

Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles

Therapeutic adherence in patient with noncommunicable chronic diseases

Gustavo R. Mora Marcial, Katina Verdecia Tamallo, Thais de las Mercedes Rodríguez Vergara, Bárbara Nelía del Pino, Clara Guerra Cabrera

Policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja". Camajuaní, Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades crónicas no transmisibles representan una carga de morbilidad importante mundialmente, la falta de adherencia a los tratamientos tiene repercusiones médicas, económicas y psicosocial.

Objetivo: caracterizar la adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles.

Métodos: estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el consultorio médico 13 perteneciente al policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja" del municipio Camajuaní. Población conformada por todos los pacientes con diagnóstico de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (182). La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico por criterios (68). Se aplicó un cuestionario para contrastar la información recogida en la historia de salud familiar e historias clínicas. El nivel de conocimientos se evaluó por medio de un cuestionario diagnóstico.

Resultados: predominó el grupo de edad de 80 y más años (20,5 %) y el sexo femenino; según control de la afección, se constató que del total, 55,8 % no cumplía los criterios de adherencia terapéutica, de ellos, el 47,0 % y 35,2 % se encontraban parcialmente controlado y no controlado respectivamente. Dentro de las causas de mal control de enfermedades crónicas predominó la inadecuada adherencia al tratamiento médico (90,5 %), resultó significativo para las distintas enfermedades crónicas la inadecuada adherencia terapéutica, existiendo relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia terapéutica, predominando el bajo nivel de conocimientos con no adherencia terapéutica.

Conclusiones: la falta de adherencia terapéutica se asoció al bajo nivel de conocimientos y al mal control de enfermedades crónicas.

Palabras clave: enfermedades crónicas no transmisibles; auto cuidado; prevención; adherencia terapéutica.

ABSTRACT

Introduction: Chronic noncommunicable diseases represent a major burden for morbidity worldwide. Lack of adherence to treatments has medical, economic and psychosocial repercussions.

Objective: To characterize therapeutic adherence in patients with some chronic noncommunicable diseases.

Methods: Retrospective, longitudinal, descriptive study performed in the family physician's office # 13 belonging to Octavio de la Concepción y Pedraja Polyclinic in Camajuaní Municipality. The population was made up of all patients diagnosed with chronic noncommunicable diseases (182). The sample was chosen using nonprobabilistic sampling by criteria (68). A questionnaire was applied to compare information collected in the history of family health and medical records. The level of knowledge was assessed by means of a diagnostic questionnaire.

Results: The age group 80 and over (20.5 %) and the female sex were predominant. According to the affection's control, 55.8 % did not meet the adherence criteria, a figure of which 47.0 % and 35.2 % were partially controlled and not controlled, respectively. Among the causes of poor control of chronic diseases, inadequate adherence to medical treatment (90.5 %) predominated, inadequate therapeutic adherence was significant for the different chronic diseases, and there was a relationship between the level of knowledge and therapeutic adherence, with a predominant low level of knowledge with lack of therapeutic adherence.

Conclusions: Lack of therapeutic adherence was associated with low level of knowledge and poor control of chronic diseases.

Keywords: noncommunicable chronic diseases; self-care; prevention; therapeutic adherence.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la carga de morbilidad más importante para los países industrializados y su incidencia está aumentando rápidamente entre los países en desarrollo debido a las transiciones demográficas y a los cambios en el estilo de vida de la población.^{1,2}

En América Latina en el último quinquenio hubo 800 000 defunciones debido a estos trastornos (25 % del total de muerte), y en Canadá y Estados Unidos la cuantía se acerca al 60 %. Estos trastornos y su relación con los factores de riesgo que inciden en su aparición constituyen la primera causa de mortalidad en 31 de los 35 países analizados del continente americano.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha respondido asignando en su programa de trabajo una mayor prioridad a la prevención, el control y la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La prevención efectuada a nivel de la atención primaria de salud, apoyada en programas integrales para toda la población, constituye el método más eficaz en función de los costos.^{4,5}

Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia.⁶

La OMS reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica, así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud.⁴

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento.⁷

El objetivo de este trabajo es caracterizar la adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el consultorio médico 13 perteneciente al policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja" del municipio Camajuaní, provincia Villa Clara, durante el período comprendido de noviembre de 2014 a junio de 2016.

