



**GUÍA CLÍNICA**  
**PARA EL MÉDICO DE PRIMER**  
**NIVEL DE ATENCIÓN**  
**DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

## DIRECTORIO

**Secretario de Salud**  
Dr. José Narro Robles

**Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud**  
Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

**Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades**  
Dr. Jesús Felipe González Roldán

**Director del Programa de Salud del Adulto y el Anciano**  
Dr. Cutberto Espinosa López

## AUTORES

Dra. María Esther Lozano Dávila  
Lic. Gloria Elena Vargas Esquivel  
Lic. Moramai Martínez Rodríguez  
Dr. Carlos Deyver De Las Deses





## ASPECTOS GENERALES

La presente guía, es un documento de consulta rápida que pretende proporcionar al médico de primer nivel de atención, las directrices fundamentales para incidir en la adhesión terapéutica en la población adulta mayor; se destacan las variables que pueden obstaculizar el cumplimiento del tratamiento médico, así como las estrategias aplicables al paciente, para incidir en el principio de apego al tratamiento médico.

## POBLACIÓN DIRIGIDA

Esta guía está dirigida al personal de primer contacto, para la búsqueda intencionada dentro de la población adulta mayor, que presenta recurrencia en la falta de adherencia terapéutica.

1. Hombres y mujeres de 60 años y más de edad.
2. Hombres y mujeres con polifarmacia.
3. Hombres y mujeres con signos de depresión.

## INTRODUCCIÓN

En México, de acuerdo con las proyecciones de los cambios demográficos, se estima que la población con mayor tasa de

crecimiento para el año 2030, corresponde al grupo de personas adultas mayores (1), por lo que resulta imprescindible hacer énfasis en la importancia de la prevención, en el cambio de conductas de riesgo y en la adherencia terapéutica para lograr un impacto positivo en la salud de la población adulta mayor.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el principal obstáculo que se enfrenta en relación con la pérdida de salud es la falta de adherencia terapéutica, por lo que esto constituye un gran problema de salud pública (2). Anualmente, se incrementan los gastos en materia de salud de manera desmedida; esto repercute directamente, no solo en los costos de los servicios en los Centros de Salud, sino su afectación se ve reflejada en gran escala en la inasistencia a los seguimientos clínicos, en el desapego a los tratamientos médicos, así como en la deserción total a los programas preventivos de salud.

Actualmente, los factores más importantes que inciden directamente en la pérdida de la salud son: la omisión de las recomendaciones del médico, la falta de asistencia a los chequeos

generales y, la resistencia a los seguimientos médicos, lo que genera prejuicios sobre los tratamientos prescritos en los pacientes. Es relevante destacar que dichos factores no son un fenómeno aislado, sino existen diversas dimensiones involucradas que propician conductas de incumplimiento por parte de los pacientes.

La interrupción de tratamientos farmacológicos, la automedicación y la búsqueda de soluciones alternativas, son los agravantes que impactarán a mediano y/o largo plazo en la salud del paciente, derivado del no-apego terapéutico, que concluye en la falta de adherencia al tratamiento médico.

## DEFINICIÓN

La OMS, define la adherencia terapéutica como el grado de cumplimiento del tratamiento y de las prescripciones médicas, por parte del paciente.

El objetivo principal, es incidir directamente en la mejora de la salud y, por ende, en la calidad de vida del paciente; sin embargo, en la adherencia terapéutica, se involucran fenómenos comportamentales (3), en los que

participan factores psicosociales, ajustes en la conducta y cambios parciales o totales en el estilo de vida del paciente, por lo que el apego terapéutico representa un gran desafío, por ser éste un proceso complejo y paulatino.

La adherencia terapéutica, consiste en lograr consenso terapéutico entre el paciente y el médico, a partir del desarrollo de técnicas estratégicas tales como la comunicación, la empatía, la detección oportuna y un diagnóstico certero.

Dicho proceso, idealmente debería comenzar a partir del diagnóstico clínico; aunque, éste puede ocurrir en diferentes etapas de la consulta clínica, así como en las diferentes fases de la enfermedad, lo que vuelve al paciente vulnerable de abandono al tratamiento, generando mayores agravantes en el padecimiento.

Un reporte elaborado por la OMS: Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action, señala que, la mala adherencia a terapias de largo plazo, compromete severamente la efectividad del tratamiento; éste se considera un tema crítico en la atención integral de la salud de la población, tanto desde la

perspectiva de la calidad de vida, como de la economía de la salud (4).

