

ADHESIÓN DE LOS PACIENTES A LAS CONSULTAS DE CONTROL AMBULATORIO*

Gloria Judith Sepúlveda Carrillo**

Resumen

En este artículo se presenta la adhesión como problema de salud pública y como objeto de investigación en los pacientes que asisten a control ambulatorio psiquiátrico. Durante las últimas décadas ha cobrado importancia el tema de la adherencia al tratamiento, en especial el del control ambulatorio, pues la falta de adhesión disminuye la efectividad de los tratamientos, en razón a que los pacientes no siguen adecuadamente las indicaciones dadas por los profesionales de la salud. Aunque probablemente la mayoría esté de acuerdo en que el problema de la falta de adhesión existe, no siempre se analizan a fondo las razones de esta situación y, sobre todo, no se conocen o no se utilizan estrategias para mejorar la adhesión del paciente al tratamiento. Debido a que la desaparición del consultorio es una de sus formas más comunes y graves, el control de la asistencia del paciente a la consulta es una de las tácticas más importantes es el seguimiento de los pacientes ambulatorios, dada su simplicidad y efectividad.

PALABRAS CLAVE: *tratamiento, cooperación del paciente, citas y horarios, control de medicamentos en pacientes de tránsito.*

* Artículo de revisión. Recibido para evaluación: 15 de octubre de 2007. Aceptado para publicación: 13 de noviembre de 2007.

** Enfermera. Magister en Epidemiología. Docente de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. Correo electrónico: sepulvedag@javeriana.edu.co

Abstract

In this paper of review it is presented the problem of adherence. The adherence as a public health problem and the adherence as a research object between patients visiting psychiatric ambulatory control. During the last decades it's been raising in importance the subject of adherence to the treatment, and specially the adherence to the ambulatory control. It is a fact, that lose of adherence undermines the treatment efficiency because of the patients who doesn't fallow correctly the directions given by the professional medical personal. The therapeutics of adherence has its own history and its conceptualization has been socially shaped. Adherence is related to an ideology that transforms the professional medical personal, the strategies of medical research, the results of the treatments and the entire group of policies around the professional medical personal and the health authorities. Even if the majority of medical personal can agree that lose of adherence exists, its causes are not always fully analyzed and the most important, we have no precise knowledge about how to improve the patient adherence to the treatment. Due to the disappearance of the medical bureau, the control of the patient presence at the medical control appears to be one of the most important tactics in the tracking of ambulatory patients thanks to its simplicity and efficiency.

KEY WORDS: *Therapy, patient compliance, appointments and schedules, drug control for patients in transit.*

Presentación del problema

Durante los últimos cuarenta años la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han sido cada vez más parte importante en el sistema de salud pública de muchas comunidades. Para dar respuesta a ello, los recursos del sistema se han enfocado en la búsqueda de métodos para prevenir las enfermedades en la población y lograr que los tratamientos sean completamente efectivos (1-2).

En relación con lo anterior, uno de los problemas que se han trabajado es la no adhesión al tratamiento, definida como “la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida”. Involucra múltiples facetas y abarca una variedad de consecuencias para el paciente, como fracaso en el seguimiento del programa de tratamiento, prematura terminación de la terapia, incompleta implementación de instrucciones —entre ellas prescripciones, lo que generalmente termina en una nueva hospitalización, que puede ser devastadora para el paciente y frustrante para los profesionales de la salud—; además de incrementar los costos como consecuencia de una nueva hospitalización (3).

La no adhesión se constituye en un problema en cualquier sistema de salud, ya sea en el ámbito personal o en el ámbito de salud pública. Por ejemplo, en relación con el primer caso, cuando la persona está dentro de un sistema de atención médica totalmente privado, en el cual acude al médico de su preferencia y paga de sus fondos personales o familiares las consultas, las pruebas de laboratorio, los procedimientos, medicamentos y demás componentes de su tratamiento, el incumplimiento la perjudica particularmente; por cuanto no tendrá el resultado favorable que buscaba y, en cambio, podrá requerir mayores intervenciones, hospitalizaciones o un período más largo de atención curativa (4-5).

