

Cumplimiento y adhesión al tratamiento

Eugenia Guzmán*

Universidad Nacional

Fundación Santa Fe de Bogotá

En el presente trabajo se revisarán cuatro aspectos fundamentales en el problema de la adhesión¹ y cumplimiento al tratamiento, que son:

- I. Magnitud del problema
- II. Modelos explicativos
- III. Problemas metodológicos
- IV. Intervenciones para con: usuarios, proveedores.

I. ¿Práctica médica tecnológica o tecnología al servicio de la medicina moderna?

Hoy en día, gracias a los avances en trabajos de ingeniería sanitaria y a los descubrimientos médicos de la primera mitad de este siglo, las enfermedades agudas que eran prioridad hasta la segunda guerra mundial han pasado en cierta medida a segundo plano. De hecho los grandes problemas con los que se enfrenta la medicina actual son las enfermedades crónicas ya que son las causantes de altas tasas de morbilidad y mortalidad. Se trata, en general, de "asesinos" lentos y silenciosos. Tales, la hipertensión arterial y sus secuelas de enfermedad coronaria, muchos tipos de cáncer así como enfermedades metabólicas y degenerativas, o condiciones psicológicas sub-agudas como las depresiones o los desórdenes de ansiedad, propias de sociedades industrializadas muy complejas con alta expectativa de vida.

Las enfermedades crónicas presentan una compleja problemática que trasciende la necesidad de investigación puramente biológica en lo referente a métodos de diagnóstico precoz y tratamientos efectivos. En efecto, cada vez más, las enfermedades crónicas implican, en la mayoría de los casos, *la participación activa e inteligente* del médico y del paciente (cuando no de su familia), así como una serie de cambios drásticos a largo plazo en el estilo de vida, en el estilo personal de auto-control (para seguir regímenes, dietas y planes de ejercicio u otros) y por ende, en la misma filosofía vital del consumidor de salud¹. Lo anterior implica la necesidad de un viraje radical en el tipo de práctica médica que se dará en los próximos años y prob-

ablemente en buena parte del siglo XXI pues en muchos casos, la labor del médico comienza en el momento en que tiene el diagnóstico y genera una fórmula.

Es así como la práctica tradicional de consultorio, en la cual el paciente acude al médico en relación individual, es extremadamente costosa e ineficiente en el sector de medicina social; y en medicina privada genera más insatisfacción que beneficios. De hecho, el esquema tiende a ser suplantado por un tipo de práctica inter-disciplinaria en la cual el agente que diagnostica y formula es una parte importante entre varios profesionales que integran el equipo de salud (1, 2, 3). El esquema del médico como único tratante, vigente en países industrializados hasta hace algunos años y en Colombia hasta la fecha, y que se da incluso en las instituciones más "avanzadas" desde el punto de vista de tecnología médica, tiende a ser reemplazado por la noción del equipo de salud el cual, volviendo a las sabias nociones de la medicina antigua, se ocupa por igual de preservar la salud como de curar la enfermedad. El problema de una medicina exclusivamente centrada en la relación médico-paciente en enfermedades crónicas radica en que, por poderosa la tecnología médica de que se disponga en el momento, ésta perderá toda su eficiencia si no se acompaña de una adhesión razonable tanto al régimen medicamentoso como a los cambios en hábitos necesarios para la prevención y/o tratamiento de dicha enfermedad. Además, por tristísimas experiencias como las de algunos sectores de nuestro sistema nacional de salud, parece demostrado que, si se intenta masificar efectivamente la medicina, el equipo inter-disciplinario se hace una necesidad imperiosa ya que ni hay suficientes médicos para atender sinnúmero de consultas que pueden evacuarse más eficientemente por enfermeras, psicólogos de salud, terapeutas y otros profesionales, ni muchos médicos (particularmente los sub-especialistas) están capacitados o siquiera, interesados, para atender con idoneidad problemas como los que presenta la no adhesión al tratamiento médico.

Así pues, si los consumidores no utilizan el producto adecuadamente, el rendimiento será sub-óptimo, por sofis-

*Miembro asociado Academia Nacional de Medicina

1/ La literatura anglosajona utiliza los términos de *compliance* y *adherence*. La palabra española cumplimiento se ciñe al significado de la primera. Respecto de la segunda, el término de *adherencia* no resulta elegante aunque sí muy utilizado. Sería más conveniente utilizar mantenimiento, aunque no corresponde exactamente a la acepción inglesa.

ticado y poderoso que sea. Y evidentemente, el problema de utilizar el producto salud (o medicina) hoy en día es cuestión bastante más compleja que la mera sugerencia o prescripción del médico de tomar y/o hacer ciertas cosas.

En el siguiente trabajo se revisarán aspectos relacionados con la prevalencia del no cumplimiento al tratamiento médico en diversas áreas de la medicina, los modelos actuales que intentan explicar dicho fenómeno, los problemas metodológicos que presenta el estudio de este tema así como las propuestas de intervención para facilitar al máximo la adhesión por parte de los pacientes y para que el establecimiento de salud optimice sus métodos de persuasión. Se concluye con unos interrogantes a las facultades de medicina y de enfermería.

II. Magnitud del problema

Las estimaciones cuantitativas de incumplimiento a tratamientos médicos que involucran solamente medicación o medicación y régimen o cambio de estilo de vida, arrojan datos alarmantes. Las tasas globales estimadas de incumplimiento van desde 15% con pacientes hospitalizados agudos hasta 94% con pacientes ambulatorios asintomáticos (4, 5, 6, 7, 8). Se calcula que un 18% de las personas que consultan y son medicadas, *ni siquiera compran* la medicación (9). Del 82% restante, a lo más 50% siguen las prescripciones en un 100% aunque las tasas de cumplimiento estimado varían, ya que son muy superiores en práctica privada (56%) que en práctica institucional (20%).

Al estudiar niveles sanguíneos de medicación en algunos tipos de enfermedades, se halló que en hipertensión esencial, tuberculosis y epilepsia, las cifras de incumplimiento son de, al menos, 50% de la dosis terapéutica (10). Se calcula así mismo que, si los epilépticos mantuvieran al 100% sus niveles terapéuticos, el control de las convulsiones se lograría en un 70% de los casos (11, 12). En pediatría (otitis media), el cumplimiento es algo mayor pero se halla lejos de ser eficaz ya que la estimación global de adhesión a tratamientos cortos de antibióticos es de 68%. Sin embargo, en la estimación del grado adhesión al tratamiento intervienen criterios que pueden ser bastante laxos, ya que algunos estudios consideran como adecuado un 70% de cumplimiento con el antibiótico mientras que otros requieren cifras superiores al 90% de adhesión (13). Tal parece que los adultos se sienten más responsables de la salud de los niños que de la de ellos mismos (14, 15). Así mismo, y paradójicamente, cuando el tratamiento es altamente eficaz y rápido, existe la tendencia a discontinuarlo, como sucede en infecciones; esto se debe, en buena parte, a falta de información por parte del usuario en cuanto a la necesidad

de completar el curso de antibióticos y al riesgo de discontinuarlo (13, 16). Por otra lado, cuando la enfermedad es crónica y el tratamiento no tiene efectos rápidamente visibles, las tasas de adhesión bajan a menos del 40% de la dosis terapéutica, como sucede en pediatría con el asma (15, 17) en psiquiatría y de modo particularmente agudo, costoso y moralmente doloroso y oneroso para el paciente, en geriatría². De hecho, los ancianos constituyen el sector de la población más medicado y más sujeto a politratamientos que, de aplicarse incorrectamente, no sólo no mejorarán al paciente, sino que irán en detrimento de su condición física y mental (18).