La población, conformada por todos los pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles, un total de 182 pacientes y la muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico por criterios.

Criterios de inclusión: pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, cardiopatía isquémica) de ambos sexos, dispensarizados en el consultorio No. 13. y que fueran mayores de 20 años de edad.

Criterios de exclusión: pacientes con trastornos psiquiátricos que no constituyan un sujeto fiable para el estudio o aquellos con enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, cardiopatía isquémica) dispensarizados en el consultorio No. 13, pero que no se encuentren residiendo en el radio de acción en el que se desarrolla la investigación.

De esta forma la muestra quedó conformada por 68 pacientes.

Como método empírico se utilizó la revisión documental de historias clínicas individuales e historias de salud familiar, lo que permitió obtener grupo dispensarial, seguimiento y control de la enfermedad crónica.

También se usó el cuestionario, para contrastar datos de actualización de la información recogida en la historia de salud familiar e historias clínicas individuales en relación al proceso de dispensarización y otras variables de interés en el estudio, el cual fue validado por un pilotaje previo en un grupo de pacientes portadores de otras enfermedades crónicas. El mismo incluyó dos secciones: datos generales (edad, sexo, estado civil, escolaridad ocupación) y caracterización de la enfermedad (tiempo de evolución, complicaciones crónicas, adherencia al tratamiento).

Posteriormente se aplicó un cuestionario inicial exploratorio de 9 bloques de preguntas tipo test para medir el nivel de conocimientos sobre adherencia terapéutica para las enfermedades crónicas no transmisibles, otorgándose una evaluación en una escala de alto, medio y bajo según la suma total del valor de cada una de las preguntas previamente establecido en la clave de calificación.

Cada pregunta tiene cinco opciones a marcar con valor de 4 puntos, según escala de evaluación.

Se consideró:

- Alto: si obtenían 15-20 puntos en la pregunta.
- Medio: si obtenían de 10-14 puntos en la pregunta.
- Bajo: Si obtenían menos de 10 puntos.

Los datos obtenidos fueron procesados en SPSS, versión 13.0 para Windows, los resultados son presentados en tablas y gráficos confeccionados en Microsoft EXCEL 2007, se les aplicó el método estadístico descriptivo, porcentual según el caso y los métodos estadísticos inferenciales de la prueba no paramétrica del Shi-cuadrado utilizado para contrastar la hipótesis de que las variables de fila y columna son independientes. A efectos prácticos, el valor de significación es más importante que el valor real del estadístico:

- Si $p < 0,05$ la relación es significativa.
- Si $p > 0,05$ no existe relación significativa.

El cálculo porcentual se utilizó para el procesamiento de la información obtenida.

Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, los beneficios que de él se pueden derivar. Dejaron constancia escrita de su voluntariedad para participar.

RESULTADOS

Los pacientes, según grupo de edad, mostraron un predominio de 80 y más años con catorce pacientes (20,6 %).

Al analizar la adherencia terapéutica, según control de la afección, se constató un total de 38 pacientes que no cumplían los criterios de adherencia terapéutica (55,8 %), de ellos el 47,0 % y 35,2 % se encontraba parcialmente controlado y no controlado respectivamente.

Del total general de pacientes (42) con mal control, 38 (90,5 %) no tenían adecuada adherencia al tratamiento médico, 34 (80,9 %) tenían bajo nivel de conocimientos, 32 con bajo nivel de escolaridad y 24 (57,1 %) con edad avanzada.

Los pacientes que presentaron inadecuada adherencia terapéutica fueron: 15 pacientes hipertensos (75,0 %), 14 pacientes con cardiopatía isquémica (70,0 %), 14 con diabetes mellitus (77,7 %) y 8 con asma bronquial (80,0 %), resultados estos estadísticamente significativos para las distintas enfermedades.