Respecto del segundo caso, los sistemas de tipo gerencial, como el establecido por la Ley 100 de 1993 en la República de Colombia, buscan ampliar la cobertura y órbita de acción de los servicios de salud y disminuir las inequidades de salud del enfermo, y tiene como una de las características el suministro de medicamentos como parte normal de la atención. En consecuencia, la no adhesión al tratamiento recae en el sistema mismo y en sus diversos integrantes, y, por lo tanto, es importante analizar este fenómeno y buscar los medios para disminuirla o evitarla.

Aunque la mayoría de los profesionales de la salud coincide en que el problema de la falta de adhesión existe, e incluso con frecuencia exploran esta posibilidad en el interrogatorio de rutina, especialmente en busca de explicaciones para una mala respuesta clínica, no siempre se analizan a fondo las razones de esta situación, y sobre todo no conocen o no utilizan estrategias para mejorarla. Este hecho ha despertado gran interés en los últimos años y ha impulsado la investigación en búsqueda de definiciones, causas, consecuencias y soluciones (6).

Si bien no existen pruebas contundentes sobre que la adhesión al tratamiento, por sí misma, cure, el esfuerzo para aumentarla o mantenerla incrementa la probabilidad de una mejor respuesta clínica. Quizás la intervención más importante, dada su simplicidad y efectividad, sea la adhesión a la consulta de control ambulatorio, ya que en esta se complementan las indicaciones del cuidado (7).

En otro ámbito de consideraciones, se encuentra que uno de los roles de los profesionales de la salud es garantizar la adhesión a la terapia; por lo tanto, son ellos quienes deben estar conscientes del problema, detectarlo, prevenirlo e implementar estrategias para solucionarlo. El conocimiento de la persona enferma o de sus familiares, en cuanto a la forma como se deben seguir las prescripciones o los efectos adversos que pueden traerle, y en general los conocimientos sobre su enfermedad, pueden ser un indicador que mejoraría la adhesión y el éxito del tratamiento (8).

Adhesión como problema de salud pública

La *adherencia* y el *cumplimiento* son términos discutidos frecuentemente en las investigaciones que buscan explorar y cuestionar estos conceptos en la práctica clínica de las enfermedades. El término *cumplimiento* está más centrado en la ideología biomédica, donde el paciente es visto como cumplidor de recomendaciones y es tratado con poca o ninguna autonomía para que obedezca las recomendaciones médicas, aun cuando el comportamiento y el control de la situación del paciente son parte de las labores del profesional de la salud (9).

Por otro lado, el término *adhesión* es “La medida en que el comportamiento del paciente en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o llevar a cabo cambios en el estilo de vida coincide con las recomendaciones médicas” (9). La adherencia al tratamiento puede ser farmacológica y no farmacológica y cada una de ellas presenta factores que pueden intervenir positiva o negativamente:

1. *Factores personales*: edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico, clase funcional, creencias, percepciones y expectativas del paciente, creencias generales o motivación para la salud, gravedad percibida en cuanto a las posibles consecuencias de una enfermedad, creencias relacionadas con la vulnerabilidad percibida, autoeficacia percibida, creencias que se relacionan con el beneficio que se obtendrá con la adherencia al tratamiento, deterioro sensorial, deterioro cognitivo y estados alterados del ánimo, percepción de los síntomas, entre otros.
2. *Servicios de salud*: organización de los servicios de salud y distancia al centro de salud.
3. *Relación entre el paciente y el profesional de la salud*: confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente.
4. *Régimen terapéutico*: en el caso de no adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son: no iniciar la toma del medicamento, no tomarlo de acuerdo con las instrucciones, omitir una o más dosis, duplicar la dosis (sobredosis), suspender prematuramente el tratamiento, tomar la dosis a una hora equivocada, tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico, tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros medicamentos (contraindicados, vencidos o guardados en lugares no apropiados), costos y la mortalidad que generan las fallas en recibir la medicación.
5. *Apoyo social*: contiene tres aspectos principales: el afectivo (reconocimiento, aceptación, estimulación, etc.), el apoyo instrumental (recibir dinero o ayuda para realizar una actividad o re-

solver una situación) y la información (recibir instrucciones, información pertinente para resolver una situación).