Paradójicamente las estimaciones que hacen los proveedores de salud respecto del cumplimiento de sus pacientes son, a su vez, alarmantes ya que casi la mitad de los médicos norteamericanos estima que el 99% de sus pacientes observan un cumplimiento "adecuado", y otro tanto estima que el 75% de sus pacientes lo hace (7,19). Pero para resolver un problema, es necesario, primero que todo, percatarse de que existe; en segundo lugar, es necesario disponer de hipótesis comprobables y apoyarse en teorías cuya validez haya sido demostrada en campos semejantes y en tercer lugar, es necesario iniciar una serie de intervenciones en los niveles susceptibles de mejoría. Por el tipo de práctica médica que se da en Colombia desde el nivel más costoso y cuidadoso al más marginado y deprimido, se tendría la impresión de que, salvo honrosos individuos, no hemos llegado aún al primer estadio. Lo anterior implica que en Colombia, se tiende a disponer de una alta tecnología instrumental en presencia de una conceptualización mucho menos sofisticada acerca de cómo maximizar la eficiencia de dicha tecnología. Además, en razón de la falta de sólida formación en principios básicos de la psicología (que no es lo mismo que psiquiatría) en las facultades de medicina, da la impresión que, en Colombia, ante problemas de índole inter-personal con el paciente, el médico obre según su sentido común y no según parámetros que le permitan predecir los resultados de su intervención.

III. Modelos

El modelo médico tradicional se basa en la perspectiva de que, en el proceso terapéutico, el médico "*sabe*" y el paciente obedece pues le interesa mejorarse en cualquier caso. Esto, independientemente de lo que sepa, piense o crea (20). De hecho, como la raíz latina de la palabra lo indica, *paciente* viene de *patiens-tis*, del verbo *pati, tis, paum* que significa que "sufre o que recibe la acción del agente". Así, el paciente se ha considerado como un sujeto pasivo, que *no sabe* y que *sufre*; por consiguiente, en general, su única responsabilidad sería la de obedecer al médico. Este esquema era aparentemente eficaz en una

2/ Ver el artículo editorial del Lancet, 2, 693-694: "Drugs and the elderly".

sociedad más pequeña y más tradicional, basada en relaciones de autoridad y credibilidad en la que el sacerdote, el médico y el juez eran personas altamente acatadas y respetadas (entre otras cosas porque se trataba de relaciones individualizadas en las que estos tres agentes eran conocidos por la comunidad). Hoy en día, las relaciones son más complejas y tienden a la despersonalización y a la burocratización.

Así, en nuestros días, incluso si no son altamente educadas o sofisticadas, las personas cuestionan a la autoridad (la cual, entre otras cosas es impersonal y en muchos casos inaccesible para el diálogo) y desean tener algún control sobre las decisiones mayores que los afectan. El que un paciente no siga el tratamiento no implica que sea "neurótico, inmaduro, ignorante" u otros adjetivos del mismo tenor cuando no interpretaciones psicoanalíticas a las que todavía se recurre hoy en día. El que el consumidor no asigne la misma importancia del médico a las prescripciones y a la seriedad o riesgo de su condición, no significa necesariamente que *no desee* mejorarse. Puede implicar, sencillamente, una versión diferente de la científica y por tanto, un cálculo diferente de probabilidades de riesgo o de expectativas de mejoría.

De los modelos bio-psico-sociales, tal vez el más conocido es el de Creencias respecto de la salud de Becker y cols., (21,22). Según éste, la probabilidad de que una persona emprenda determinada acción tendiente a resolver un problema de salud está determinada por sus percepciones individuales acerca de la inminencia y vulnerabilidad a determinada enfermedad. También es importante que el paciente reconozca que los síntomas y signos de enfermedad son peligrosos (no que necesariamente lo sean o no lo sean); otro aspecto crucial lo constituye el acceso (físico e intelectual) a medios masivos de comunicación, campañas de salud y proximidad de personas con determinada enfermedad, se calcula sobre una ecuación de costos y beneficios vitales, *culturales, religiosos y comportamentales*, lo que finalmente lleva a una decisión (Fig. 1).

Este modelo explica y predice bien la decisión de consultar o no, pero predice mal el *mantenimiento* y acatamiento al tratamiento. Así, en la decisión de consultar al médico y, posteriormente, de seguir un régimen dado entran en juego las *percepciones individuales* del paciente respecto del valor relativo de los riesgos y de su propia susceptibilidad (percibida) a determinada enfermedad. También están implicados *factores modificadores de la acción de salud*, como son factores demográficos, sociales y psicológicos. Finalmente, la probabilidad de emprender la consulta y/o tratamiento depende de los beneficios y costos percibidos en dicha decisión. Esto último se refiere a la bondad y consistencia que el paciente perciba en el tratamiento así como a los riesgos y costos percibidos (21, 22). Por ejemplo, un hipertenso de estrato socio-económico muy bajo,

con un sistema de creencias mágico, no verá mucho beneficio en seguir una dieta hiposódica (puesto que esto no tiene sentido para él) y en cambio verá numerosos costos en prepararse su comida aparte, así como en el sabor insulso de una dieta ya de por sí insulsa como la de nuestro pueblo.

Se han identificado cosa de 200 factores que correlacionan positiva o negativamente con el cumplimiento al tratamiento médico, pero no se ha podido extraer una ecuación que permita predecir qué combinación de factores promueven o impiden la adhesión (23). Entre los factores que intervienen en el cumplimiento, la mayoría lo hace en forma negativa, obstaculizando la adhesión y aumentando el número de deserciones. Entre los factores demográficos se tienen: las edades extremas, el sexo femenino, y el estatus socioeconómico bajo. Los aspectos relacionados con las características del régimen que merman el acatamiento incluyen: dosis frecuentes, tratamientos a largo plazo, complejidad y multitratamientos, costos, efectos diferidos, efectos secundarios para los cuales el paciente no estaba preparado, necesidad de cambio en el estilo de vida y, no menos importante, el tipo de empaque del medicamento (los medicamentos a prueba de niños también lo son a prueba de ancianos y de artríticos). Entre los factores relacionados con la enfermedad misma, se incluyen la asociación con condiciones psiquiátricas, el incremento en síntomas y severidad de la enfermedad, la mejoría de síntomas y aquellas enfermedades asintomáticas (22).

Solamente se han aislado unos muy pocos factores que *promueven* el cumplimiento y que son: la creencia en el beneficio del tratamiento, los costos bajos del mismo, y el incremento en dolor y en incapacidad física (23).

En cuanto a los factores psicológicos, debemos tener en cuenta que el pensamiento humano no sigue siempre las leyes de la lógica formal sino que se mueve en un continuum de verdades relativas (24). Esto quiere decir que el pensamiento no es monolítico una vez que se adquiere, y es bastante más flexible de lo que los científicos han creído hasta el momento. Es así como podemos "estar seguros" de alguna creencia en un momento dado pero a las dos horas dudar de dicha creencia y al día siguiente volver a estar seguros de lo opuesto. Lo anterior rige para las sugerencias y explicaciones que se dan en consulta médica y psicológica en la cual todos tenemos la experiencia del paciente que vuelve repetidas veces con la misma pregunta y la misma duda que se creía absuelta anteriormente.