Al relacionar el nivel de conocimientos de los pacientes con la adherencia terapéutica inadecuada predominó el nivel bajo con 22 pacientes para el 32,3 %, seguido del medio para el 31,5 %, resultados significativos estadísticamente.

DISCUSIÓN

Según *Radhakrishnan*⁸ en estudios que abordan esta afección, se pudo conocer que las enfermedades crónicas se incrementan a partir de los 45 años y alcanza las tasas superiores en aquellas con más de 65 años, en relación directa con el envejecimiento de la población.

*Soria Trujano y cols.*⁹ plantean que las tasas se incrementan con la edad y la frecuencia es mayor en mujeres, resultados estos que coinciden con los hallados en nuestro estudio.

*Sánchez Ulayar y cols.*¹⁰ constataron en un grupo de pacientes con enfermedades crónicas (con 59 años de edad promedio), un porcentaje de no cumplimiento al tratamiento farmacológico del 62 %, no obstante, plantean que se debe tener en cuenta la diferencia entre el término de cumplimiento y adherencia de acuerdo a lo promovido por la OMS, teniendo en cuenta que el desarrollo de programas de educación al paciente con estas afecciones comienza a emerger como una alternativa para esta población. Estos resultados coinciden con el nuestro y difiere de los resultados encontrados por *Nair*¹¹ sobre la tendencia en cuanto a las posibilidades de presentar complicaciones crónicas y mal control de la afección en función del número de años de la enfermedad (de modo que las poblaciones con pocos años con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo que aquellas que ya tienen más de 10 años de evolución), lo que a criterio del autor parece indicar la probabilidad de que varios factores clave en el control del paciente con enfermedad crónica se vean desfavorecidas por la inexperiencia del paciente durante su corta convivencia con el padecimiento.

Son justo estos primeros años de diagnóstico y tratamiento (tanto farmacológico como no farmacológico) en los que se develan problemas con la adherencia al tratamiento, que pueden derivar en mal control y seguimiento. Se deberán tomar en cuenta la posibilidad de que otros factores de tipo externo puedan influir en la descompensación y que son reconocidos como detonantes, así es el caso de aspectos emocionales (depresión, estrés) o factores sociales (núcleo y dinámica familiar) y laborales (desempleo).¹²

Estos resultados son claros sugerentes de la importancia de la promoción de la educación al paciente sobre su enfermedad y tratamiento, que como se constató no son ampliamente explotados en esta población. Además, se sugiere considerar el desarrollo de programas de seguimiento farmacoterapéutico para contribuir en el cuidado del paciente.

En un estudio de exploración sobre la dimensión (información, conocimiento) las referencias de los sujetos con enfermedades crónicas parecerían contradictorias. Aunque suelen expresar que "conocen" la enfermedad (por reconocer el término "Crónica" como una enfermedad "para toda la vida", las exploraciones sucesivas muestran que en realidad dominan información muy elemental, aislada, estereotipada, a veces errónea, que tiende a sobredimensionar ciertos aspectos de la enfermedad en detrimento de otros, y que a duras penas, alcanza para comprender sus causas, manifestaciones y tratamiento. La información sobre las formas más saludables de convivir con la enfermedad y de lograr el control sistemático comúnmente está ausente, lo que coincide con el estudio realizado.¹³

*Martín y cols.*¹⁴ también hallaron creencias que subestiman y desacreditan las enfermedades crónicas y su impacto ("la diabetes o la hipertensión no es nada"), o la asocian a ultranza con sus "complicaciones" (ceguera, amputación e insuficiencia renal).¹⁵ El primer enfoque aparece muy relacionado con el desconocimiento de las formas de expresión de la enfermedad o con el hecho de que sus manifestaciones más visibles aparecen a largo plazo, lo cual conlleva a subvalorar los cuidados de salud. La segunda alternativa sobredimensiona los aspectos más negativos de la enfermedad, y desconoce o minimiza el valor de los cuidados de salud, la adhesión al tratamiento y la educación en enfermedades crónicas como pilares fundamentales para el adecuado control.