Hasta hoy, en el campo clínico, no existe una guía universal o una fórmula comprobada que indique cómo realizar de manera única, el proceso de adherencia al tratamiento y su efectividad en los diversos pacientes y los innumerables padecimientos. Para lograr un impacto positivo en la atención del primer nivel, es imprescindible

### **QUIÉNES SON LOS PACIENTES**

Las personas adultas mayores (PAM) que llegan a consulta, son pacientes que podrían encontrarse en un estado de vulnerabilidad en menor o mayor grado; De acuerdo con la Secretaría de Salud, los pacientes se clasifican como PAM en tres categorías, a partir de los 60 años (5):

destacar las variables que inciden en el desapego al tratamiento médico, así como los factores que propician que el paciente pueda adherirse al tratamiento de manera paulatina; el objetivo es favorecer la generación de pequeños, o grandes cambios en la conducta del paciente, para apoyar la mejora directa en su salud.

es también factible, atender a pacientes sanos que asisten a chequeos de manera rutinaria. Para alcanzar una atención oportuna e integral hacia la PAM, dentro del marco de salud, se precisa contar con una clasificación.

**Persona Adulta Mayor Sana**

- Sin presencia de signos de disfunción social, intelectual o alguna patología

**Persona Adulta Mayor Enferma**

- Con presencia de alguna patología crónica o aguda

**Persona Adulta Mayor de Alto Riesgo**

- De edad avanzada arriba de 85 años
- Presenta alguna patología crónica, algún tipo de invalidez y/o limitación para la deambulaci3n, farmacodependiente, recurrentes hospitalizaciones, presenta alg3n deterioro en los sentidos





Dicha clasificación, es un marco referencial del paciente, a pesar de que la edad de la PAM no representa un indicador característico en la falta de adherencia terapéutica; existen factores estrechamente vinculados al envejecimiento, tales como el deterioro en los sentidos, la farmacodependencia, los trastornos cognoscitivos (6), entre otras variables más, que de manera directa, pueden incidir en el incumplimiento de la adherencia terapéutica.

Por lo general, el médico de primer nivel de atención, al recibir por primera vez al paciente, desconoce el padecimiento actual, los coadyuvantes, las circunstancias y el grado de afectación que la persona presenta, por lo que, para comenzar adecuadamente la consulta clínica, resulta crucial el compromiso del médico sobre el inicio de la consulta, el diagnóstico y el tratamiento.

### **LA RESPONSABILIDAD DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

En ésta, inciden diferentes aspectos que podrían obstaculizar el apego a un tratamiento, por lo que responsabilizar

directamente al paciente o al médico tratante, constituye un error.

La adhesión al tratamiento médico, comprende un proceso gradual, en el que se involucran diversas dimensiones tales como las psicoemocionales, las físicas, las familiares y las espirituales, aunado a los factores socioeconómicos, ambientales y sociales que vuelven a la adherencia terapéutica un fenómeno complejo (7), por lo que, el compromiso sobre la adhesión al tratamiento médico y de salud pública, recae en la institución de salud, pero, principalmente entre la alianza médico-paciente y familiares involucrados.

### **PRINCIPALES VARIABLES QUE OBSTACULIZAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Existe una variabilidad importante en la población de las PAM sin presencia de enfermedades; sin embargo, hay una estrecha relación entre el envejecimiento, la pérdida de funciones, las enfermedades crónicas no transmisibles, las neurodegenerativas, cerebrovasculares, y las posibles limitaciones físicas del paciente, resultantes de los padecimientos

anteriores o actuales que intervienen en el proceso de adherencia al tratamiento médico (8); la propia salud del paciente podría representar un factor en la falta de apego.

En el siguiente cuadro se exponen algunas alteraciones en la salud del paciente que pueden interferir en el acatamiento a las prescripciones.

<p><b>Alteraciones sensoriales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Visual</li> <li>b. Auditiva</li> <li>c. Gustativa</li> <li>d. Olfativa</li> </ul>
<p><b>Trastorno psicomotor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Grueso</li> <li>b. Fino</li> </ul>
<p><b>Trastornos cognoscitivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memoria</li> </ul>

### ¿POR QUÉ DICHAS ALTERACIONES PUEDEN REPRESENTAR UN OBSTÁCULO EN LA ADHERENCIA?

Podría obviarse que una persona con un trastorno visual no puede leer una receta con claridad y entenderla. Cabe la posibilidad que el paciente no haya detectado oportunamente problemas en su visión, por lo tanto, no contar con un tratamiento médico o dar por hecho que no es legible lo que lee en la receta, podría llevarlo a no manifestar sus dudas ante el médico tratante.

Es importante señalar que, una receta ilegible es ya un factor que podría impedir el cumplimiento de la medicación en el paciente, en reiteradas ocasiones los pacientes no logran descifrar las indicaciones prescritas, lo que condiciona al paciente a cometer errores en los horarios de la toma de medicamentos.

La falta de movilidad y autonomía en el paciente para la toma de medicamentos y el seguimiento de indicaciones podría considerarse un factor que interfiere en la falta de adherencia.

## ¿QUÉ IMPLICA LA NO ADHERENCIA?

Implica no llevar a cabo de manera puntual las indicaciones médicas. Un paciente con una alteración auditiva, podría haber escuchado las sugerencias del médico de manera parcial y llevarlo a la confusión en la dosificación de la medicación (9), lo que conlleva a no acatar la prescripción por la falta de escucha.