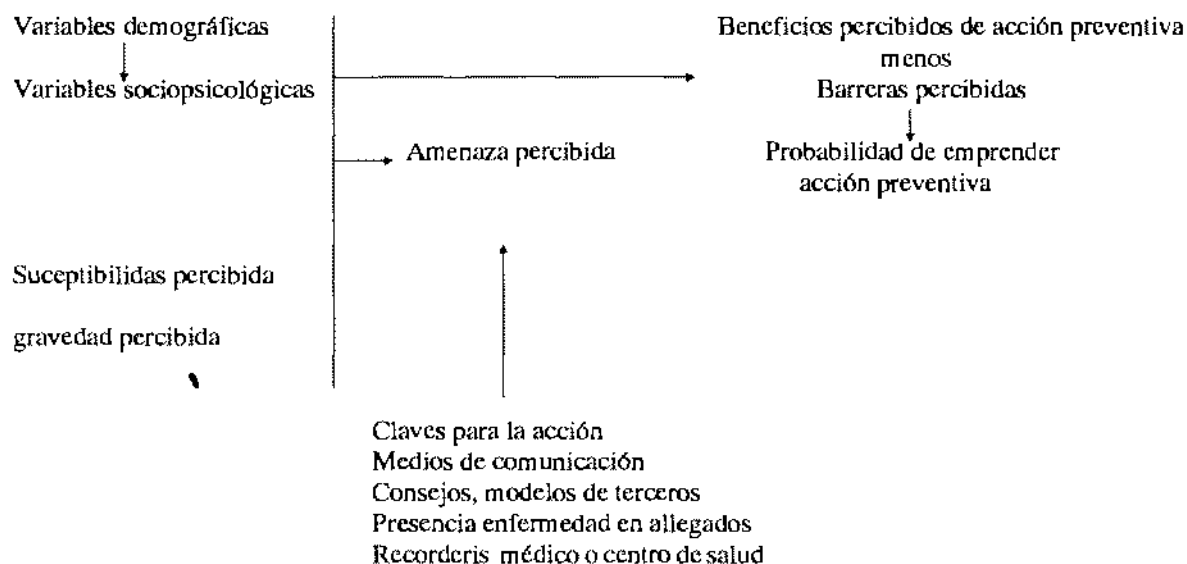
Otro aspecto de suma importancia es el miedo que tenga el paciente a determinada condición o procedimiento. Si bien niveles intermedios de aprehensión y miedo pueden promover el cumplimiento, niveles muy elevados de ansiedad ocasionan evitación y toma de malas decisiones (1). Contrariamente a lo que se cree comunmente en la práctica

médica, el paciente muy ansioso tiende a evitar la consulta y lo hace en último caso. Este efecto se conoce en psicología desde hace muchos años (25, 26), por lo cual se recomienda alertar al paciente mas no asustarlo pues, se repite, la ansiedad origina pánico, evitación del problema y toma de malas decisiones. También es importante tener en cuenta que bajo stress o ansiedad, las personas comprenden y recuerdan menos lo que oyeron o experimenta-

ron (27, 28) y, por definición, la mayoría de las consultas médicas "serias" implican estos aspectos: el paciente se siente mal (está bajo stress físico) y/o está muy asustado y ansioso. Son dos condiciones ejemplares para que la persona comprenda muy poco de lo que se le dijo y lo recuerde aún peor. Esto, suponiendo que la comunicación del médico fuera absolutamente clara, cosa que queda por demostrarse.

Figura 1

Modelos de Creencias en salud (Becker y cols., 1977)



Esquem a de las variables demográficas, socio-psicológicas y ambientales que determinan el que un individuo considere como una amenaza real el contraer cierta condición médica. a amenaza percibida, a su vez determina la probabilidad de emprender una acción preventiva, siempre y cuando la ecuación de costos/beneficios se incline en favor de los últimos.

IV Problemas metodológicos

Estos se refieren a los aspectos de definición y cuantificación del problema. Respecto de la definición, por adhesión se pueden entender los siguientes puntos: a) asistencia a citas y controles; b) fidelidad en seguir la prescripción en lo referente a dosis y/o patrón de ingesta y/o continuidad de la medicación; c) fidelidad y adhesión a un régimen o cambio de estilo de vida determinado (29, 30).

Intentar cuantificar objetivamente si la persona permanece fiel al tratamiento resulta terriblemente costoso y poco práctico. La toma de niveles sanguíneos o de cultivos (en caso de antibióticos) requiere de la presencia del paciente en el laboratorio (además de la punción venosa) e infla los costos al máximo por lo cual es poco factible (31). Aún así, los niveles sanguíneos no indican si la persona sigue

un patrón estable de ingesta (vgr., tres pastillas al día, mañana, mediodía y noche) y mucho menos si sigue un régimen adecuado (32). En oftalmología, por ejemplo, es frecuente que el paciente con glaucoma no acate con continuidad el régimen de gotas pero que se las aplique horas antes de acudir a la cita, con lo cual la presión ocular baja artificialmente y médico y paciente pueden engañarse creyendo que hay una real mejoría (33). El recurso a dispositivos marcados o al conteo de píldoras restantes en el siguiente control médico, no es confiable porque la persona puede "sacar" píldoras antes de la visita si sabe que le van a contar las que quedan. En clínica médica, en general se tiende a suponer que, si la evolución fué satisfactoria, ello se debe a la efectividad del tratamiento y por ende, se concluye que el paciente adhirió a la prescripción, cosa que queda por demostrarse en muchos casos. Finalmente, el informe del paciente es muy poco creíble (y no necesariamente porque mienta deliberadamente, ya que en

la mayoría de los casos, el incumplimiento y el informe erróneo se debe a tergiversación de la prescripción y no a voluntad de engañar deliberadamente al médico (10, 14, 34). Los anteriores se refieren a estudios norteamericanos e ingleses por lo cual cabe suponer que, con un nivel educativo muy inferior y una cosmovisión mágica totalmente ajena a una perspectiva científica, en Colombia el problema probablemente asume características endémicas.

V. Intervenciones

Las intervenciones para optimizar la eficacia de los servicios en salud en el área de cumplimiento, se han diseñado para dos grandes poblaciones: la de los usuarios y la de los proveedores. En ambos casos, se refieren a tres grandes tipos de factores:

- a.- educación
- b.- organización
- c.- control

A. Pacientes

La información y educación a pacientes se divide en dos grandes áreas que son la información masificada y la

información individual médico-paciente. La práctica más común es la de informar al paciente, bien sea a través de folletos educativos, conferencias o grupos conducidos por enfermeras y auxiliares. Está ampliamente demostrado que esta estrategia sola no es efectiva en absoluto (35). Ley, en Inglaterra, encontró que el nivel de lectura necesario para comprender dichos folletos y charlas es muy superior al de los usuarios en cuanto a vocabulario técnico y tipo de lenguaje se refiere. Al disminuir el nivel de dificultad de los folletos aumenta su comprensión y por ende, el acatamiento a los mismos. Además, para que la información escrita no se pierda, debe acompañarse de instrucciones específicas sobre qué hacer y cómo seguir el tratamiento o las instrucciones (36).

Por otro lado, en lo referente a la información inter-personal médico-paciente, parecen darse fallas crónicas en la comunicación entre ambos. Así, las indicaciones respecto de horarios, modalidades y contraindicaciones deben ser escritas claramente. En regímenes largos y dispendiosos, es necesario involucrar a la familia y combinar la información con calendarios de automonitoreo (fig. 2) que la enfermera revisará en cada control (si no se revisan no tienen ningún efecto). con discusiones con el paciente, con recorderis telefónicos o por correo y con discusiones en grupos de pacientes con la misma condición médica (36).

