

Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia

Melina Del Duca, Yenny Gallegos*, Gabriel Da Col*, María Noel Trenchi*.*

Resumen

La adherencia al tratamiento es un problema frecuente al que nos enfrentamos en la práctica médica, se acentúa en los pacientes crónicos y en países como el nuestro alcanza el 50% de acuerdo a los informes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este artículo los autores analizamos la importancia de la Adherencia al tratamiento, los factores que inciden en la misma, las herramientas que pueden ayudarnos a determinar el cumplimiento de los tratamientos que indicamos, las estrategias que podemos aplicar y la importancia de incorporar a la familia como partícipe necesario; el apoyo, la compañía y la solidaridad de sus miembros será un factor fundamental para alcanzar los objetivos del tratamiento a largo plazo.

Palabras claves: tratamiento, adherencia

Abstract

The adherence to the treatment is a frequent problem which we face in the medical practice, particularly in the chronic patients and in countries like ours it reaches 50 % according to the report of the World Health Organization (WHO). In this article the authors analyze the importance of the adherence to the treatment, the factors that affect this, the tools that can help us to determine the fulfillment of the treatments that we indicate, the strategies that we can apply and the importance of incorporating to the family as necessary participant; the support, the company and the solidarity of the family's members will be a fundamental factor to reach the aims of the long-term treatment.

Key words: treatment, adherence

Fecha de recibido: 10 de diciembre de 2012

Fecha de aceptado: 18 de marzo de 2013

Correspondencia: Gabriel Da Col | gdaacol@montevideo.com.uy

1. Introducción

El ámbito de trabajo de la Medicina Familiar, que abarca diferentes edades y patologías obliga a la actualización constante a fin de indicar tratamientos eficientes, eficaces y efectivos, que deben ser cumplidos en forma adecuada para lograr el objetivo planteado con ellos: la cura de la enfermedad, la estabilización, la desaparición de síntomas o la minimización de un daño. Sin embargo en la práctica médica diaria es habitual encontrar pacientes que no cumplen los tratamientos indicados o lo hacen en forma incorrecta. Esto afecta al paciente, pero también genera para los prestadores de salud un costo adicional. Frecuentemente vemos y escribimos en la historia clínica “no cumple dieta”, “no cumple tratamiento”, como si el hacerlo nos quitara responsabilidad, trasladándola enteramente al paciente, a quien culpamos del fracaso terapéutico. El médico de familia debe considerar la relación empática con escucha activa, las habilidades comunicacionales, la crisis personal y familiar que deriva de la patología y su impacto en el grupo familiar, la adaptación y resolución de la misma desde un abordaje sistémico; debe centrar el diagnóstico y la terapéutica en el individuo como persona y como integrante de un sistema familiar. Sin duda esto permitirá establecer las estrategias a fin de que la indicación de tratamientos y el cumplimiento de los mismos sea bidireccio-

nal, flexible y sobre todo personalizado, aumentando en forma exponencial la probabilidad del logro de objetivos, dentro de un seguimiento longitudinal de la persona y su familia. En este artículo los autores pretendemos responder una serie de preguntas: ¿por qué importa la Adherencia al tratamiento?, ¿cuáles son los factores que inciden para lograr la misma?, ¿cuáles son los métodos para determinar el cumplimiento de tratamientos?, ¿cuáles las estrategias que puede aplicar el médico de familia? y ¿cómo incorporamos a la familia, participe necesaria en una alianza terapéutica a largo plazo? En dos ejemplos mostramos algunos problemas que pueden surgir durante un tratamiento indicado a un paciente, por falta de comunicación, aunque en el primero de ellos se interpretó una falta de adherencia que en realidad no existía.

2. Caso 1

Mujer, 60 años, portadora de arritmia en tratamiento con cardiólogo, recibiendo varios fármacos, entre ellos warfarina, teniendo que realizarse constantes ajustes en el tratamiento de acuerdo a los resultados del INR. Luego de varios años de tratamiento, es derivada a hematólogo ajustándose el tratamiento en dosis y frecuencia, logrando un INR aceptable¹. Esta paciente desconoce si hay hierbas medicinales o alimentos que interfieren con su medicación, lo que nunca preguntó ni le fue informado espontáneamente

por el médico tratante. Ingiere en forma habitual jugo de pomelo, el que está demostrado interfiere con la metabolización de los anticoagulantes orales².

