

Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito

Adherence to treatment in outpatient patients of health centers in Quito

Isabel Hernández¹; Nelly Sarmiento¹; Ivar Gonzalez²; Susana Galarza³;
Alejandro De la Bastida¹; Santiago Terán⁴; Enrique Terán^{1,4}.

Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador¹; Distrito 17D06 Chilibulo, Ministerio de Salud Pública del Ecuador²; Centro de Salud No. 1, Ministerio de Salud Pública³; Colegio de Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador⁴.

Recibido: 15/01/2018 Aceptado: 12/03/2018

Resumen:

La adherencia al tratamiento, según la OMS, es “La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica”. Dicha adherencia puede estar comprometida por varios factores relacionados tanto con el paciente y su entorno, como con los proveedores de salud. Existe un gran problema mundial relacionado con esta falta de adherencia, que lleva a incrementar la morbi-mortalidad, errores diagnósticos y tratamiento, los costos de salud y otros.

El objetivo del estudio fue determinar la adherencia al tratamiento en pacientes tomados de 3 centros de atención primaria de salud de Quito, Ecuador. Se realizó un estudio observacional y prospectivo. Se identificó a pacientes (n = 80) que recibieron algún tipo de tratamiento farmacológico ambulatorio y se realizó el seguimiento de su adherencia al tratamiento. Se encontró que 1 de cada 4 pacientes (25%) olvida tomar al menos 1 dosis de su tratamiento y, 2 de cada 5 (40%) no cumplen los horarios establecidos para la toma de medicación, independientemente de la patología o la duración del tratamiento. Por tanto, resulta indispensable implementar nuevos y diferentes instrumentos que permitan, al personal de salud, contribuir activamente a cambiar esta realidad.

Palabras claves: adherencia, atención primaria, cumplimiento del tratamiento, personal de enfermería.

Abstract:

Adherence to treatment according to the WHO refers to "the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider. Such adherence might be compromised by several factors related to both the patient and its environment, as well as health providers.

There is a large global problem related to this lack of adherence, which leads to an increase in morbidity and mortality, errors in diagnosis and treatment, increased costs of health, etc. The aim of this study was to determine adherence to treatment in patients from three primary health care centers in Quito, Ecuador. An observational and prospective study was carried out. Patients (n = 80) who received some kind of outpatient pharmacological treatment were identified and their adherence to the treatment was monitored. One out of four patients (25%) stated to have forgotten at least one dose of their treatment, and two out of five patients (40%) did not follow the established medication schedules, regardless of the pathology and duration of treatment. Therefore, it is essential to implement new and different instruments that allow health personnel to actively contribute to change this reality.

Key words: adherence, treatment accomplishment, nurses, primary care centers.

Correspondencia: Dr. Enrique Terán
Teléfonos: (593) 984 621 234
e-mail: eteran@usfq.edu.ec

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento se puede entender como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido; esta definición no varía de aquella propuesta por Galperin, para quien la adherencia al tratamiento es “*la medida en que el paciente responde a las indicaciones médicas y las hace suyas*”.¹ Dicha adherencia y sus distintos niveles de cumplimiento se han intentado explicar y pueden estar condicionadas por las características de la personalidad del paciente y diferentes variables v.gr.: creencias, tipo de enfermedad, tratamiento farmacológico, relación con el profesional de la salud, información provista por éste.

De acuerdo a Vrijens y Blaschke, la adherencia puede desglosarse en 3 partes:

- Iniciación (cuando el paciente toma la primera dosis de medicación).
- Implementación (grado de seguimiento del paciente).
- Descontinuación (cuando el paciente llega al final de tratamiento o deja de tomarlo).^{2,3}

Por otro lado, para la OMS, la adherencia es un “fenómeno multidimensional determinado por la interacción de 5 factores o dimensiones, por lo que la creencia común de que el paciente es el único responsable demuestra el desconocimiento de que existen otros factores que la afectan”.⁴ Estos factores están relacionados con los siguientes aspectos:

1. Socio-económico (etnia, raza, edad, sexo, etc.).
2. Sistema de salud (servicios de salud poco desarrollados, reembolso inadecuado o no existente, malos sistemas de distribución de medicinas, exceso de trabajo de los profesionales de salud, falta de incentivos y sistemas de retroalimentación, etc.).
3. Enfermedad (severidad de los síntomas, nivel de discapacidad, tasa de progresión de la enfermedad, etc.).
4. Tratamiento (complejidad, duración, fracasos previos, cambios frecuentes, efectos adversos, etc.).
5. Paciente (recursos económicos, conocimiento, actitudes, creencias, percepciones, etc.).