Que la información eficiente es útil, se demuestra por numerosos estudios que señalan una disminución en las

Figura 2

Almanaque de Auto-control

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calendario de automonitoreo. En el recuadro arriba a la izquierda de cada casilla se le indica al paciente la fecha u hora de la medicación y el paciente coloca una señal en la casilla para indicar que tomó la dosis.

dosís de analgésicos y en la duración de la hospitalización cuando al paciente pre- quirúrgico dispone de cierta cantidad de información (ni demasiado amplia y técnica ni demasiado escueta), además de instrucciones precisas sobre el grado de dolor y sensaciones extrañas que observará, sobre cómo respirar y toser, cómo moverse y sobre cómo usar el trapecio u otras ayudas durante el post- quirúrgico agudo. Una instrucción precisa y concreta respecto de las sensaciones post-quirúrgicas y de los movimientos indicados para no desencadenar dolor y para ayudar al restablecimiento de la función disminuyen la tasa de complicaciones ulteriores y disminuyen la hospitalización en un promedio de 48 horas; así mismo aumentan los índices de satisfacción del paciente con su médico (1, 7, 14, 37). Ello muestra cómo el saber algo no equivale a saber defenderse o saber qué hacer ante ese algo. El poder de la palabra enseña el contenido de las cosas (i. e. da información respecto del qué son mas no enseña cómo realizarlas). Hoy en día no debería presentarse en ninguna institución y menos aún en clínicas privadas super-especializadas, el caso del paciente post-quirúrgico con dolor agudo quien está en pánico porque nadie le dijo que el dolor sería considerable, y quien, a las 24 horas, recibe su primera lección sobre cómo usar las ayudas y el pato!!! (y esto, en el mejor de los casos en que alguien informa al paciente, así sea a posteriori).

Otro punto que se destaca con los pacientes es la necesidad de cambiar ciertas estrategias de comunicación y de lenguaje empleadas por numerosos médicos en el sentido de disminuir la "jerga" médica, hablar más claro y, sobretudo, puntualizar y escribir lo que se le dice. La fórmula deberá escribirse, aparte, y las instrucciones de cómo seguirla (y cómo no seguirla) se escribirán en otro formato que se puede tener ya dispuesto (7). Ello, porque estudios de psicología cognoscitiva sobre memoria humana, han demostrado a saciedad que, bajo circunstancias de ansiedad y de autoridad y en contextos sociales y lingüísticos poco familiares, la gente no recuerda sino una mínima parte de lo que oye (24). Así, 10 minutos después de una consulta, los pacientes recordaban aproximadamente el 45% de lo que el médico había dicho, y esto se refería más al diagnóstico y casi nada o nada a las recomendaciones e instrucciones (38). Lo anterior obedece a la curva normal de memoria humana en la cual lo que se percibe en primer y en último lugar se recuerda mejor que lo que se percibe en la mitad de la información (39). Como lo primero que el médico acostumbra a decir es el diagnóstico, esto será lo que el paciente recordará mejor. Si Ley encontró esto en Inglaterra, es de esperarse que en países como Colombia, el problema sea aún más grave por disparidad cultural y educativa entre el paciente y el médico.

Otro aspecto que contribuye a obstaculizar la comprensión del mensaje se refiere a una anotación comunmente hecha por los médicos en el sentido de que aparentemente, los

pacientes "no preguntan". Ciertamente, el paciente tiende a no preguntar cuando ve que el médico tiene prisa (cosa que sucede con demasiada frecuencia), o lo ve evasivo y cortante; también tiende a no preguntar por timidez (y esto tanto en estratos educativos muy altos como muy bajos) y finalmente no pregunta porque no sabe qué preguntar (debido a que desconoce el tema, y no anticipa las posibles complicaciones médicas, monetarias, etc.). Es evidente que al público consumidor de salud, que está pagando de una forma o de otra un servicio de salud (bien sea por seguros sociales, por medicina prepagada o por servicios privados), tiene derecho a una educación respecto de cómo abordar sus problemas médicos. Si bien la mayoría de los propietarios (varones) de automóviles saben qué deben decir y preguntar en el taller, muy pocas personas saben qué deben preguntar y decir en el consultorio o en la sala de urgencias. Se trata de un problema de carencia de educación pública en salud del cual somos responsables las facultades vinculadas de alguna forma con la salud física o mental.

Parce además aconsejable alertar al paciente sobre los efectos colaterales y, en cada contro, preguntar por dichos síntomas y signos (18). Si bien la presencia de efectos colaterales parece no tener incidencia directa en el acatamiento o no acatamiento a un régimen dado, lo que sí parece tener incidencia es el hecho de que el paciente ignore que los síntomas colaterales se van a presentar con lo cual puede pensar que está empeorando o que el médico es ineficiente, lo cual lo coloca en alto riesgo de deserción. Da la impresión de que la práctica general médica adhiera a la política de no alertar sobre estos efectos, probablemente por la suposición de que, si se avisa que habrá síntomas secundarios, la persona se "obsesionará" e informará de ellos, aunque no los haya experimentado. Esto no parece una verdad generalizable y posiblemente sólo se presente en personas muy sugestionables e intolerantes o con antecedentes conversivos.

Con respecto a estrategias organizacionales, se trata de obviar al máximo las dificultades logísticas que pueda tener el paciente para cumplir con un régimen dado o con las citas. En tal sentido, se recomienda recurrir a recordaris telefónicos o por correo, calendarios para el uso de la medicación, continuidad de un mismo médico en contextos institucionales, una secretaría médica experta, puntualidad por parte del médico, salas de espera cómodas y no congestionadas, así como discutir con el paciente costos, factibilidad de las recomendaciones y alternativas viables caso de que el paciente tenga obstáculos serios y justificados (a modo de ver del paciente, no del médico) para cumplir con el régimen prescrito. El seguir este tipo de recomendaciones obviamente redundará en un incremento en el nivel de comprensión, de adhesión y de participación activa por parte del paciente. También implica un cambio en la filosofía de la práctica médica pues requiere de un

equipo inter-disciplinario (y no para-médico) en la cual todos los integrantes son profesionales en su propio campo, que el médico no puede sustituir o abolir (7). Tales son las enfermeras ambulatorias, indispensables en cualquier proyecto de medicina masificada y básicas en todo "pool" de consultorios, para no hablar de sub-especialidades médicas y de tratamiento de enfermedades crónicas. Tales también, los psicólogos, indispensables en la implementación de los programas de auto-control para modificar hábitos y estilo de vida, para mantener regímenes difíciles y tratar con los aspectos emocionales y familiares derivados de limitaciones inherentes a la enfermedad misma o a sus secuelas así como para tratar al paciente terminal y su familia; y finalmente, el psiquiatra de enlace como coordinador del equipo de educación y prevención. No debe pasarse por alto la urgencia de crear escuelas de Secretaría Médica, de suerte que paciente y el tratante no se encuentren sujetos al criterio de personas que, en ocasiones son un dechado de paciencia e inteligencia en su estado natural (a falta de un entrenamiento técnico), pero que en demasiados casos, carecen de la más mínima información acerca de lo que se espera de ellas y acerca de habilidades sociales y profesionales básicas (como no saber leer bien para archivar las historias correctamente).