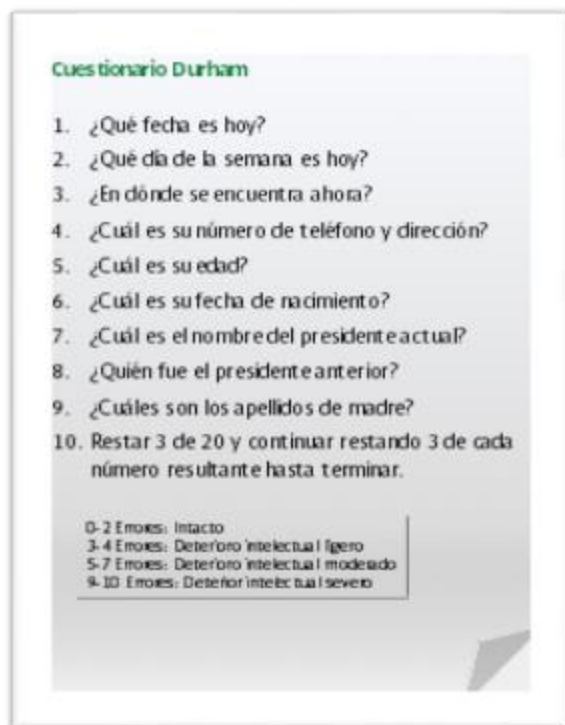
Algunos pacientes pueden incurrir en tomar los medicamentos únicamente cuando los síntomas se manifiestan y discontinuar la medicación de manera súbita, o tomar la medicación por algunos días y suspenderla, al no sentir mejoría, lo que implica potenciar los riesgos a su salud.

## LA DISFUNCIONALIDAD Y/O DISCAPACIDAD EN EL PACIENTE

Es posible que acudan a consulta pacientes que presenten una

enfermedad avanzada que ha mermado la capacidad intelectual, lo que podría jugar un papel importante en la adherencia terapéutica, es por ello imprescindible realizar el historial clínico de manera puntual, haciendo constar los hábitos de: (tabaco, drogas no prescritas, uso de fármacos), indicios de enfermedades y síndromes que podrían incidir en la funcionalidad mental del paciente, incluso la inactividad física puede estar relacionada con depresión y la co-ocurrencia de déficit cognoscitivo (10), estos y otros factores también obstaculizan el tratamiento.

En el proceso de indagación clínica, se sugiere realizar el cuestionario de Durham (11), para verificar el estado mental del paciente que consta de diez preguntas, dicho recurso facilitará al médico, la derivación del paciente a las áreas pertinentes para una pronta y oportuna intervención.



## LOS FACTORES EXTERNOS QUE INCIDEN EN LA DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL DEL PACIENTE

Desde la práctica clínica, mantener un enfoque biopsicosocial, permitirá al médico comprender los aspectos psicológicos y sociales implicados en el paciente al hacer frente a la enfermedad (12), pensar en los costos que se derivarán de la misma y el tratamiento, el miedo a perder la salud y la calidad de vida, el grado de motivación, así como el desconocimiento sobre el

padecimiento, también podrían ser causas que llevan al paciente al incumplimiento de la prescripción, a la pérdida de interés por acudir a las consultas, a la automedicación y a buscar tratamientos alternativos; lo que podría poner en riesgo la salud del paciente en un alto grado, provocando el progreso de la enfermedad, la baja autoestima y generando padecimientos coadyuvantes de la enfermedad, y de manera exponencial, incrementando los costos del tratamiento inicial.

## LOS FACTORES INTRÍNSECOS

En todo proceso de aceptación y entendimiento de una enfermedad, se producen ajustes en la forma de percibir la salud, que generan cambios comportamentales en el paciente. También, las percepciones y las creencias son condicionantes para la falta de apego al tratamiento médico. Es posible encontrarse con pacientes con un buen grado de instrucción académica, sin embargo, sus creencias religiosas no le permiten adherirse a un tratamiento farmacológico y, por lo tanto, incurre en el incumplimiento de las prescripciones. En la revista “The Health Belief Model and Preventive Health Behavior, Irwin Rosenstock” (13), se expone que, los pacientes que no cuentan con la información pertinente sobre el padecimiento, tienden a pensar que la enfermedad no mermará su estilo y calidad de vida, llevándolos a la búsqueda de tratamientos alternativos, que por lo general, no brindan mejoras sustanciales en la salud; sin embargo, aquellos pacientes bien informados, presentan mayor disposición a

adherirse a los tratamientos médicos convencionales.