Lamentablemente, la deficiente adherencia al tratamiento se asocia con una serie de consecuencias desfavorables; v.gr.: incremento de la morbilidad, aumento de errores diagnósticos y terapéuticos, elevación de los costos de atención en salud e insatisfacción, y problemas en la relación profesional de la salud / paciente.

Con estos antecedentes, el objetivo del presente estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes que acuden a los centros de atención primaria ambulatoria en la ciudad de Quito, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio, observacional y prospectivo, se llevó a cabo en la consulta externa de 3 centros de salud de la ciudad de Quito, Ecuador. La muestra fue tomada entre los

meses de mayo y agosto de 2014. Se captó la información, previa autorización de la dirección de cada centro de salud, identificando a los pacientes que luego de la consulta médica recibieron algún tipo de prescripción médica para cumplirla de manera ambulatoria. Después del consentimiento informado verbal por parte de los participantes, se realizó el registro de sus datos de contacto para posteriormente realizar la evaluación de seguimiento del tratamiento, antes de su finalización.

Por tratarse de un proyecto piloto, no se seleccionó una patología específica ni tampoco un grupo particular de pacientes sino que se realizó un muestreo generalizado de todo paciente cuya consulta culminaba con una prescripción médica.

La observación final incluyó los siguientes resultados:

1. Olvido en la toma de la medicación.
2. Olvido del horario de toma de la medicación.
3. Motivo para suspender la toma de la medicación.
4. Dificultad para tomar la medicación.
5. Dudas resueltas por parte del personal de salud.
6. Información suficiente recibida sobre la toma de la medicación.
7. Entendimiento de las indicaciones para tomar la medicación.

El estudio fue realizado en las siguientes unidades de atención primaria del Ministerio de Salud Pública del Ecuador:

- Centro de Salud # 1, ubicado en la parte céntrica de la ciudad (Centro Histórico).
- Centro de Salud # 5, ubicado en la zona sur de la ciudad (La Magdalena).
- Centro de Salud # 8, ubicado en la zona norte de la ciudad (Cotocollao).

La información se tabuló en una base de datos electrónica de Microsoft Excel, utilizando la prueba de Chi cuadrado mediante el programa GraphPad InStat v3.00 de Windows, para la estadística inferencial.

RESULTADOS

En total se entrevistaron a 414 pacientes, de los cuales 73 (18%) correspondieron al Centro de Salud No. 1; 232 (56%) al Centro de Salud No. 5 y 109 (26%) al Centro de Salud No. 8. Ingresaron al protocolo y se dio seguimiento a un total de 80 pacientes (n=80), de los cuales 19 pacientes (24%) pertenecieron al Centro No. 1; 31 (38%) al Centro No. 5 y 30 (38%) al centro No. 8. La edad promedio fue de 30.7 años (rango de edad: 6 meses a 87 años).

En cuanto al sexo, 66.3% de los pacientes fueron mujeres (n=53) y la especialidad más frecuente por la que visitaron

el centro de salud fue consulta de medicina general; también hubo unos pocos casos de atención odontológica o psiquiátrica (identificados como otros).

Independientemente del tipo de medicamento, vía y frecuencia de administración, frente a la pregunta “¿Durante este tratamiento, aunque sea una sola vez, ha olvidado usted tomar la medicación?”, el 27.5% (n=22) dio una respuesta afirmativa, sin que existan diferencias significativas entre los 3 centros estudiados.

En la pregunta: “Durante este tratamiento, ¿ha cumplido con el horario establecido para tomar la medicación?”; tomando en cuenta los 3 centros estudiados, el 40% (n=32) dio una respuesta negativa, siendo el porcentaje ligeramente menor, pero no significativo, en el Centro No. 1 (26%), comparado con el Centro No. 5 (45%) y Centro No. 8 (43%).