Constituir un equipo implica costos pero también implica un incremento en la credibilidad y en la confianza hacia la práctica de la medicina y no puede sino redundar en beneficios para el equipo tratante y para la persona importante en todo esto que, en final de cuentas, es el paciente. Si esto es eficiente en el estrato de medicina privatizada, es evidente que cualquier intento de masificar la atención en salud debe constituirse sobre la filosofía de equipos y de seguimiento ambulatorio por parte de expertos en cada campo.

Finalmente, respecto de aspectos comportamentales, se ha recurrido al conteo de píldoras, a dar instrucciones a padres para que los niños acaten las órdenes médicas, así como a técnicas especializadas en incremento en auto-control respecto del mantenimiento de las instrucciones mediante economía de fichas con niños y utilización de costo de respuesta en adultos (7, 30, 34). Estas últimas intervenciones requieren de personal especializado en técnicas de modificación del comportamiento así como de tiempo adicional, pero en muchos casos, es la única forma como un paciente dado pueda aceptar un tratamiento (3). Por último, aunque no menos importantes, vienen toda una serie de estrategias usualmente conducidas por psicólogos y/o enfermeras encaminadas a incrementar el auto-control y la auto-eficacia de los pacientes en lo relacionado con su propio cuidado y/o régimen (3.36).

B. Médicos

Las intervenciones propuestas para proveedores de salud

se refieren a aspectos organizacionales y de estilo de mensaje verbal y escrito. Entre las deficiencias mayores halladas en facultades de medicina norteamericanas, una de las más agudas se refiere a las habilidades inter-personales profesionales de entrevista y de comunicación efectiva con el paciente y su familia (7).

Básicamente, los puntos importantes para una entrevista técnica (y por ende más "humana") pueden resumirse así: 1) una vez extraída toda la información médica pertinente, deberá averiguarse sobre las preocupaciones del paciente en general y, en específico, respecto de la enfermedad por tratarse; por ejemplo, cómo se sintió cuando comenzaron los síntomas, y qué partes de su vida, sexual u otras ha afectado la enfermedad; al respecto es curioso que los médicos muy rara vez averiguan por problemas sexuales esperando a que los pacientes los mencionen sabiendo que éstos rara vez lo hacen espontáneamente; 2) deberá averiguarse sobre las expectativas del paciente respecto del diagnóstico y tratamiento y explicar a satisfacción por qué no o por qué sí se cumplirán; 3) se deberá informar, en lenguaje común y evitando la jerga médica, el diagnóstico y la causa de la enfermedad; 4) se deberá resumir cada unidad lógica de la entrevista, aclarando lo que el paciente dice para cerciorarse de que ambos, médico y paciente han comprendido bien lo que el otro comunicó y para ayudarle al paciente a formular dudas e inquietudes, estimulándolo para que escriba, en su casa, las dudas que tenga con objeto de absolverlas en la siguiente consulta (40). Los anteriores puntos se basan en la fundamentación experimental de las condiciones que permiten una mejor comprensión y memoria de un mensaje (41). Aquí es obvia la necesidad de una enfermera ambulatoria que reciba las llamadas telefónicas que no se harán esperar con estas estrategias y resuelva gran cantidad de preguntas que no requieren del tiempo del médico.

Uno de los puntos débiles que se ha encontrado en el entrenamiento médico de habilidades inter-personales es el referente a la entrevista pues estas habilidades ni se enseñan técnica y sistemáticamente, ni se evalúan de modo alguno. Existen diversas técnicas de entrevista psicológica (más adecuada para los fines de una entrevista médica que las técnicas psiquiátricas) que evalúan diversos aspectos tales como empatía, cantidad de información extraída, etc. Un excelente formato es el propuesto por Foley y Sharf (cit en Flaherty, 40) que evalúa sistemáticamente tanto la jerarquización y metas de la entrevista médica, como diversos aspectos relacionados con canales óptimos de comunicación, empatía y capacidad de explorar aspectos indirectamente relacionados con la condición del paciente. Ver figura 3. Como estrategias específicas, en cualquier entrevista terapéutica se recomienda explicitar las categorías de lo que se va a decir antes de dar la explicación, repetir y resumir cada punto importante de lo que se dijo y emplear conceptos específicos y no consejos generales (fig.4).

Desafortunadamente, las anteriores son habilidades que solamente se aprenden practicando y siendo evaluado durante el ejercicio. Es reconocido que, a falta de entrenamiento específico, el residente 3 estará cometiendo los mismos errores de entrevista que cuando era interno, sólo que en su tercer año es más eficiente en recolectar información médica (40). Lo mismo vale para las enfermeras. Es decir, sus habilidades para hacer una anamnesis habrán aumentado (porque éstas se enseñan y duramente) pero sus habilidades de entrevista (que también pueden y deben enseñarse) estarán en el mismo nivel por simple y llana falta de supervisión y entrenamiento. Es así como se dan muchos patrones de interacción médico paciente que no optimizan la eficiencia de los servicios dados. Entre estos, cabe destacar aquellos en las que hay un antagonismo directivo del médico (dispara preguntas ignorando y agrediendo al paciente por su ignorancia o falta de claridad), aquellos en los que el médico ignora al paciente y "cree" saber mejor que éste sus dolencias o se cree con el derecho a "regañar" al paciente, aquellos en los que hay un médico pasivo ante un paciente activo y agresivo, aquellos en los que la relación es tan amistosa que se pierde información y objetividad para el diagnóstico y tratamiento y aquellos en los que nunca se da una integración médico-paciente y cada cual, a la larga, deduce conclusiones bien diferentes (35), para no mencionar casos de irrespeto y grosería que deberían sancionarse drásticamente e inmediatamente. O sea, el respeto al paciente es condición necesaria pero no suficiente para una comunicación efectiva. Ahora bien, para imponer la práctica de respeto deben imponerse controles y consecuencias al irrespeto y es aquí donde todos los estamentos universitarios e institucionales en Colombia estamos fallando.

Con frecuencia además, se viola uno de los principios fundamentales de la psicología ya que muchos médicos piensan que si "asustan" o "regañan" al paciente, éste acatará mejor el tratamiento. Desde hace tiempo ya, se tiene establecida la "curva de ejecución humana" (fig. 5) según la cual, a niveles muy bajos y muy altos de motivación y/o ansiedad, la comprensión y la ejecución en una tarea disminuyen radicalmente (25, 26). Repetidamente se ha demostrado en medicina comportamental que los niveles muy altos de ansiedad dan cuenta de la evitación de los pacientes a buscar ayuda médica, como sucede con frecuencia ante los primeros síntomas de infarto, o cuando hay signos premonitorios de cáncer y otras condiciones médicas de alto riesgo (1). Igual cosa sucede con el mantenimiento de un régimen (42). Así, es necesario buscar un equilibrio óptimo para que cada paciente acepte su enfermedad con una reacción dimensionada a la realidad, o sea, sin demasiada despreocupación y por otro lado, sin pánico que no beneficia a nadie. En cuanto a las amonestaciones, a veces agresivas y en ocasiones ofensivas, ante paciente que no acatan, cabe recordar que éstos no son modos ni eficientes ni saludables de comunicación en niños o en adultos. Generalmente, en medicina, el "regañón" tiene como resultado el que el paciente se sienta incompetente para manejar su problema y disminuido moralmente ante el médico, pero rara vez resulta en un cambio positivo puesto que eleva el nivel de ansiedad y no promueve habilidades enfrentamiento, que es lo que, a la postre, el médico que "regaña" está tratando de obtener.