6. *Motivación*: teóricamente, un individuo con alta motivación se involucra en su propia salud, cambios en el estilo de vida y búsqueda de información en asuntos relacionados con su enfermedad.
7. *Estado de ánimo*: el estado de ánimo del paciente se puede ver afectado cuando desconoce el manejo de su enfermedad, por lo que manifiesta poco interés por lo que lo rodea (9).

La adhesión a la consulta desempeña un papel central en la consecución o suspensión de casi cualquier encuentro clínico, ya que la alianza terapéutica entre el paciente y el profesional de la salud es necesaria para el éxito de tratamiento. El grado de satisfacción hacia la consulta se ha relacionado con una mayor adhesión (10-12). De manera intuitiva, el equipo de salud es consciente de que la adhesión del paciente no siempre es óptima, que requiere ser reforzada y que la no adhesión puede tener efectos negativos en el resultado del tratamiento y en el estado de salud del enfermo.

La falta de adhesión al tratamiento es un problema extendido por todo el mundo, y se observa en pacientes de todas las edades y de cualquier sexo. Por ejemplo, en Estados Unidos, Inglaterra, Suecia, Australia, Alemania, por mencionar algunos países, se padece esta situación hasta el punto de que allí se han adelantado serias investigaciones y se han escrito numerosos análisis sobre los aspectos relacionados con ella (13-14).

Los resultados de los estudios de adherencia son bastante sombríos. Se considera que los pacientes cumplen aproximadamente el 75% de las citas que toman por sí mismos, pero sólo el 50% de las citas asignadas para ellos por el profesional de la salud, por la necesidad de un seguimiento. Cuando se invita a los pacientes para un control, por ejemplo (toma de la citología), el retorno cae al 35%. Para la toma de medicamentos a corto plazo, la adhesión es del 75% en los primeros días, y se cree que menos del 25% de los pacientes ambulatorios completan el curso del tratamiento. La adhesión con las medicaciones, en general, es del 50%, independientemente de si se intentan prevenir o aliviar los síntomas. La adhesión sobre cambios en el estilo de vida es cerca del 30%, y menos del 10% de fumadores dejan de hacerlo por la advertencia de su médico (15-17).

Se han utilizado varios métodos en un esfuerzo para diagnosticar la baja adhesión al tratamiento como: juicio clínico, control de citas marcadas, control de la obtención del objetivo de tratamiento, recuento de píldoras, controladores de medición, concentraciones de medicamento y entrevistas a los pacientes, y hasta ahora ninguna de ellas ha sido totalmente efectiva (18). Debido a que la no visita al consultorio es una de las formas más comunes y graves de no adhesión, el

control de la asistencia del paciente a la consulta es una de las tácticas más importantes entre los pacientes ambulatorios (19-20).

Controlar el retorno del paciente es administrativamente sencillo si su práctica está organizada para ello; sin embargo, muchos profesionales de la salud no les dan a los pacientes fechas específicas para las próximas visitas o estas no son autorizadas por el seguro de salud al cual pertenecen. Por ejemplo, para condiciones como la hipertensión arterial, se les dice a los pacientes que llamen en dos o tres meses para una consulta de control; pero, desgraciadamente, si un paciente no llama para marcar esta consulta, su ausencia no será advertida en la mayoría de los consultorios, y la no adherencia será detectada muy tarde, quizás cuando el paciente presente una complicación que se hubiera podido evitar (21-22).