Al investigar la relación entre la respuesta al tratamiento y su discontinuación, se encontró que sólo 6 pacientes (7.5%) suspenderían la medicación ante una mejoría de su condición de salud, mientras que 19 (23.8%), indicaron que lo harían si se sienten mal o presentan algún efecto adverso al tomar la medicación. Asimismo, 7 pacientes (8.8%) mencionaron tener dificultad en la administración de la medicación.

En cuanto a la resolución de inquietudes sobre la medicación prescrita por parte del personal de salud, el 48.8% (n=39) refirió que sus inquietudes son resueltas siempre, siendo el valor significativamente menos frecuente en el Centro No. 1 (p=0.001) en comparación con el Centro No. 5 y No. 8.

De manera similar, sólo el 26.3% (n=21) tuvo la percepción de que el personal de salud siempre provee información sobre la medicación prescrita, mientras que el 55% (n=44) coincidieron en que la entrega de la información es realizada “a veces”. Sobre este punto, en el Centro de Salud No. 5 se identificó la mayor cantidad de pacientes que refirieron que “nunca” se les da información acerca de su tratamiento (p=0.0007).

Finalmente, el 70% (n=56) de los pacientes indicaron que siempre entienden las indicaciones sobre los medicamentos que constituyen su tratamiento.

DISCUSIÓN

En este estudio, realizado en 3 centros de atención primaria del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito, se encontró que aproximadamente 1 de cada 4 pacientes (27.5% de los pacientes bajo seguimiento) olvidan tomar al menos 1 de las dosis y 2 de cada 5 (40%) no cumplen con los horarios establecidos para la toma de la medicación. Estos resultados son independientes de la patología o de la duración del tratamiento. Dichos datos coinciden con la información de la literatura y revisiones sistemáticas de las últimas décadas, por lo cual se sabe que “dependiendo de las condiciones médicas y la complejidad de los regímenes requeridos, cerca del 40% de pacientes fallan en su adherencia a las recomendaciones de tratamiento y, cuando dichos regímenes son más complejos o requieren cambios, la falta de adherencia puede ser de hasta el 70%”.⁶ Estos datos concuerdan también con los de

la Organización Mundial de la Salud que toma en cuenta, también, el status socioeconómico como un factor adicional de falta de adherencia, pues en los países en vías de desarrollo la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo 50%.⁴

Estos 2 hallazgos por sí solos, relacionados con una toma o toma a destiempo de los medicamentos descritos, son un riesgo de fracaso de cualquier tratamiento farmacológico debido a los cambios de las concentraciones plasmáticas relacionadas con la dosis y frecuencia de dosificación.⁵ Además, se añade la falta de comunicación entre el médico y el paciente que conlleva nuevas complicaciones porque, a pesar de que el paciente no sigue la pauta terapéutica prescrita, el médico puede erróneamente efectuar cambios inapropiados de las dosis lo que puede resultar en complicaciones y resultados sub-óptimos.⁶ Por otro lado, no es sólo el paciente el afectado por la falta de adherencia al plan terapéutico, sino que ésta también puede asociarse con problemas de salud que afecten a la población general, incrementando el riesgo de nuevas enfermedades, v.gr.: infecciones bacterianas causadas por especies resistentes a distintos antibióticos.⁶

De esta forma, comprender la importancia y por qué del tratamiento es el primer paso para lograr la adherencia.⁷ Es decir, está sobreentendido que una adecuada información acerca de la patología y su tratamiento, explicados en un lenguaje fácil de comprender, es el primer paso de una correcta relación entre el paciente y el personal de la salud. De hecho y como afirmaremos más adelante, es fundamental informar de modo que se garantice niveles mínimos de comprensión y recuerdo para mejorar las tasas de adherencia a distintos tratamientos y procedimientos médicos.⁸⁻¹⁰

En este estudio, es interesante que el 70% de los pacientes reportó que entienden las indicaciones, pero simultáneamente y de manera paradójica, sólo 1 de cada 4 pacientes reportó que el personal de salud le brindó información sobre la medicación prescrita y casi la mitad manifestó que sus inquietudes no son resueltas siempre; por lo cual, sustentados en lo descrito, las oportunidades de fracaso en la adherencia pueden incrementar.