Además, en contextos institucionales y hospitalarios, son endémicos los cruces de información debidos a que un

Figura 3

Cuestionario auto-evaluativo de entrevista médica
(Modificado de Foley y Sharf, 1981)

A. Comienzo de la entrevista:

Cómo hace sentir al paciente:

1.- Inicia la entrevista de modo que el paciente se siente cómodo.

a) Nunca b) a veces c) frecuentemente.

2.- Muestra respeto al paciente reconociéndole su derecho a la privacidad y a la dedicación del médico (no habla por teléfono, etc.

a) Nunca b) a veces; c) frecuentemente.

B. Proceso de entrevista:

Cómo obtiene información:

3.- Emplea respuestas abiertas para vacilar la comunicación

a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.

- 4.- Da al paciente la oportunidad de explicar en sus propias palabras sin interrupciones innecesarias.
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 5.- Ofrece alternativas y posibles respuestas cuando el paciente parece no saber responder.
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 6.- Replantea o repite las preguntas, si es necesario, para optimizar la comprensión.
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 7.- Le aclara al paciente áreas de confusión o de inconsistencias.
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 8.- Explora qué tanto comprende el paciente su enfermedad actual.
a) Nunca; b) parcialmente; c) completamente.
- 9.- Emplea un lenguaje apropiado para la edad y educación del paciente.
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 10.- Emplea formas adicionales de comunicación (diagramas, radiografías, material escrito, EEGs).
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 11.- Evita recurrir a hábitos y mímica que pueden ser confusos para el paciente (ruidos de asentimiento o de negación, movimiento de cabeza aprobatorio o no).
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.

C. Control del ritmo y dirección de la entrevista:

- 13.- Es conciente del progreso de la entrevista
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente
- 14.- Recurre a resúmenes periódicos
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 15.- Aclara y explica las transiciones entre una etapa de la entrevista y la siguiente.
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 16.- Interrumpe digresiones innecesarias del paciente para mantener el hilo de la entrevista.
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.
- 17.- Recurre a pausas para estimular la respuesta del paciente.
a) Nunca; b) a veces; c) frecuentemente.

D. Control del rapport y empatía:

- 18.- Mantiene contacto de ojos.
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuentemente.
- 19.- Optimiza aspectos no verbales apropiadamente (postura corporal), actitud, risas y sonrisas, contacto físico con el paciente, mobiliario).
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.
- 20.- Da oportunidades para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la enfermedad actual o acerca de problemas significativos.
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.
- 21.- Acepta los valores del paciente de modo no enjuiciatorio.
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.
- 22.- Cauteloso con lenguaje o comportamiento que puede propiciar ansiedad en el paciente.
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.
- 23.- Para disminuir la ansiedad del paciente, explica las razones de algunas de sus preguntas
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente
- 24.- Responde y reconoce las preocupaciones y preguntas del paciente.
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.
- 25.- Reconoce las preocupaciones del paciente comunicadas en forma no verbal.
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.
- 26.- Refuerza y estimula las habilidades del paciente para hacerle frente a la enfermedad.
a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.

E. Final de la entrevista:

27.- Le informa al paciente los próximos pasos.

a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.

28.- Le da al paciente la oportunidad de formular preguntas adicionales o de añadir información a la entrevista.

a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.

29.- Negocia diferencias de conceptos o valores hasta llegar a un acuerdo conveniente para ambos.

a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.

30.- Expresa frases de finalización que permiten una despedida cómoda y lógica.

a) Nunca; b) a veces o parcialmente; c) frecuente o completamente.

Figura 4

Tipo de formato que maximiza la comprensión y retención de una entrevista médica.

(Una vez realizada la anamnesis y con toda la información médica disponible)

Ahora, le voy a decir:

1.- Lo que no anda bien con usted.

2.- Qué exámenes va a necesitar.

3.- Cómo son esos exámenes.

4.- Qué tratamiento necesita.

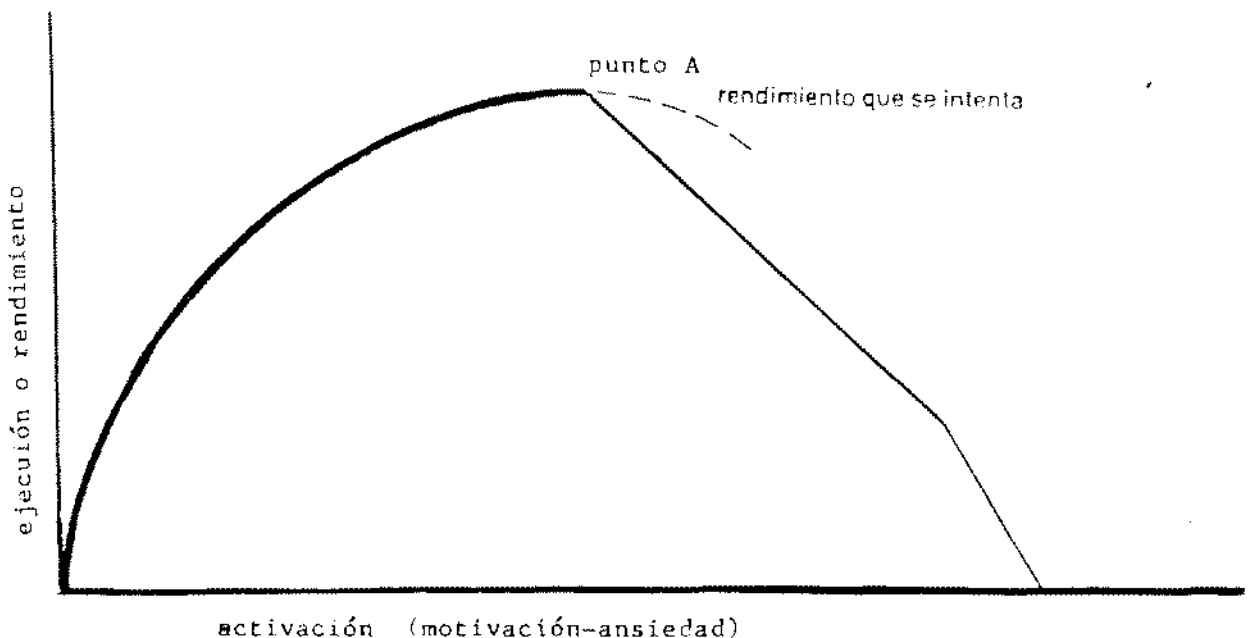
5.- Qué tiene que hacer para ayudarme y ayudarse.

En cuanto a lo que no anda bien con usted...

En cuanto a los exámenes que va a necesitar...

....etc.