En la práctica clínica, llegan a consulta personas con distintas formas de conceptualizar la salud y la enfermedad (14), sería lógico pensar que una persona adulta mayor que asiste a chequeo clínico y que se le sugiere dejar el hábito del tabaco, del alcohol o, el consumo de grasas, lo hará por voluntad propia, ya que su salud podría peligrar. De acuerdo con el modelo de información-motivación-habilidades conductuales, se señala que la información que puede proveer el médico al paciente sobre la enfermedad es esencial, sin importar el grado de severidad de la enfermedad; sin embargo, podría no ser el único recurso que incide en el cambio conductual del paciente. Se requiere además de la motivación y el desarrollo de las habilidades conductuales, para ejercer un cambio sustancial en el comportamiento del paciente (15), que comprenda el proceso de la enfermedad, la severidad de la misma y la gravedad de las complicaciones ante la falta de acatamiento de las recomendaciones médicas.

Asimismo, es importante indicar al paciente sobre los recursos con los que cuenta, tales como:

- a. Fármacos prescritos disponibles acordes a su presupuesto
- b. Asistencia médica social
- c. Seguimiento clínico
- d. Ayuda multidisciplinaria

## FACTOR DETERMINANTE EN LA FALTA DE APEGO

De acuerdo con los estudios del artículo de Adherencia Terapéutica en Pacientes Depresivos de Atención Primaria: Un Estudio Longitudinal, muestra que uno de los factores que de manera recurrente incide en la falta de adherencia al tratamiento médico, es la depresión.

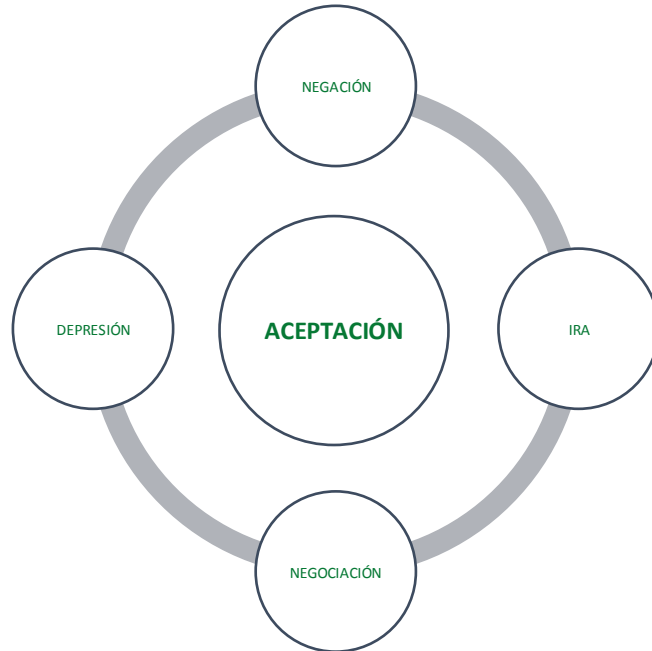
La depresión se puede presentar y/o desarrollar, antes del diagnóstico o después de él: “La falta de adherencia terapéutica, se asocia a una reducción de la eficacia del tratamiento antidepresivo, incrementando la probabilidad en la recurrencia y la persistencia de los síntomas clínicos; los pacientes con mala adherencia a la medicación, presentan más

enfermedades concomitantes y más sintomatología somática, por lo que generan mayor uso de los servicios de salud” (16).

Cuando el paciente experimenta la pérdida de un familiar o un ser querido, transita por una fase universal llamada *duelo*, asimismo, se presenta un proceso de desajustes mentales similares a los síntomas de un estado depresivo, cuando el paciente es expuesto al impacto de un diagnóstico clínico (17) y a la pérdida de salud de manera paulatina, o súbita.

Es posible que el paciente adulto mayor, a lo largo de las experiencias de vida haya enfrentado la pérdida de un ser querido o el detrimento de la salud, entre otras variantes circunstanciales más, que han generado mecanismos de defensa y en consecuencia, cambios emocionales y conductuales, que propician resistencia al proceso de una nueva adaptación (18). La psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, señala cinco etapas durante el enfrentamiento del duelo, mismas que pueden poner en riesgo el apego al tratamiento médico, si no se resuelve éste de manera adecuada.

## FASES DEL DUELO



- a. NEGACIÓN:** El paciente se niega a enfrentar la realidad. Se presenta una sensación de incredulidad, ante lo que sucede o puede suceder.
- b. IRA:** El enojo se hace presente, es una reacción natural e implica enfrentarse con la realidad.
- c. NEGOCIACIÓN:** Proceso cognoscitivo y emocional de ajuste, entre la aceptación y la necesidad de encubrir y postergar el dolor.
- d. DEPRESIÓN:** Estado afectivo y de desmoralización que se convierte en pesadumbre ante la pérdida, cuando se enfrenta la realidad del problema.
- e. ACEPTACIÓN:** Es la parte final del proceso, se incrementa la resiliencia y se acepta la pérdida.

## MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



La OMS declara que, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas de 60 años y más, está aumentando rápidamente en comparación a cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Este sector de la población se duplicará y pasará de 900 millones a 2000 millones entre 2015 y 2050, factor que, de manera paralela al crecimiento de la población adulta mayor, aumentará la posible aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes, insuficiencia renal, cáncer de mama, hipertensión arterial (13), entre otros padecimientos que, pueden deteriorar las funciones cognitivas y la calidad de vida del paciente.

Cuando el médico de primer nivel de atención ha identificado que el paciente presenta signos de depresión, éstos pueden estar o no, asociados a la enfermedad o a la posible recurrencia de farmacodependencia; en estos casos, se evaluará la severidad del

cuadro y en el caso correspondiente, se referirá al especialista, para su reevaluación, diagnóstico y tratamiento específico.

El trastorno depresivo mayor, es una de las principales causas que puede estar afectando la funcionalidad del paciente de manera cotidiana(19); dicho factor podría incidir en la imposibilidad de la adherencia terapéutica a mediano o largo plazo, de manera que la intervención hacia el paciente debe ser multidisciplinaria, con el objetivo de proporcionar y cumplir con una atención integral, cuyo fin es influir positivamente en el proceso de adecuación mental de los pacientes, lo que ayudará a aminorar los efectos de la depresión, en la resistencia al apego clínico.

<b>CUADRO DE FACTORES EN LA NO-ADHERENCIA TERAPÉUTICA</b>	
<b>Endógenos</b>	<b>Exógenos</b>
<p>Asociados directamente a la salud del paciente:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>a.</b> Las alteraciones sensoriales</li> <li><b>b.</b> Los trastornos cognoscitivos y el grado de autonomía del paciente</li> <li><b>c.</b> La polifarmacia</li> <li><b>d.</b> La depresión</li> </ul> </div> <p>Desde la dimensión psicoemocional y social:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>a.</b> Las causas familiares, económicas y culturales</li> <li><b>b.</b> El miedo a los efectos secundarios de los medicamentos</li> <li><b>c.</b> El temor al enfrentamiento de la enfermedad</li> <li><b>d.</b> La renuencia al cambio en el estilo de vida</li> <li><b>e.</b> Desconocimiento de la enfermedad</li> </ul> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>a.</b> Falta de alianza entre médico y paciente</li> <li><b>b.</b> Prescripciones ilegibles</li> <li><b>c.</b> Falta de claridad en las recomendaciones orales y escritas</li> <li><b>d.</b> Inexistencia de medicamentos en los Centros de Salud</li> </ul>

## ESTRATEGIAS PARA INCIDIR EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO EL EJE CENTRAL DE LA ADHESIÓN

Es importante reconocer que el tiempo de consulta en el primer nivel de atención es limitado; sin embargo, la primera consulta constituye el eje central del diagnóstico y tratamiento para el paciente; la paciencia, la observación y el interés del médico, son características estratégicas fundamentales durante la consulta clínica.

La conceptualización sobre la adherencia terapéutica comprendida desde un enfoque biopsicosocial, permite entender las necesidades humanas, las conductas sociales, el significado de la enfermedad y los procesos afectivos y perceptivo-motor en los pacientes adultos mayores (20); esta es una oportunidad para reconocer que hoy, el médico es el profesional que está al frente de un ser humano valorando su estado de salud, pero mañana, él puede ser el paciente que necesite de un profesional con temple y compromiso.

El principio de toda consulta clínica comienza por una buena escucha; en el proceso de indagación, el paciente describe sus malestares, agregando información que se podría considerar innecesaria; sin embargo, la apertura a una escucha precisa y atenta por parte del médico, es una de las principales estrategias de atención clínica dentro de la consulta (21), de la cual se pueden obtener datos significativos sobre la enfermedad; es decir, detectar todo aquello que el paciente quiere decir y que en ocasiones, no encuentra las palabras más exactas para lograrlo. El desarrollo de la *empatía en la relación* médico-paciente, permite identificar el estado mental y la vulnerabilidad emocional que la PAM presenta.

## EL MODELO DEL CAMBIO

En todo proceso de aceptación y entendimiento, se producen ajustes en la forma de percibir y luego de conceptualizar la pérdida de salud, que motivan en el paciente cambios conductuales y que forman parte de las variables que inciden en el apego a la

prescripción médica (22); en este proceso, el paciente experimenta adecuaciones mentales importantes, que dan lugar a conductas reactivas y por lo general, negativas al hacer frente a un diagnóstico.

De acuerdo con el Modelo Transteórico del Comportamiento de Salud, se señala que existen seis etapas de cambio, que dan lugar a un fenómeno complejo en la conducta de una persona, cuya salud se ve quebrantada (23); dicho modelo, al igual que el modelo de Kübler-Ross, representa una guía conductual más, que provee herramientas al médico en el proceso de empatía, consenso y alianza, para ayudar al paciente en el desarrollo del apego clínico.

