (2009). Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. *National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners*. Londres. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015337/pdf/PubMedHealth_PMH0015337.pdf
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*, 2072–2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Osborne, R. H., Batterham, R.W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, *13*, 658. doi: 10.1186/1471-2458-13
- Oser, C. S., Fogle, C. C. & Bennett, J. A. (2017). A Project to Promote Adherence to Blood Pressure Medication Among People Who Use Community Pharmacies in Rural Montana, *Preventing Chronic Disease*, *14*. doi: <https://doi.org/10.5888/pcd14.160409>
- Páez, A. N., Caballero, L. P., López, N., Oróstegui, M., Orozco, L., & Valencia, L. I. (2014). Construct validity of an instrument to assess patient adherence to antihypertensive treatment. *Enfermería Global*, *34*, 48-57.
- Parada, H., Horton, L. A., Cherrington, A., Ibarra, L., & Ayala, G. X. (2012). Correlates of medication nonadherence among Latinos with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, *38*(4). doi: 10.1177/0145721712445215
- Park, L., Howie-Esquivel, J., Whooley, M., & Dracup, K. (2015). Psychosocial factors and medication adherence among patients with coronary heart disease: A text messaging intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. *14*(3) 264-273.
- Parker, M. M., Fernández, A., Moffet, H. H., Grant, R. W., Torreblanca, A., & Karter, A. J. (2017). Association of patient-physician language concordance and glycemic control for limited-English proficiency Latinos with type 2 diabetes. *JAMA Internal Medicine*, *177*(3), 380-387. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8648
- Parvizi, M. M., Lankarani, K. B., Handjani, F., Ghahramani, S., Parvizi, Z., & Roustas, S. (2017). Health literacy in patients with epidermolysis bullosa in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, *6*(105). doi: 10.4103/jehp.jehp_64_17

- Pouliot, A., Vaillancourt, R., Stacey, D., & Suter, P. (2017). Defining and identifying concepts of medication literacy: An international perspective. *Research in Social and Administrative Pharmacy* (in press). doi: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.11.005>
- Reinhardt, A., Møller, U., Andrésdóttir, G., Husted, G., & Willaing, I. (2015). Empowerment, motivation, and medical adherence (EMMA): the feasibility of a program for patient centered consultations to support medication adherence and blood glucose control in adults with type 2 diabetes. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1243-1253. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S85528>
- Riva, S., Nobili, A., DDjade, C., Mancuso, M., Santagostino, E., & Pravettoni, G. (2015). Cognitive and psychological profiles in treatment compliance: a study in an elderly population with hemophilia. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1141-1146. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S84749>
- Rocha-Nieto, L. M., Herrera-Delgado, C., & Vargas-Olano, M. (2017). Adherencia al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 61-81. doi: 10.15446/rcp.v26n1.53610
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- Sabater-Galindo, M., Fernández-Llimos, F., Sabater-Hernández, D., Martínez-Martínez, F. & Benrimoj, S. I. (2016). Healthcare professional-patient relationships: Systematic review of theoretical models from a community pharmacy perspective. *Patient Education and Counseling*, 99, 339-347. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.010>
- Said, K. (2017). Construction and validation of adherence to treatment scale among patients with essential high blood pressure. *Guru Journal of Behavioral and Social Sciences*, 5(1), 639-644.
- Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, O., Koch, E., & Romero, T. (2014). Influence of psychosocial factors on adherence to antihypertensive drug therapy: results from a cardiovascular health program cohort followed in the Metropolitan Region of Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1245-52.