Figura 5



Curva de ejecución humana (Nixon, 1973) en la que se ilustra cómo en niveles muy bajos o muy altos de activación (motivación o ansiedad), el rendimiento es deficiente. Cada individuo tiene un nivel óptimo de activación (punto A) en el que su rendimiento o logro será máximo.

médico piensa que otro ya le informó al paciente el diagnóstico o tratamiento por seguirse cuando en realidad nadie ha hablado con éste. Por otro lado, es frecuente que los médicos supongan, a priori, que el paciente no desea o no debe saber diagnósticos terminales o muy dolorosos; al menos en países anglosajones esto demostró no ser cierto y, en países como Colombia, estamos en mora de hacer estudios al respecto pues es probable que, con mucha frecuencia, el paciente desee saber la verdad. En relación con lo anterior, muy rara vez los médicos o enfermeras instruyen a los familiares sobre qué, cómo y cuándo decir ante decisiones mayores (vgr., ante la eventualidad de una amputación o pérdida funcional importante), y en los casos extremos, se recurre al psiquiatra, como si el informar e instruir al paciente o a la familia no fuera parte de la rutina médica. Este tipo de problemas cobra particular severidad en clínicas y hospitales (sobre todo en medicina "socializada") en las que un solo paciente es procesado por diversos médicos internos, residentes y especialistas, ninguno de los cuales asume una responsabilidad directa y personal con el paciente.

Ahora bien, la formación impartida en facultades de medicina no es suficiente. Con alguna frecuencia los médicos, incluso muchos muchos de ellos muy experimentados y eficientes técnicamente, tiene deficiencias en habilidades interpersonales en su relación con los pacientes (40). En ocasiones se centran solamente en la enfermedad de su sub-especialización, ignorando la condición psicológica y humana del paciente y en la práctica docente hospitalaria con pacientes de escasa educación y recursos económicos, con frecuencia se muestran ásperos, evasivos, y cortantes cuando no paternalistas y poco cooperadores, con lo cual se están dando modelos inadecuados de inter-acción a los estudiantes, internos, residentes y a las mismas enfermeras. Este es un punto un tanto álgido de tratar puesto que implicaría la necesidad de reciclar personas con hábitos inter-personales y creencias muy acendradas y reforzadas por su autoridad y competencia técnica; por otro lado, implicaría la necesidad de una educación formal en principios científicos de psicología y en habilidades de entrevista y otras, lo cual, en última instancia llevaría a recargar aún más el entrenamiento del médico. En efecto, si bien en muchas escuelas de medicina (no en todas) en algún momento de la carrera el estudiante ve algo de teoría de entrevista (usualmente psiquiátrica), muy rara vez tiene un entrenamiento práctico en cómo conducir una entrevista profesional dirigida a personas normales sin problemas psiquiátricos y nunca tiene un entrenamiento en psicología de la enfermedad. Puede colocarse como ejemplo frecuentísimo el caso de un paciente joven, intervenido para cáncer meses atrás, quien consulta a su especialista por insomnio y éste, sin más, le extiende muy satisfecho una fórmula de hipnóticos, sin siquiera averiguar cómo está ajustándose esta persona a su período post-quirúrgico así como a los temores muy justificados que tenga de una metástasis.

Algunos lectores de este artículo, ante los párrafos anteriores, pensarán que eso es exactamente lo que siempre han hecho y que es innecesario decirlo (y mucho menos enseñarlo). Desgraciadamente, solamente personas con excelente inteligencia social llegan a un desempeño excelente en la consulta. Pero la inmensa mayoría de personas, incluyendo médicos, psiquiatras y psicólogos y enfermeras (y en pocos casos, profesionales de edad, muy avezados en su campo tecnológico), no tenemos excelente inteligencia social ya que, como todos los talentos, la agudeza e inteligencia social es bastante rara; por ello nos vemos en la necesidad de aprender ciertas tácticas y habilidades que permitan un nivel de atención humano a la altura del nivel tecnológico de los servicios ofrecidos.

Los aspectos antes citados inciden tanto en la comprensión que el paciente tenga de las instrucciones médicas como en la memoria que guarde de ellas y, lo que es aún más importante, inciden en la satisfacción con el médico, aspecto éste que, indirectamente, parece afectar la suma de comportamientos ya de por sí bien complejos analizados aquí (43). Ello no es de extrañar ya que, a final del siglo XX, el médico está dejando de ser el curador-asesor-confidente y taumaturgo del siglo XIX y se está convirtiendo en un profesional de alta tecnología en servicios. Y para que el usuario consuma dichos servicios, debe comprenderlos, debe saberlos utilizar y debe estar satisfecho con ellos (44).

IV. Conclusiones

La palabra la tienen las escuelas de medicina y de enfermería y las instituciones que ejercen control de calidad sobre los servicios en salud, tanto masificados como privatizados. Los cambios requeridos se refieren a dos grandes tipos de intervenciones. La primera y más importante se refiere al cambio de filosofía en la atención en salud que nos permita entrar al siglo XXI con una perspectiva diversificada en la cual la atención individual paciente-médico-en-el-consultorio no será sino una de las instancias de la atención en salud (7). Pero obviamente la involucración del resto del equipo inter-disciplinario (enfermeras, psicólogos, terapeutas y demás) en el tratamiento del paciente y de su familia (cuando no de su comunidad) irá a la par con el desarrollo real de la medicina, el cual, a su vez, irá paralelo a una visión más realista de su rol.

El estado de cosas actual en Colombia refleja una concepción, una práctica y un alcance correspondiente a una medicina que está quedando un tanto a la zaga en razón de su limitada cobertura y de su eficiencia la cual, definitivamente, es susceptible de mejoría, incluso, se repite, en los niveles más costosos y más sofisticados de la atención en nuestro país. Esperemos que las futuras generaciones de jóvenes médicos y enfermeras puedan tener una formación

más elaborada en lo que atañe a una medicina y una atención en salud integral. Requerirán de una filosofía verdaderamente preventiva en áreas de intervención primaria y de mayor seguridad respecto de su propio quehacer de modo que se sientan cómodos si otro profesional se encuentra mejor capacitado para desempeñar determinadas labores para las cuales los médicos, particularmente algunos especialistas, no necesariamente son las personas más idóneas, mejor preparadas o más interesadas. Recordemos al respecto el caso de enfermería y psicología en lo referente a intervención en salud primaria y terciaria así como en lo referente a problemas tan circunscritos como el de la adhesión al tratamiento y el de la educación al público respecto de la conservación de su salud y respecto de cómo emplear los servicios de salud que tenga disponibles. Con referencia a esto último, estamos en mora de elaborar manuales difundidos por medios masivos de comunicación que guíen al paciente sobre qué preguntar y qué exigir o no exigir de un servicio dado en salud.

La segunda área de intervención para efectos de una maximización en la adhesión, se refiere a la necesidad de un mejor entrenamiento en áreas de entrevista, en principios básicos y elementales de psicología aplicada (que no es lo mismo que psiquiatría) así como en áreas de habilidades inter-personales en el contexto de la práctica médica. Este aspecto no deja de ofrecer dificultades pues toca directamente el status profesional, aspecto éste muy delicado en todos los países y en especial en el Tercer Mundo en los que existen agudos problemas de statu quo. Además, cuando se trata de cambiar aspectos relacionados con las Facultades de Medicina y sus profesores, surge de inmediato el problema de quién controla a quién y particularmente, de cómo efectuar un control de calidad al personal institucional ajeno a la Facultad (Flaherty, 1985). Cabría considerar una alternativa que no sobrecarga el currículum de las sub-especialidades en el sentido de que el super-especialista se centre en diagnosticar, tratar y prevenir cierto conjunto de enfermedades, pero que el cuidado integral y la parte de manejo, de adhesión y de problemas emocionales relacionados con la condición médica, queden a cargo de un grupo de psiquiatría de enlace, con psicólogos, enfermeras y otros profesionales, de suerte que el especialista quede libre de hacer consulta general, como es el caso en muchas áreas de medicina privada en Colombia. Esta última alternativa, obviamente, lleva a una formación eminentemente tecnológica en los especialistas, pero ¿no es eso lo que ya está sucediendo, agravado por la ineficiencia del sistema que no desea reconocer sus limitaciones?