## LAS ETAPAS DEL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE ADECUACIÓN MENTAL DEL PACIENTE

1. Precontemplación: Primer impacto, no se es consciente de tener un problema.
2. Contemplación: Se presenta desequilibrio emocional, ambivalencia ante las razones de comenzar un cambio y no hacerlo.
3. Preparación: Existen razones de peso para mejorar la salud y, motivación para hacer un cambio en el estilo de vida.
4. Acción: Se inicia el compromiso para generar acciones y cambios, para la mejora en la salud, aquí se presenta la adherencia terapéutica.
5. Mantenimiento: Búsqueda de continuar con las acciones que generan mejoras en la salud. La adherencia al tratamiento médico, puede verse comprometido en esta etapa.
6. Recaída: Se reincide en las conductas negativas, existe desmoralización y nuevamente negación; se presenta el desapego a la adherencia del tratamiento.

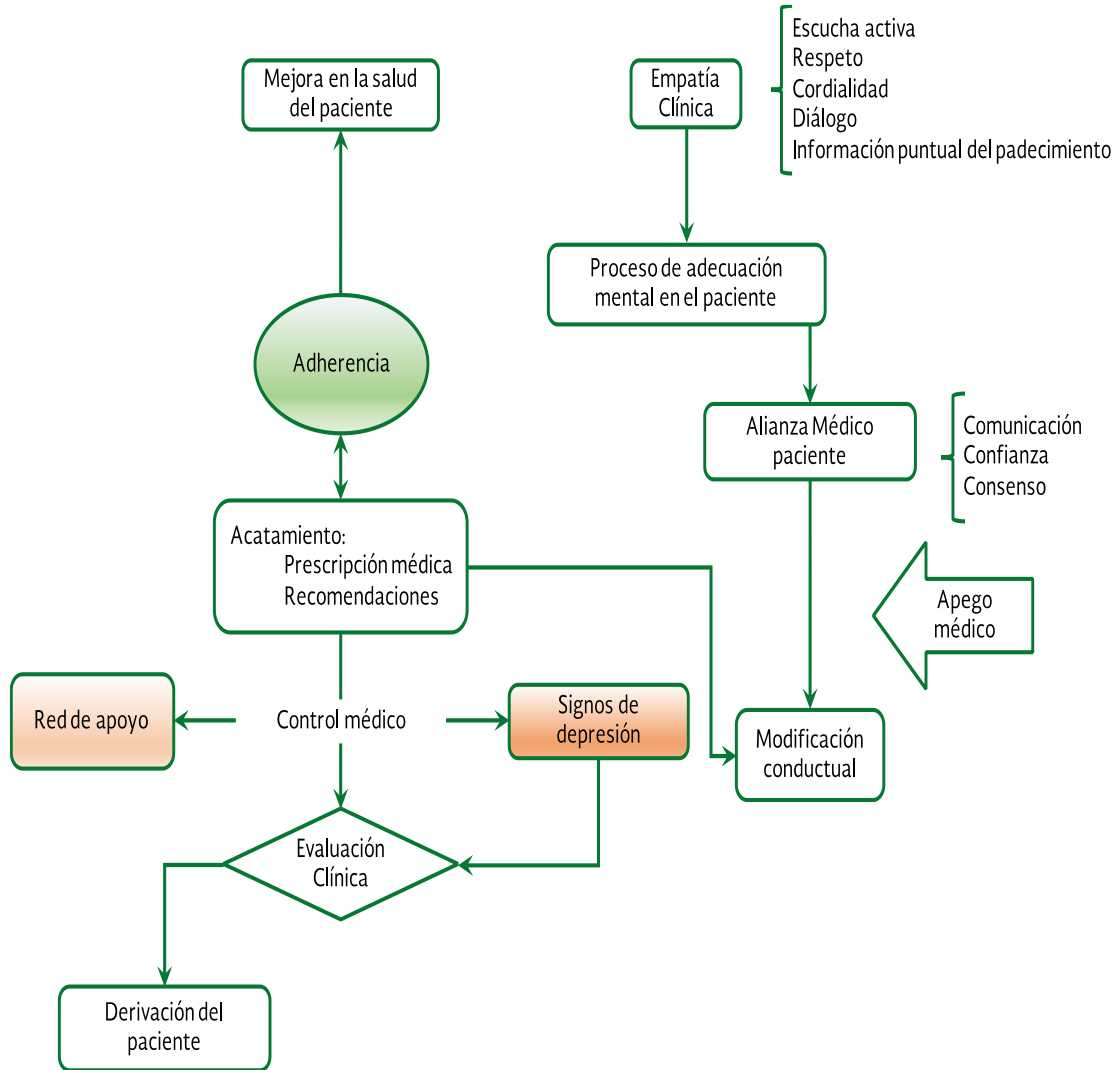


**ETAPAS DEL MODELO  
TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO  
(24)**

Cuando el paciente incurre y/o reincide en el desapego al tratamiento médico y por ende, en la falta de adherencia al mismo, entre otros factores que ponen en juego el mantenimiento del tratamiento médico, podría deberse a la incredulidad en el diagnóstico, escepticismo en la severidad de la enfermedad, así como en la resistencia a la modificación de las conductas

nocivas (25). Es de vital importancia generar en el paciente la confianza, garantizando su autonomía en la decisión sobre su salud, brindándole la atención de un tratamiento clínico oportuno, así como considerar la contrareferencia para la intervención en otras áreas de salud.