Desde el posicionamiento del autor estas respuestas de temor, sensación de falta de control y vulnerabilidad, pueden expresarse en la "paralización" del uso de recursos de afrontamiento activo a la enfermedad, por lo que desde esta dimensión se debilitan las motivaciones más básicas y necesarias para involucrarse en los procesos de atención y en los cuidados sistemáticos de salud en este grupo de pacientes, por lo que a su criterio explorar las creencias y la información que dominan las personas con algunas de estas enfermedades crónicas se convierte en un paso inicial importante y necesario para motivar ajustes y enriquecer la información y conocimiento de las personas, de forma tal, que se exprese de forma positiva en el proceso de salud y la calidad de vida de las personas.

*Martín*¹⁶ obtuvo resultados similares en cuanto al reconocimiento de la edad y el nivel de escolaridad, pues se asocian con los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje, sí se tiene en cuenta la adaptación del método de enseñanza a las características y necesidades específicas del grupo, así como la participación activa de este en todo el proceso de aprendizaje, cuestiones estas que fueron tenidas en cuenta durante la aplicación del programa educativo, y se logró efectividad con independencia de dichas variables.

*Martín Alfonso*¹⁷ aborda la educación de las personas con enfermedades crónicas como un componente esencial de las estrategias de prevención y tratamiento.

A criterio del autor no reemplaza el tratamiento médico, pero proporciona el estímulo necesario para encarar un cambio radical en el estilo de vida, las nuevas concepciones de la educación y la promoción del derecho a la educación para la salud, reconocen que la educación en estas enfermedades es un aspecto indispensable del tratamiento, si se quiere garantizar la participación activa de las personas diabéticas en el control y el tratamiento eficaz de su afección.

Similares resultados a los encontrados se destacan en otros estudios realizados sobre la educación a personas con enfermedades crónicas, donde se evidenciaron, igualmente, cambios positivos en cuanto a conocimientos básicos sobre la enfermedad en los pacientes que recibieron el curso de información básica.¹⁸

Un estudio de intervención realizado por *García*¹⁹ en adolescentes con diabetes mellitus tipo 2 también reporta resultados similares a los obtenidos; a estos adolescentes se les impartió un curso básico sobre diabetes mellitus, fueron evaluados al final, y obtuvieron una diferencia estadística significativa en cuanto a los resultados en los diferentes momentos de la intervención, con una media de puntuación inicial de 79,5 y la final de 91,2, y un valor $p < 0,01$.²⁰

Los resultados de un estudio realizado por *Radhakrishnan*⁸ cuyo objetivo fue verificar el conocimiento de las personas con diabetes mellitus en relación con la enfermedad, causas, y complicaciones subsecuentes, destacaron la importancia en el autocuidado, y arrojó que apenas el 28,6 % de los encuestados tenían conocimientos básicos sobre su enfermedad.

Coinciden con los hallazgos obtenidos, los encontrados por *Coleman*²¹ que demuestran que el accionar desde la dimensión educativa en pacientes con hipertensión arterial se adapta a las necesidades de los grupos, independientemente de la edad y el nivel de escolaridad. Esto coincide con lo encontrado en estudios realizados por *García y cols.*²²

Al comparar los resultados de este estudio con un estudio realizado por investigadores del INEN donde se evalúa el efecto de una intervención educativa en enfermos crónicos en la Atención Primaria de salud (APS), se constata que al año del estudio no se reportó ningún evento desfavorable y se limitaron la progresión de las enfermedades crónicas al producirse modificaciones en los aspectos relacionados con el autocuidado de los pacientes.¹⁰

Desde nuestro posicionamiento como autores consideramos que un programa estructurado de educación al paciente con factores de riesgo o enfermedades crónicas eleva el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, y lleva a cambios en su calidad de vida, así como en su comportamiento y modificación de cambios en el modo y estilos de vida, lográndose adecuada adherencia terapéutica.