Bibliografía

1.- Feuerstein M., Labbé E. E., Kuczmierczyk M. Health Psychology: A Psychobiological Perspective pp. 237-274. N. Y. Plenum, 1986.

2.- Belar, C. D., Deardoff W.W., Kelly, K. E. The Practice of clinical health psychology. N. Y., Pergamon, 1987.

3.- Janis I. L. The patient as decision maker. En W. D. Gentry (ed.) Handbook of Behavioral Medicine, pp. 326-367. N. Y., Guilford Press, 1984.

4.- Caplan, R., Robinson, E., French, J., y cols. Adhering to medical regimens. Ann Arbor, Inst. for Social Res., 1976.

5.- Caron H., Roth H. Patient's cooperation with a medical regimen. *Jama*, 203, 120-12, 1968.

6.- Lasagna L. Patient Compliance. Mount Kisco, N. Y., Futura, 1976.

7.- Masur, F. T. III. Adherence to health care regimens. En C. K. Prokop y L. A. Bradley (Eds.) Medical Psychology: contributions to behavioral medicine. N. Y., Academic 1981.

8.- Shope, J. T. Medical compliance. *Pediatr. Clin. of North Am.*, 28, 5-21. 1981.

9.- Stuart B. R. Adherence, Compliance and Generalization in Behavioral Medicine, pp. 56-77. New York, Bruner-Mazel, 1982.

10.- Haynes B. R. Improving patient compliance: an empirical view. En B. R. Stuart (ed.): Adherence, Compliance and generalization in Behavioral Medicine, pp. 56-77. N. Y., Bruner-Mazel, 1982.

11.- Lund, M. Effects of phenitoin in patients with epilepsy in relation to its concentration in the plasma. En D. S., Davies, B. N., Prichard (Eds.) Biological Effects of Drugs in Relation to their Plasma Concentrations. Londres, MacMillan, 1973.

12.- Wilson J. Noncompliance contributing to apparent drug failure in status epilepticus. *Pediatrics*, 53, 938-940. 1974.

13.- Mattar, M. E., Yaffe, S. J., Compliance in pediatric patients with therapeutic regimens. *Postgrad. Med.*, 56, 181-188, 1976.

14.- Gentry, W. D. Handbook of Behavioral Medicine. N. Y., Guilford, 1984.

15.- Russo, D. C., Varny, J. W. Behavioral Pediatrics, N. Y., Plenum, 1982.

16.- Daschner R., Marget, W. Treatment of recurrent urinary tract infection in children. Compliance of parents and children with antibiotic therapy regimen. *Act. Ped. Scand.*, 64, 105-108, 1975.

17.- Radius, S., Becker M., Rosenstock, I., y Factors influencing mother's compliance with a medication regimen for asthmatic children. *J. Asthma Res.*, 15, 133-149, 1978.

- 18.- Kooner, K. S., Zimmerman T. J. Clinical ocular pharmacology: some overlooked features. *Ophthalmology Clinics of North Am.*, 2, 1-14, 1989.
- 19.- Norell S. E. Accuracy of patients interviews and estimates of clinical staff in determining medication compliance. *Soc. Sci. Med.*, 15, 57-64, 1981.
- 20.- Leventhal H., Zimmermann R., Gutman M. Compliance: a self-regulation perspective. En D. W. Gentry (ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*, pp. 369-423. N. Y. Guilford Press, 1984.
- 21.- Becker M. H., Haefner D. P., Kast S. V., Kirscht J. P., Maiman L. A., Rosenstock En Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15, (suplem 5), 27-46, 1977.
- 22.- Haynes R. B., Taylor D. W., Sacket D. L. *Compliance in Health Care*. Baltimore, Johns Hopkins Un. Press, 1979.
- 23.- Sacket, D. L., Haynes, R. B. *Compliance with Medical Regimens*. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1976.
- 24.- Wingfield, A., Byrnes, D. L. *The Psychology of Human Memory*. N. Y., Academic, 1981.
- 25.- Hanback, J. W., Revelle, W. Arousal and perceptual sensitivity in hypochondriacs. *J. Abn. Psych.*, 87, 523-530, 1978.
- 26.- Nixon, P. G. F., The human function curve. A paradigm for our times. *Act. Ner. Sup.*, supl. 3, 130-133, 1982.
- 27.- Hamilton, V. A cognitive model of anxiety: implications for theories of personality and motivation. En C. D. Spielberg, I. G. Sarason y P. B. Defares (Eds.) *Stress and Anxiety*, vol. 9, Hemisphere Publ. Corp., 1985.
- 28.- Hockey, R. Arousal and stress in human memory: some methodological and theoretical considerations. En M. M., Gruneberg, P. E., Morris y R. N., Sykes (Eds.) *Practical Aspects of Memory*. N. Y., Academic, 1978.
- 29.- Cohen S., (Ed.) *New Directions in Patient Compliance*. Lexington MA, Lexington Books, 1978.
- 30.- Masek B. J. Jenkel W. R. Therapeutic adherence. En D. C. Russ, y J. W. Varni (Eds.) *Behavioral Pediatrics*. pp. 375-391. N. Y., Plenum, 1982.
- 31.- Rapoff, M. A., Christophersen, E. R. Compliance with medical regimens: A review and evaluation
- 32.- Fletcher S. W., Pappies, E. M., Harper, S. J. Measurements of medication compliance in a clinical setting, *Arch. Int. Med.*, 139, 635-638, 1979.
- 33.- Kass M. A., Meltzer, D. W., Gordon M., y cols, Compliance with topical pilocarpine treatment. *Am. J. Ophthalmol.*, 101, 515-523, 1986.
- 34.- Labrador F. J., Castro L. de La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de terapia del comportamiento*, vol. 5, 157-164, 1982.
- 35.- Ley P. Psychological studies of doctor patient communication. En S. Rachman (Ed.) *Contributions to Medical Psychology*, 1 pp. 9-37. Oxford: Pergamon, 1977.
- 36.- O'Leary A. Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 23, 437-451, 1984.
- 37.- Schmitt, F. E., Wooldridge, P. J. Psychological preparation of surgical patients. *Nur. Res*, 22, 108-116, 1973.
- 38.- Ley, P. Towards better doctor-patient communications. *Contributions from social and experimental psychology*. Bennet A. (ed.), *Communications in Medicine*, London, Oxford Un. Press, 1976.
- 39.- Murdock, B. B. jr The serial position effect in free recall. *J. Sxp. Psych.*, 64, 482-488, 1962.
- 40.- Flaherty J. A. Education and evaluation of interpersonal skills. En J. A. Flaherty: *Interpersonal Dimension in Medical Education* pp. 101-141, 1983.
- 41.- Nelson, T. O. Repetition and depth of processing. *J. Verb. Learn. Verb. Beh.*, 16, 151-172, 1977.
- 42.- Marlatt, G. A., Gordon, *Relapse Prevention*. N. Y., Guilford, 1985.
- 43.- Berner, E. S. What interpersonal skills we teach medical students: patient compliance, satisfaction as determinants, Presentado en la Am. Ed. Res. Ass. Conv., L. A., California, 1981.
- 44.- Becker M. H., Maiman L. A., Kirscht J. P., Haefner D. P., Drachman R. H. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 1975, 13, 10-24, 1975.