Lo mencionado es concordante con otros estudios similares, en los cuales los participantes reportaron sentir no haber sido informados suficientemente¹¹ o que el paciente –por una u otra razón– no hace las preguntas oportunas a pesar de sentirse poco informado.^{12, 13} Sin embargo, tampoco cabe soslayar el hecho de que algunas veces, a pesar de las acciones oportunas realizadas por el personal de salud, existen casos en los cuales persiste una falta de comprensión de la información por parte del paciente¹⁴ o inclusive olvido,¹¹ por lo que deberían considerarse estrategias de información más claras y didácticas.

El problema, en aquellos casos que no comprendieron correctamente, es que si el paciente no comunica oportunamente su falta de entendimiento de las instrucciones, el profesional de salud no va a interiorizar y aprender acerca de las dificultades por las cuales su mensaje no ha sido comprendido y, menos aún, va a rectificar su metodología informativa en las consultas subsiguientes, creyendo que sus indicaciones

fueron completamente entendidas.¹⁵ Por eso, para evitarlo, los profesionales de la salud deben utilizar no sólo las estrategias óptimas de entrega de información sino también aquellas que verifiquen la comprensión por parte del paciente.

Es importante, también, recordar que los pacientes que van a recibir un tratamiento tienen sus propias ideas de lo que significa una amenaza para la salud y, por lo tanto, planifican y actúan según éstas y los temores que las acompañan. Por este motivo, es imperativo investigar las creencias y dudas del paciente y sus familiares.⁷ En relación a lo expuesto en el presente estudio, se encontró que 1 de cada 4 pacientes podía suspender el tratamiento si existía algún problema, se sentía mal o presentaba algún efecto adverso. Por esto, es importante y necesario no actuar de manera rutinaria y, menos aún, suponer que el paciente conoce a la perfección su patología, enfocándonos únicamente en informarle del tratamiento a seguir, sino que también debería informarse acerca de la enfermedad que estamos planeando tratar, sus características, riesgos, complicaciones y pronóstico.

Es evidente, por tanto, que una correcta comunicación es necesaria para lograr un adecuado entendimiento y posterior adherencia al tratamiento. De este modo, atender a la comunicación verbal como a la no verbal puede ofrecer a los profesionales de la salud muchas pistas acerca de las dudas o incongruencias en el entendimiento de las indicaciones. Diferencias entre comunicación verbal y no verbal v.gr.: desviaciones de la mirada, manifestaciones no verbales de confusión y angustia, etc., pueden indicar que algo no marcha bien, aunque el paciente no lo mencione.⁷

Lamentablemente, basados en el punto anterior, los profesionales de la salud tienen muchas deficiencias en las habilidades sociales que exhiben con sus pacientes.¹⁶ Esas deficiencias tienen una repercusión negativa sobre la experiencia y la comprensión de la información dada, la participación del paciente en la toma de decisiones, el grado de satisfacción con la atención recibida, el mantenimiento de la relación con el profesional de la salud y –por supuesto– con la adherencia al tratamiento.⁷ De este modo se sobreentiende, una vez más, que para que el médico o el personal de salud logre una correcta comprensión del tratamiento por parte del paciente, debe existir primero una relación médico-paciente sólida y adecuada. Dicha relación, de acuerdo a Aslam et al., empieza con una *“buena primera impresión desde la recepción hasta la sala de examen... el paciente debe sentirse confortable, en un ambiente limpio y amigable... Durante la entrevista el médico debe permitir al paciente contar su historia, dudas y creencias sin interrupción; mantener contacto visual y realizar preguntas que reafirmen el entendimiento... finalmente el médico debe explicar el diagnóstico y plan de tratamiento de forma pausada y comprensible”*.¹⁷ De este modo, se logra crear y construir una relación adecuada entre los 2 participantes que, finalmente, logre una adecuada adherencia al tratamiento.