## DIAGRAMA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

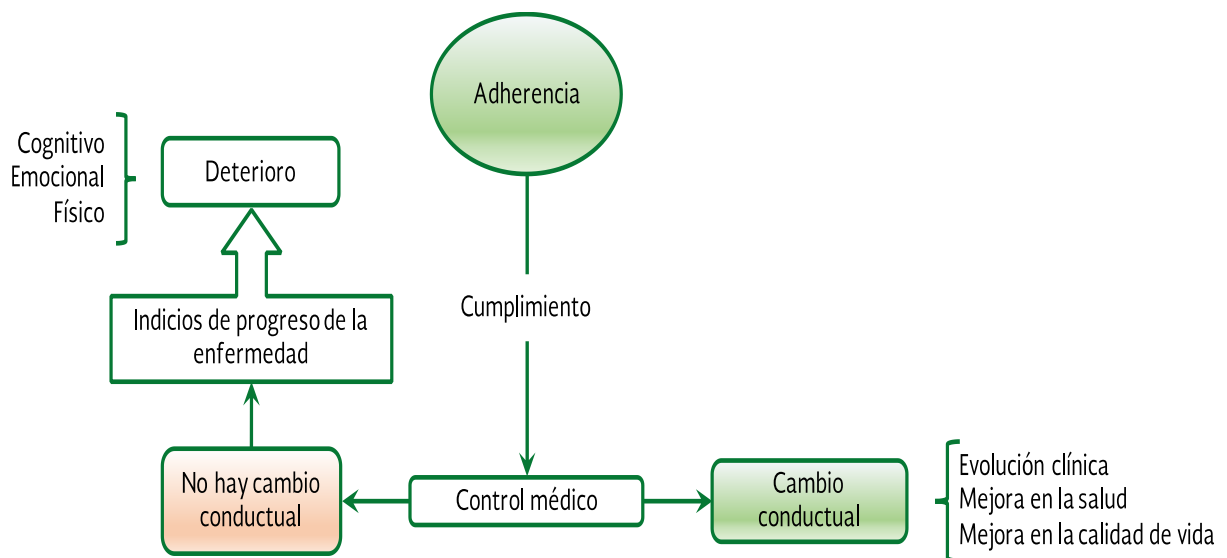


**Procedimiento para incidir en el apego al tratamiento desde la primera consulta.**

## CLAVES PARA IDENTIFICAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Detectar si el paciente ha cumplido con las indicaciones prescritas, es una labor difícil para el médico. A pesar de ello, es a partir de las continuas entrevistas (26), que es posible identificar si el

paciente ha llevado a cabo las recomendaciones de la manera adecuada. Para alcanzar el objetivo propuesto, la ayuda de la red de apoyo será fundamental, así como el soporte de las evaluaciones médicas e instrumentos pertinentes.



Se ha puntualizado en la importancia de la relación médico-paciente y de las variables que obstaculizan la adherencia terapéutica, sin embargo, el soporte de los familiares y los amigos cercanos, en la atención particular del

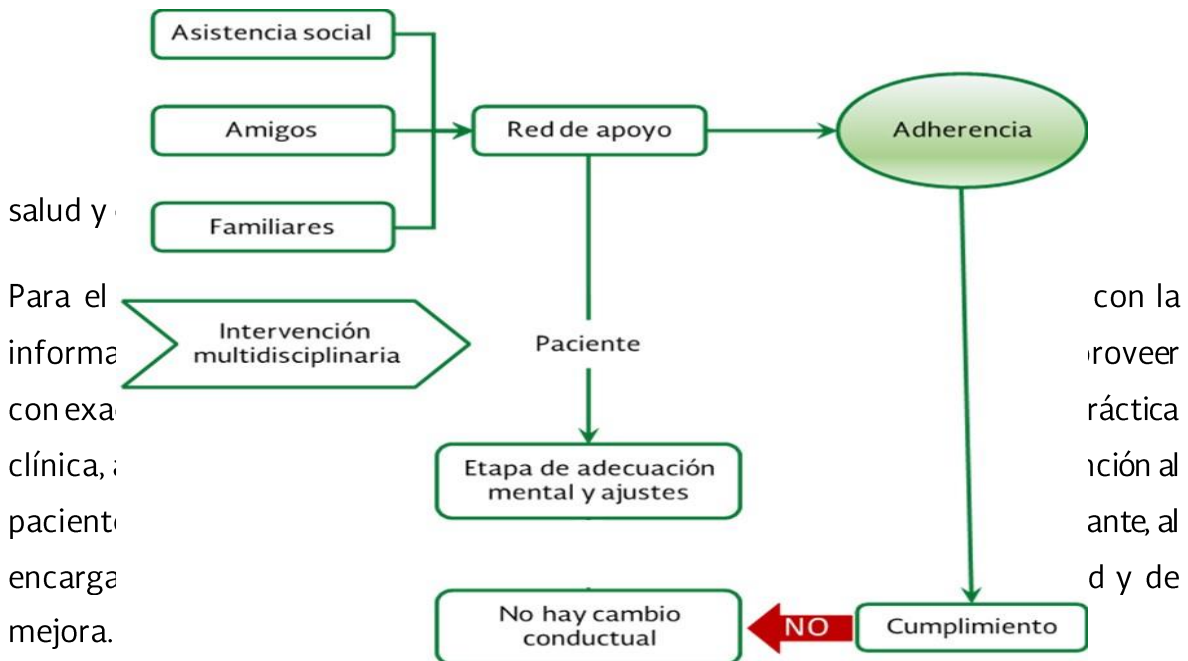
paciente, dentro y fuera del hogar, es fundamental cuando la persona no está en posibilidades de cuidar de su salud.