Los costos por la prolongación de la enfermedad debido a la baja adhesión incluyen aumento del número de consultas médicas de control, del tiempo de recuperación y de incapacidades laborales. En Estados Unidos, las pérdidas anuales causadas por la baja adhesión a los tratamientos médicos ascienden a cien mil millones de dólares cada año, representados en gastos del sistema de salud y en lo que se deja de producir por parte de las personas enfermas. De esto, 25 mil millones son para pagar atención no hospitalaria de complicaciones que se hubieran podido evitar si se hubiera cumplido adecuadamente el tratamiento prescrito (23-25).

Se resalta que la gran mayoría de estudios son realizados en países desarrollados, donde los sistemas de protección social son mucho más estructurados. La realidad de los países en vía de desarrollo es muy diversa. En Colombia, por ejemplo, se carece de cifras sobre adhesión a las recomendaciones médicas, pero la experiencia de muchos años permite suponer que también aquí alcanza cifras apreciables, mayores sin duda en los estratos económicamente más débiles, pero también preocupantes entre las personas de clase media y media alta. Tal situación torna urgente la necesidad de llevar a cabo investigaciones más profundas al respecto (26).

En general, las enfermedades agudas con síntomas llamativos son más motivantes para adherir al tratamiento, el cual generalmente es corto. En las enfermedades crónicas se tiene mayor riesgo de no adhesión, ya que generalmente el paciente no presenta síntomas y no siente la necesidad de continuar con el tratamiento o de volverlo a empezar, olvida las dosis o no percibe su beneficio. Incluso los pacientes más adherentes tienden a descansar del tratamiento durante intervalos variables de tiempo. Por ejemplo, en la hipertensión arterial este fenómeno ocurre en el 40% de los casos, con una tasa de abandono entre el 25% y el 50% (27-29).

Los problemas de no adhesión son más evidentes y extensivos en psiquiatría, dada la naturaleza de los pacientes (30-31). Por ser la salud mental una de las áreas más costosas de cuidado de la salud y la adhesión una característica importante para el buen resultado de las terapias, se están implantando sistemas de políticas socioeconómicas y debates epistemológicos al respecto del mejoramiento de la efectividad de los tratamientos (32-33).

La implementación de planes educativos y la orientación de programas de servicio a sectores específicos de la población vulnerable permitirán lograr mejores resultados con los tratamientos, y se obtendrá también una importante reducción en los costos de salud (34-35).

Adhesión como objeto de investigación

Se han realizado un gran número de estudios respecto a la adhesión a los tratamientos y se han identificado factores que la determinan. Estos son múltiples y variables de un paciente a otro, y en el mismo paciente de acuerdo con las circunstancias. Depende de las características del paciente, de su patología, de la relación terapeuta-paciente, del régimen de prescripción y de las políticas de manejo de los servicios de salud (36-37).

En algunos casos, el paciente entiende el tratamiento prescrito, pero decide no seguirlo porque está en desacuerdo con él, duda de su eficacia, teme por sus efectos adversos o no desea modificar su rutina. La adhesión involuntaria al tratamiento sucede por olvidos, costo, falta de comprensión del régimen de seguimiento o dificultad para incluirlo en la rutina diaria (38-39).

Con respecto a la adhesión a los tratamientos en el ámbito de la literatura médica, las investigaciones han encontrado más de 100 características de los pacientes que se relacionan con ella. Algunas de estas son obvias, como la capacidad de leer la fórmula o la etiqueta de los medicamentos (se calcula que el 20% de los pacientes tienen dificultad para la lectura) o para entender, recordar y seguir las instrucciones del profesional de la salud. Otras son menos evidentes, como el perfil psicológico, las creencias, la actitud del paciente con respecto a su salud y el ambiente social y familiar (40-41).