Luego de haber analizado los factores que se relacionan con la no adherencia al tratamiento, cabe preguntar: ¿qué podemos hacer para superarlo? El meta-análisis llevado a cabo por Aslam et al.¹⁷ para analizar las distintas estrategias

de promoción de una correcta adherencia al tratamiento, parte de lo que ellos llaman el “modelo de creencias de salud”, que sugiere que las decisiones relacionadas con la salud se sustentan en 5 conceptos, su explicación y posibles estrategias a seguir, los cuales se enuncian en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Modelo de creencias de salud, explicación y estrategias de adherencia.

Modelo de creencias de salud		
Conceptos	Explicación	Sugerencias de Estrategias
1. Percepción de la severidad de la enfermedad por parte del paciente	Las percepciones del paciente están directamente relacionadas con el conocimiento que tiene de la enfermedad que, en la mayoría de casos, es inadecuado.	Educar al paciente acerca de la naturaleza de su enfermedad y no sólo enfocarse en la prescripción de medicaciones o terapias.
2. Beneficios percibidos de que una recomendación en particular disminuirá sus riesgos y complicaciones	Estudios han demostrado que <i>“La educación que guía al uso del tratamiento y sensibiliza a los pacientes a los beneficios y los riesgos de no tratarse dan lugar a una mejor adherencia.”</i>	Educar al paciente acerca de la importancia del tratamiento. Confirmar el entendimiento del tratamiento por parte del paciente. Mejorar de la relación médico-paciente. Plan de acción escrito.
3. Eficacia propia	Creencia del paciente de que él mismo es capaz de tomar las acciones recomendadas y seguir los planes de tratamiento.	Reducir la brecha de tiempo entre cada consulta durante el tratamiento. Entrevista motivacional (utilizar los principios de empatía, desarrollar discrepancias, crear resistencias y apoyar la autoeficacia durante la consulta).
4. Barreras percibidas para el tratamiento	Barreras que pueden afectar la adherencia; v.gr.: status socioeconómico, costo de los medicamentos y terapias, complejidad del esquema terapéutico, motivación del paciente, efectos adversos, estilo de vida del paciente, etc.	Los tratamientos deben intentar ser lo más asequibles. Planificar esquemas de tratamiento más simples (menos dosis, combinación de medicamentos, etc.).
5. Sugerencias para la acción	Estrategias de distintos tipos que ayuden al paciente a “recordar” tomar su medicación.	Llamadas telefónicas. Mensajes de texto. Estrategias de memorización. Notas escritas en el empaque de la medicación.

Modificado de Aslam et al.¹⁷

Tampoco cabe duda de que los esfuerzos para incrementar la adherencia al tratamiento deben ser contemplados como el esfuerzo de todo el equipo,^{18,19} tomando en cuenta al paciente y su papel importante al momento de tomar decisiones y

proveer información. Además, en el equipo multidisciplinario, el personal de enfermería juega un papel fundamental por su directa interacción con el paciente.²⁰⁻²² Tal y como lo afirman Meichenbaum et al., al decir que "*Dada la actual tendencia de mayor especialización de las disciplinas médicas, el empleo de enfermeras para realizar las labores de entrenamiento en relación con diversos aspectos relacionados con adhesión, se está convirtiendo en un proyecto cada día más atractivo*".²³

Finalmente, podemos destacar, como puntos favorables de esta investigación que, según nuestro conocimiento, este es el primer estudio que se realiza en centros de atención primaria y quizás el primero en el país relacionado con este tema. Por esta razón, los resultados obtenidos son indispensables para profundizar y conocer esta problemática, así como para implementar nuevos y diferentes instrumentos que permitan evaluar de mejor manera la realidad del problema y finalmente corregirla.

También es necesario destacar que este estudio tuvo varias limitaciones, entre ellas: el reducido número de pacientes, la falta de selección de las patologías y la generalidad al momento de la evaluación. También destaca la importancia de la relación entre el profesional de la salud y el paciente, su intercomunicación y que no solamente el paciente es responsable de la adherencia y toma de decisiones.