- Schmidt, J., Cruz, F., Villaverde, C., Prados, D., García, M. P., Muñoz, A., & Pappous, A. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Index de Enfermería*, 15(54).
- Schoenthaler, A. M., Schwartz, B. S., Wood, C., & Stewart, W. F. (2012). Patient and physician factors associated with adherence to diabetes medications. *The Diabetes Educator*, 38(3). doi: 10.1177/0145721712440333.
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. 30(4), 268-273.
- Sommerhalder, K., Abraham, A., Zufferey, M. C., Barth, J., & Abel, T. (2009). Internet information and medical consultations: Experiences from patients' and physicians' perspectives. *Patient Education and Counseling*, 77, 266-271. doi: 10.1016/j.pec.2009.03.028
- Starr, B., & Sacks, R. (2010). Improving outcomes for patients with chronic disease: The medication adherence project (MAP) toolkit and training guide for primary care providers and pharmacists. Recuperado de: <http://medadherenceresources.com/upload/resources/Education-Tools/MARC%20-%20Medication%20Adherence%20Project%20Toolkit%20and%20Training%20Guide.pdf>
- Surratt, H. L., Kurtz, S. P., Levi-Minzi, M. A., Cicero, T. J., Tsuyuki, K., & O'Grady, C. L. (2015). Pain treatment and antiretroviral medication adherence among vulnerable HIV-positive patients. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(4), 186-192. doi: 10.1089/apc.2014.0104
- Sweileh, W. M., Zyoud, S. H., Abu Nab'a, R. J., Deleq, M. I., Enaia, M. I., Nassar, S. M., & Al-Jabi, S. W. (2014). Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. *BMC Public Health*, 14(94). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-94>
- Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento psicológico*, 7(14), 127-140.
- Vrijens, B., De Gees, S., Hughes, D. A., Przemylaw, K., Demonceau, J., Ruppert, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J., & Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.

- Wallace, B. H., Reese, A. M., Chard, S., Roth, E. G., Quinn, C., & Eckert, J. K. (2017). Understanding the subjective experience of medication adherence for older urban African Americans with type 2 diabetes and a history of illicit drug addiction. *Journal of Aging and Health, 29*(3), 489-509. doi: 10.1177/0898264316636840
- Williamson, D., Anton, S. D., Han, H., Champagne, C. M., Allen, R., LeBlanc, E., Ryan, D. H., McManus, K., Laranjo, N., Carey, V. J., Loria, C. M., Bray, G. A., & Sacks, F. M. (2010). Adherence is a multi-dimensional construct in the POUNDS LOST trial. *Journal of Behavioral Medicine, 33*(1), 35–46. doi: 10.1007/s10865-009-9230-7
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf
- Wu, J. R., DeWalt, D., Baker, D. W., Schillinger, D., Ruo, B., Bibbings-Domingo, K., Macabasco-O´Connel, A., Holmes, G. M., Broucksou, K. A., Erman, B., Hawk, V., Cene, C. W., Jones, C., & Pignone, M. (2014). A single-item self-report medication adherence question predicts hospitalization and death in patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing, 23*, 2554–2564. doi: 10.1111/jocn.12471
- Youmans, S. L., & Bibbins-Domingo, K. (2017). Assessing and promoting medication adherence. En T. E. King, M. B. Wheeler, (eds.). *Medical management of vulnerable and underserved patients: Principles, practice, and populations, 2e*. Nueva York: McGraw-Hill. Recuperado de: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1768§ionid=119149356>.
- Young, H. N., Kanchanasuwan, S., Cox, E. D., Moreno, M. M., & Havican, N. S. (2015). Barriers to medication use in rural underserved patients with asthma. *Research in Social Administrative Pharmacy, 11*(6), 909–914. doi: 10.1016/j.sapharm.2014.12.004
- Zaghloul, S., Waslien, C., Al Somaie, M., & Prakash, P. (2012). Low adherence of Kuwaiti adults to fruit and vegetable dietary guidelines. *Eastern Mediterranean Health Journal, 18*(5).
- Zambrano, R., Duitama, J. F., Posada, J. I., & Flórez, J. F. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 30*(2), 163-174.

- Zhou, B., & Gu, Y. (2014). Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: a single-blind randomized controlled trial in Shanghai, China. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26(6), 332-338. doi: <http://dx.doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.214076>
- Zullig, L. L., Gellad, W. F., Moaddeb, J., Crowley, M. J., Shrank, W., Granger, B. B., Granger, C. B., Trygstad, T., Liu, L. Z., & Bosworth, H. B. (2015). Improving diabetes medication adherence: successful, scalable interventions. *Patient Preference and Adherence*, 9, 139-149. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S69651>



Universidad del
Rosario