Otros factores asociados que incluyen baja adhesión son: diagnósticos psiquiátricos, tratamientos muy complejos, enfermedades crónicas, insatisfacción con el tratamiento, pobre alianza terapéutica, inestabilidad social e inadecuados modelos de atención en salud. En términos generales, el comportamiento del paciente frente a su régimen terapéutico depende de la importancia que este conceda a sus síntomas y a su enfermedad, de la fe que tenga en la eficacia y segu-

ridad del tratamiento y de la confianza que deposite en el profesional de la salud y en sus consejos (41-43).

En edades extremas, como pacientes muy jóvenes o de edad muy avanzada, hay menos adhesión al tratamiento. En los niños intervienen las decisiones de los padres y de los adultos encargados de ellos, mientras en los ancianos puede ser más frecuente el olvido, la confusión, la dificultad para leer y entender las etiquetas y las instrucciones del profesional de la salud. Para las enfermedades crónicas, en general, los autores no han admitido cualquier asociación en referencia con el sexo. Respecto al estado civil, los pacientes que viven solos, los divorciados y los solteros incumplen con mayor frecuencia los tratamientos prescritos. En general, las personas con enfermedades mentales crónicas y que están aisladas (que viven solas) o son rechazadas socialmente adhieren menos a las terapias (44-46).

Los pacientes con baja escolaridad (analfabeta o educación básica) y con alto nivel educativo (universitario) adhieren menos a los tratamientos. En Colombia es considerable el número de personas que son todavía analfabetas, sobre todo en los campos, o al menos analfabetas funcionales, que pueden leer letras y números pero no alcanzan a entender la información escrita si sobrepasa un mínimo de complejidad. En cuanto a la situación laboral, los bajos ingresos producidos por el desempleo predicen una menor respuesta al tratamiento y a la posibilidad de una baja adherencia (47).

Hay un consenso en la literatura de que las tasas de adhesión declinan con el tiempo de tratamiento. Se acepta que un buen nivel de adhesión en el inicio del tratamiento es predictor de buena adhesión a largo plazo (48). La literatura médica dice que la adhesión se afecta no sólo por la naturaleza de la enfermedad, sino por la duración y por las consecuencias que acarrea la no toma de la medicación, lo cual es más común en pacientes ansiosos no hospitalizados y que han sido tratados en diferentes lugares (49-50).

Otro problema que está interfiriendo en la adhesión a las consultas lo constituyen las políticas de atención al usuario por parte de las empresas prestadoras de servicios de salud, que buscan aumentar la cobertura de los servicios, disminuyendo gastos, y con esto aumentan probablemente la no adhesión del paciente. Las características de los servicios de salud son importantes factores determinantes en la adhesión a tratamientos en enfermedades crónicas. Todas las dimensiones de la calidad del cuidado se han relacionado con ello, aun cuando se han destacado la relación médico-paciente y los aspectos de accesibilidad (51-52).

En la relación positiva entre adhesión y buena calidad del cuidado se destacan los inherentes a los profesionales de la salud como: percepción de la competencia del profesional, calidad y claridad de la co-

municación, disposición de los profesionales respecto a incluir a los pacientes en decisiones referentes al tratamiento, sentimiento de apoyo, satisfacción con el equipo de salud, información adecuada de lo que se espera con relación a la gravedad, duración, efectos colaterales y conveniencia de las citas y procedimientos (53).

El problema de la adhesión a las consultas médicas como parte del tratamiento en enfermedades crónicas se ha venido imponiendo en la sociedad, especialmente en los servicios de salud. Aunque este problema es difícil de solucionar, la literatura médica y las experiencias prácticas de las instituciones de salud tienen muchas sugerencias y estrategias positivas en este sentido (54).

Conclusión

La falta de adhesión no sólo es un problema del paciente, sino que va más allá de él. Por eso para solucionar este fenómeno los profesionales del área de la salud deben tener acceso al adiestramiento específico en el manejo de la adhesión a los tratamientos y a los sistemas en los cuales trabajan, además de aprender a evaluar el potencial para la no adhesión y a detectarlo en los pacientes. Por otro lado, los prestadores de servicios en salud deben mejorar sus estrategias, en busca del mejoramiento de la eficacia de los tratamientos, incluida la adhesión terapéutica, como un factor importante que influye en la efectividad de las intervenciones.