## RECURSOS PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO

### LA RED DE APOYO

La red de apoyo, es la colaboración más inmediata con la que el paciente cuenta. La conforman familiares y amigos cercanos y, son ellos, el amparo moral en el proceso de la adherencia al tratamiento médico; la red de apoyo

realizará una función relevante en el proceso de acatamiento clínico y velarán por su cumplimiento (12), cuando el paciente no pueda valerse por sí mismo. Los familiares serán el sostenimiento afectivo del paciente, en el proceso de aceptación de la enfermedad, en el entendimiento de ésta, para propiciar el progreso en la





## Bibliografía

- Cabrera A, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Facultad Nacional de Salud Pública, 18(2)*, 129-138.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2014). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. Recuperado el 26 de julio de 2017, de gob.mx: [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15\\_Cuadernillo\\_Mexico.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf)
- Conthe, P., Marquez Contreras, E., & al., e. (agosto-septiembre de 2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española, 214(6)*, 336-344.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors, 7(2)*, 133-142.
- Donoso-Sabando, C. (julio-diciembre de 2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética, 18(2)*, 184-193.
- Fischer, W. (2003). *The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior*. (K. A. Jerry Suls, Ed.) Blackwell Publishing Ltd.
- García Cedillo, I., & Morales Antúnez, B. V. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Universitas Psychológica, 14(2)*, 511-522.
- Ginarte, Y. (octubre de 2001). La Adherencia Terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 17(5)*.
- Libertad, M. A. (jul-sep de 2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana Salud Pública, 32(3)*.
- Lluch Canut, M., & Biel Tres, A. (2006). *La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería*. Recuperado el 16 de Febrero de 2018, de Revista Presencia: <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>
- López Álvarez, M., & Laviana Cuetos, M. (2017). Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 3(131)*, 257-276.
- Mignote Adán, J. C., Gálvez Herrero, M., & et, a. (enero-marzo de 2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 55(214)*, 41-63.
- Morla Boloña, R. (2008). Duelo. En C. Gómez Restrepo, & et. al., *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3ª edición ed., pág. 332). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (mayo de 2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile, 135(5)*, 647-652.
- Palop, V., & Martínez, F. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 28(5)*.
- Papalia, D., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano* (11ª edición ed.). (T. M.-H.

- companies, Ed.) McGraw-Hill Interamericana.
- Perales A, S. C. (s.f.). *Adaptación del Cuestionario de Salud Mental* (Vol. 2). (I. N. Delgado, Ed.) Lima: Dimersa.
- Prochaska, J. (1995). Why do we behave the way we do? *Canadian Journal of Cardiology*, 11, 20-25.
- Rosenstock, I. (diciembre de 1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education & Behavior*, 2(4), 354-386.
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). *Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta*. Recuperado el 12 de marzo de 2018, de Salud Colectiva: Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000300005&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005&lng=es)
- Secretaría de Salud. (13 de 09 de 2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. *Diario Oficial de la Federación*, DCCVIII(9).
- Serna, J. A., & et. al. (abril-junio de 2006). Enfoque biopsicosocial e interdisciplinario en una paciente polisintomática. *Colombia Médica*, 37(2), 59-64.
- Serrano, et. al., M. (2014). Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3).
- Thais, P., Tribes, S., & et. al. (abril de 2016). A Cross-Sectional Study of the Relationship of Physical Activity with Depression and Cognitive Deficit in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 24(2), 311-321.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. (1 ed.). (E. Sabaté, Ed.) Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- World Health Organization. (2017). *Chronic diseases and health promotion*. Recuperado el 26 de julio de 2017, de World Health Organization: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)