CONCLUSIONES

- Dado que el éxito de un tratamiento farmacológico depende del adecuado y completo cumplimiento de las indicaciones por parte del paciente, es de gran preocupación el alto porcentaje de pacientes que olvidan administrar su medicación o lo hacen en los horarios equivocados, encontrado en este estudio.
- Existen pacientes que por desconocimiento suspenden su tratamiento al sentirse mejor o, con mayor frecuencia, cuando aparece algún problema o su condición no mejora.
- Un porcentaje importante de pacientes considera que el personal de salud no les brinda información suficiente o no siempre resuelve sus inquietudes acerca del tratamiento que reciben.
- Los profesionales de la salud, en los centros estudiados, no tienen establecidos procedimientos para evaluar y mucho menos estimular la adherencia al tratamiento.
- Se debe recordar que el incumplimiento o la deficiente adherencia a las prescripciones de salud se asocian con una serie de consecuencias desfavorables; v.gr.:
 1. Incremento del riesgo, la morbilidad y la mortalidad.
 2. Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento.
 3. Aumento de los costos de atención.
 4. Insatisfacción y problemas en la relación entre el profesional y el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **Galperin J.** Cumplimiento terapéutico. En: **Castells S, Hernández M,** eds. Farmacología en Enfermería. 2da. ed. España: Elsevier; 2007;pp.570.
2. **Vrijens B, Urquhart J, White D.** Electronically monitored dosing histories can be used to develop a medication-taking habit and manage patient adherence. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2014;7:633-644.
3. **Blaschke TF, Osterberg L, Vrijens B, Urquhart J.** Adherence to medications: insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2012;52:275-301.
4. **World Health Organization.** Adherence to Long Term therapies, Evidence for action. WHO. Geneva. 2003.
5. **Rang H, Dale M, Ritter J, Flower R.** Farmacología. Elsevier. Barcelona, España. 2008.
6. **Martín LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR.** The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2005;1:189-199.
7. **Ortego M, Lopez S, Alvarez M.** La adherencia al tratamiento. Recuperado http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf_reunidos/tema_14.pdf. 2014
8. **Ley P.** Patients understanding and recall in clinical communication failure, Doctor-patient communication. Academic Press. London. 1983;pp.89-107.
9. **Ley P, Llewellyn S.** Improving patient's understanding, recall, satisfaction and compliance. *Health psychology. Processes and applications.* Chapman & Hall. London. 1985;pp.75-98.
10. **Lorenc L, Branthwite A.** Are older adults less compliant with prescribed medication than younger adults? *Br J Clin Psychol* 1993;32:485-492.
11. **Ley P.** Communicating with patients. Croom Helm. London. 1988.
12. **Carstairs V.** Channels of communication. Scottish Home and Health Department. Edinburgh. 1970.
13. **Mayou R, Williamson B, Foster A.** Attitudes and advice after myocardial infarction. *BMJ* 1976;1:1577-1579.
14. **Godoy J, Sánchez-Huete R, Muela J.** Evaluación del nivel de comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria. *Psicología de la Salud* 1994;6:103-122.
15. **Menéndez F.** Ciencias de la conducta. UNED. Madrid. 1980.
16. **Gil F, García M, León JM, Jarana L.** La formación de los profesionales de la salud. En: Gil F et al. (coord.). *Habilidades sociales y salud.* Madrid: Eudema. 1992;pp.90-98.
17. **Aslam I, Feldman S.** Practical Strategies to Improve Patient Adherence to Treatment Regimens. *Southern Med J* 2015;108:325-331.
18. **Codina C, Knobel H, Miró J, Carmona A, García B, Antela A.** Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp* 1999;23:215-229.
19. **Vázquez F, Becoña E.** Estrategias para los profesionales de la salud para prevenir el inicio del consumo del tabaco. *Psiquis* 1999;20:17-29.
20. **DiMatteo M, DiNicola D.** Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role. Pergamon Press. New York. 1982.
21. **Hogue C.** Nursing and compliance. En: **R. Haynes, D. Taylor, D. Sackett,** Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
22. **Polaino-Lorente A.** Introducción a la modificación de conducta para profesionales de Enfermería. Barcelona: PPU. 1989.
23. **Meichenbaum D, Turk D.** Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Bilbao: DDB. 2015.