Referencias

1. Esther FM, Sharon MH. Strategies for improving follow-up client appointment-keeping compliance. *J Am Diet Assoc.* 2001; 101(8):935-45.
2. Mark C. It wasn't all your fault doctor! *Lancet.* 2000;356(9237):1212-21.
3. DiMatteo RM, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med.* 2000;160(14):2101-7.
4. Mackin RS, Arean PA. Cognitive and psychiatric predictors of medical treatment adherence among older adults in primary care clinics. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(1):55.
5. Mellins CA, Kang E, Leu CS, Havens JF, Chesney MA. Longitudinal study of mental health and psychosocial predictors of medical treatment adherence in mothers living with HIV disease. *AIDS Patient Care STDS.* 2003;17(8):407.

6. Macharia WM, Leon G, Rowe BH, Stephenson BJ, Haynes RB. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *JAMA*. 1992;267(13):1813-7.
7. Maxted G, Gehlbach SH. Effectiveness of mailed appointment reminders. *J Fam Pract*. 1981;12(2):39-61.
8. Bui K. The language of compliance: health policy and clinical practice for the several mentally ill. *Int J Soc Psychiatry*. 1997;43(3):157-63.
9. Blackwell B. Treatment adherence. *Br J Psychiatry*. 1976;129:513-31.
10. Buchmann WF. Adherence: a matter of self – efficacy and power. *J Adv Nurs*. 1997;26:132-7.
11. Haynes RB. Introduction. In: Haynes RB, Teylon DW, Sackett DC. *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
12. Sackett LD, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Helping patient follow the treatments you prescribe. In: Sackett LD, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. 2nd ed. Little Brown; 1985. p. 249-81.
13. Ortiz M, Ortiz E. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo I chilenos: una aproximación psicológica. *Rev Med Chile*. 2005;133(3):307-13.
14. Kemppainen J, Buffum M, Wide G, Kestner M. Psychiatric nursing & medication adherence. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2003;41(12):38-49.
15. Kramer BA, Spikes J, Strain JJ. Compliance with psychiatric consultant's recommendations. *Arch Gen Psychiatry*. 1980; 37(9):1082.
16. Tay SE. Compliance therapy: an intervention to improve inpatient's attitudes toward treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007;45(6):29-37.
17. Creedon SA. Infection control: behavioural issues for healthcare workers. *Clinical Governance*. 2006;11(4):316-25.
18. Douglas L, Leslie R. Adherence of schizophrenia pharmacotherapy to published treatment recommendations: patient, facility, and provider predictors. *Schizophr Bull*. 2004;30(3):649-58.
19. Kettler LS, Sawyer SM, Winefield HR, Greville HW. Determinants of adherence in adults with cystic fibrosis. *Torax*. 2002;57:459-64.
20. Fodor G, Cutter H, Irvine J, Ramsten V. Adherence to non pharmacologic therapy for hypertension: problems and solutions. *Can J Public Health*. 1998;89(5):112-5.
21. McInnis MG. Adherence to treatment regimens in major depression: perspectives, problems, and progress. *Psychiatric Times*. 2007;24(11):17.
22. Waver T, Patmore Ch, Cunningham B, Renton A. An assessment of the impact of community psychiatric nurse attachment to primary care upon the monitoring of patients with severe mental illness. *Journal of Mental Health*. 1999;8(4):403-12.