La educación tradicional al paciente se basa en la transmisión simple de conocimientos de la enfermedad con un formato didáctico sencillo; la de "prevención" se sustenta en modelos conductuales y teorías como la autoeficacia (capacidad percibida por el paciente para ejecutar una acción concreta o mantener una conducta saludable).²³

Este tipo de educación es simple y no utiliza habilidades; enseña pericias para resolver problemas, tomar decisiones compartidas con el proveedor sanitario, realizar un plan de acción personal sobre su comportamiento en salud, así como identificar, conocer y acceder a recursos comunitarios.¹⁹

En esencia, si bien la educación tradicional describe los síntomas y signos de la enfermedad crónica, la de "prevención" orienta cómo reconocer signos y síntomas físicos de la enfermedad, permitiendo un diagnóstico oportuno, además de modificar conductas nocivas de la vida cotidiana, relacionadas con la afección crónica.¹⁰

*Sánchez Ulayar y cols.*¹⁰ aseveran que la alta demanda de modificación de los estilos de vida en personas con enfermedades crónicas y la adherencia terapéutica parece ser uno de los retos más difíciles de vencer, unido a la posibilidad de afrontar complicaciones serias de salud, como la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía, con consecuencias adversas para la calidad y la esperanza de vida.

El nivel de conocimientos de los pacientes con enfermedades crónicas acerca de su enfermedad en otros estudios coincide con los encontrados, reportándose insuficiencias en los mismos, lo cual constituye una preocupación pues no existe tratamiento eficaz sin adecuada educación.²⁴ De la misma forma que no existe prevención eficaz sin el adecuado conocimiento.

Con este criterio coinciden varios autores quienes afirman que muy pocas afecciones exigen un conocimiento tan cabal de ella por parte del enfermo y sus familiares.^{3,25,26}

Esto se debe a que desde el momento de su presentación clínica, el paciente se convierte en el principal actor de un drama que lo acompañará durante toda su vida.

En conclusión, el grupo de edad predominante resultó ser de 80 y más años, en pacientes con mal control de enfermedades crónicas, con falta de adherencia al tratamiento y más de cuatro causas de mal control asociadas, constatándose relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia terapéutica, con predominio del bajo nivel de conocimientos en pacientes con no adherencia terapéutica.

Conflictos de interés

En este trabajo no existen conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [citado 5 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
2. Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2014 [citado 10 Ago 2014]; (30)4: [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
3. Salinas Cruz E, Nava Galán M. Adherencia terapéutica. Enf Neurol (Mex). 2012 [citado 27 Oct 2014]; 11(2): 102-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>

4. Khan MU, Shah S, Hameed T. Barriers to and determinants of medication adherence among hypertensive patients attended National Health Service Hospital, Sunderland. *J Pharm Bioallied Sci.* 2014 [citado 27 Oct 2014];6(2):104-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3983739/>
5. Kronish IM, Ye S. Adherence to Cardiovascular Medications: Lessons Learned and Future Directions. *Prog Cardiovasc Dis.* 2013 [citado 27 Oct 2014];55(6):590-600. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639439/>
6. Martín Alfonso L, Grau Ábalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cubana Salud Pública.* 2014 [citado 27 Oct 2014];40(2):223-35. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662014000200007&script=sci_arttext
7. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Información fármaco-terapéutica de la comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac.* 2013 [citado 27 Oct 2014];19(1):1-6. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/ad_juntos/infac_v19_n1.pdf
8. Buitargo F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Aten Primaria.* 2013 [citado 26 abr 2013];43(7):343-4. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v43n07a90023817pdf001.pdf>
9. Campbell NL, Boustani MA, Skopelja EN, Gao S, Unverzagt FW, Murray MD. Medication adherence in older adults with cognitive impairment: a systematic evidence-based review. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2012 [cited 2014 Oct 27];10(3):165-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22657941>
10. Sánchez Ulyar A, Gallardo López S, Pons Llobet N, Murgadella Sancho A, Campins Bernadas L, Merino Mendez R. Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Farm Hosp.* 2012 [citado 27 Oct 2014];36(3):118-23. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/123_vol36n3pdf002.pdf
11. Nair KV, Belletti DA, Dyle JJ, Allen RR, McQueen RB, Saseen JJ, *et al.* Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. *Patient Prefer Adherence.* 2013 [cited 2014 Oct 27];5:195-206. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090381/>
12. Soria Trujano R, Ávila López DI, Vega Valero Z, Nava Quiroz C. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas Psicol.* 2012 [citado 27 Oct 2014];XVI(26):78-84. Disponible en: http://alternativas.me/attachments/article/24/8_%20%20Alternativas_%20en_%20Psicolog_%C3%ADa_%20-%2026.pdf
13. Jing S, Naliboff A, Kaufman MB, Choy M. Descriptive analysis of mail interventions with physicians and patients to improve adherence with antihypertensive and antidiabetic medications in a mixed-model managed. Care organization of commercial and medicare members. *J Manag Care Pharm.* 2013 [cited 2014 Oct 27];17(5):355-66. Available from: <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=9731>

14. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013 [citado 27 Oct 2014]; 32(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Vidal-España F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Leiva-Fernández F. Efficacy and safety of a multifactor intervention to improve therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Protocol for the ICEPOC study. *Trials*. 2013 [cited 2014 Oct 27]; 12:40-1. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1745-6215-12-40#page-1>
16. Martín L, Grau JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Rev Psicología Salud*. 2014 [citado 26 Jun 2015]; 14(1):89-99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>
17. Martín Alfonso L, Bayarre H, la Rosa Y, Orbay M de la C, Rodríguez J, Vento F, *et al*. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013 [citado 23 Jun 2014]; 33(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S0864-34662>
18. Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Diaeta*. 2013 [citado 27 Oct 2014]; 29(137):31-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000400004&lng=es&nrm=iso
19. Du HY, Zecchin NP, Denniss R, Salamonson Y, Everett B, Currow D, *et al*. An intervention to promote physical activity and self management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013 [cited 2014 Oct 27]; 2:63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3061924/>
20. Jarb C, Algudah S, Khmour M, Shamssain M, Mukattash T. Impact of pharmaceutical care on health outcomes in patients with COPD. *Int J Clin Pharm*. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 34:53-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22101426>
21. Coleman CI, Roberts MS, Sobieraj DM, Lee S, Alam T, Kaur R. Effect of dosing frequency on chronic cardiovascular disease medication adherence. *CMRO*. 2013 [cited 2014 Oct 27]; 28(5):669-80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0049575/>
22. Del Castillo Arévalo F, Salido González M, Losada García A, García García M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez ML. Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Enferm Glob*. 2013 [citado 27 Oct 2014]; 12(30):18-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000200002&script=sci_arttext
23. Bosworth HB, Granger BB, Granger CB. ¿Cómo mejorar la adherencia al tratamiento? *Am Heart J*. 2013 [cited 2014 Oct 27]; 162(3):412-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21884856>

24. Marchant Olivares SC. Adherencia a tratamiento y percepción de enfermedad en pacientes con epilepsia no refractaria [tesis]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2013 [citado 27 Oct 2014]. Disponible en: http://tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia_%20y_%20percepcion_%20de_%20enfermedad_%20%20%281%29.pdf?sequence=1

25. Daley D, Myint P, Gray R, Deane K. Systematic review on factors associated with medication non-adherence in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 18:1053-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23022461>

26. Radhakrishnan K. The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2012 [cited 2014 Oct 27]; 68:496-510. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05860.x/full>

Recibido: 23 de enero de 2017.

Aprobado: 30 de marzo de 2017.

Gustavo R. Mora Marcial. Policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja".
Camajuaní, Villa Clara, Cuba. Teléfono: 481394
Dirección electrónica: gustavoroberto@infomed.sld.cu