23. Facchini M. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración relación médico-paciente. *Medicina*. 2004;64:550-4.
24. Horne R. Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest*. 2006;130(1):65-72.
25. Alfonso LM. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004;30(4):350-2.
26. Green JH. Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39(9):963-6.
27. Zygumt A, Olfson M, Boyer C, Mechanic D. Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1653-64.
28. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry*. 2006;51(Suppl 1):9-72.
29. Young GJ, Mohr DC, Meterke M, Seibert MN, McGlynn G. Psychiatrists self-reported adherence to evidence-based prescribing practices in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2006;57(1):130-2.
30. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW. The Schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations. *Schizophr Bull*. 2004;30:193-217.
31. West JC, Wilk JE, Olfson M, Rae DS, Marcus S, Narrow WE, et al. Patterns and quality of treatment for patient with schizophrenia in routine psychiatric practice. *Psychiatr Serv*. 2005;56(3):283-91.
32. Alfonso LM, Agramonte MS, Bayarre HD. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr [en internet]*. 2003;19(2). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/frecuencia_de_cumplimiento_tratamiento_medico_en_pac_hta.pdf
33. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento implicaciones de la no adherencia. *Acta Med Colomb*. 2005;30:268-73.
34. Billups SJ, Malone DC, Carter BL. Relationship between drug therapy non compliance and patient characteristics. health-related quality of life, and health care cost. *Pharmacotherapy*. 2000;20(8):941-9.
35. Howland RH. Medication adherence. *J Psychosoc Nurs*. 2007;45(9):15-8.
36. Cotrell V, Wild K, Bader T. Medication management and adherence among cognitively impaired older adults. *J Gerontol Soc Work*. 2006;47:31-46.
37. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2007;167:540-50.
38. Mclean W. Medication adherence initiatives: part I. *Can Pharm J*. 2007;140(4):254-61.
39. Sabate E, editor. Adherence to long term therapies: evidence for action [monograph on internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2007 sep 30]. p. 3. Available from: <http://>

- www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html
40. Krueger KM, Felkey BG, Berger BA. Improving adherence and persistence: review and assessment of intervention and description of steps toward a national adherence initiative. *J Am Pharm Assoc.* 2003;43:668-79.
 41. Van Der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure: how can use manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17.
 42. Cole JA, Norman H, Weather LB, Walker AM. Drug copayment and adherence in chronic heart failure: effect on cost and outcomes. *Pharmacotherapy.* 2006;26(8):1157-64.
 43. Shalansky S, Dojcinovic I. Medication specific predictors of adherence with cardiovascular regimens. *Can Pharm J.* 2003;136(6):53.
 44. Vega A, Karnow M, Alegría M, Alvidrez J, Bernal G, Escamilla M, et al. Research issues for improving treatment of U.S. hispanics with persistent mental disorders. *Psychiatr Serv.* 2007;58(3):385-94.
 45. Vega WA, López SR. Priority issues in Latino mental health services research. *Ment Health Serv Res.* 2001;3:189-200.
 46. Chanut F, Brown T, Dongier M. Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Can J Psychiatry.* 2005;50(9):545-8.
 47. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psychol.* 2006;5(3):535-47.
 48. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:843-61.
 49. Dobalian A. Nursing facility compliance with do-not-hospitalize orders. *Gerontologist.* 2004;44(2):159-65.
 50. Mukherjee S, Sullivan G, Perry D, Verdugo B, Means-Christensen A, Schraufnagel T, et al. Adherence to treatment among economically disadvantaged patient with panic disorder. *Psychiatr Serv.* 2006;57(2):1745-50.
 51. Yakimo R. Perspectives on psychiatric consultation liason nursing 2006. *Perspect Psychiatr Care.* 2006;42(1):59-62.
 52. Simon GE, Ludman EJ, Operskalsky BH. Randomized trial of a telephone care management program for outpatients starting antidepressant treatment. *Psychiatr Serv.* 2006;57(10):1441-5.
 53. Soto S, Ruiz I. Adherence to anti retroviral therapy among HIV-infected prison inmates. *Int J STD AIDS.* 2005;16(2):133.
 54. Roh YS. Modeling adherence to therapeutic regimens in patients with hipertensión. *Kanho Hakhoe Chi.* 2005;35(4):737-44.