3. Caso 2

Hombre, 70 años, hipertenso diagnosticado a los 40 años con cifras máximas de 190/110 y habituales de 150/90. En tratamiento con enalapril 20 mg cada 12 horas. Sedentario. Agrega sal a los alimentos. Disnea de esfuerzo. Niega disnea de decúbito ni paroxística nocturna. No se controló en los últimos 2 años. En este caso nos preocupa si entiende su enfermedad, porque no cumple el tratamiento indicado, cuál fue el mismo y porque razón no se controla.

Los roles del médico, del paciente y sobre todo de la familia deben ser redefinidos, ese es el planteo de la Medicina Familiar, a través del abordaje clínico centrado en el paciente; para que casos como el que presentamos dejen de ser la regla y pasen a ser las excepciones, o mejor aún, parte del anecdotario. La Historia Clínica es fundamental, porque es allí donde se evidencian los problemas sobre los que se deberá intervenir y el buen interrogatorio parte esencial de la misma. A veces los pacientes ocultan información por temor, otras veces porque igno-

¹Médico, Magíster en Medicina Familiar y Comunitaria -Universidad de Montevideo

ran la importancia de la misma. Los médicos debemos tomar nuestro tiempo para el interrogatorio y entonces seremos capaces de reconocer los problemas.

Dentro de estos problemas está la adherencia al tratamiento, definida por Epstein & Cluss (1982)³ como: “La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”. Este *comportamiento* del paciente, incluye el conjunto de conductas tales como aplicar las recomendaciones prescritas, el cambio en el modo de vida y el evitar comportamientos de riesgo. La *coincidencia* implica, sumado a lo anterior, la aceptación del paciente de ser parte del plan de tratamiento, el ser sujeto activo en el mismo, con inclusión y participación. A esto se agrega la *responsabilidad* del médico al prescribir, que implica indicar, enseñar, explicar, adecuar, acompañar y controlar. Para lograr la adherencia, la relación medico-paciente es un factor fundamental a ser valorado, a fin de que se produzca el “proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el médico”⁴, en esta base se asienta un tratamiento eficaz, dentro de la continuidad de cuidados.

4. Importancia del tema

La importancia del tema para la Salud Pública quedó mani-

fiesta cuando la OMS lanzó en 2001 como iniciativa mundial un Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a Largo Plazo y en el 2004 elaboró un informe denominado “*Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*”, en el cual se establece que “*la adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud*”, más aún en los países en desarrollo como el nuestro, en los que la adherencia no alcanza al 50% de los tratamientos crónicos prescritos⁵.

El referido documento refiere dos conceptos que son fundamentales a tener en cuenta, el primero de ellos es que los profesionales de la salud debemos adiestrarnos para lograr la adherencia terapéutica y el segundo que la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes, son un factor clave para lograr el éxito en la misma⁵.

El presente artículo tiene como objetivo analizar los factores reconocidos e implicados en la adherencia terapéutica y evaluar el rol que cumple la familia en la misma.

5. Elementos que inciden en la Adherencia

Han sido identificados más de 200 variables que pueden intervenir en la Adherencia a un tratamiento, cualquiera sea este⁶, pero se han concentrado en 5 grandes grupos de factores relacionados:

Factores Socioeconómicos (Accesibilidad)

- Costo de la medicación
- Costo del transporte para acceder al medicamento
- Falta de Redes de apoyo efectivo que faciliten el acceso.
- Creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento

Para las enfermedades crónicas y en pacientes ancianos estos factores han de ser especialmente investigados. La falta de Redes de Apoyo son un factor esencial al momento de decidir una intervención.

Factores relacionados a la Enfermedad

- Conocimiento de la enfermedad (promoción y prevención de la misma)
- Sintomatología, abandono en la mejoría, abandono en la peoría
- Tiempo de evolución – Historia natural de la enfermedad

Comenzar un tratamiento con una pregunta tan simple como ¿qué sabe Usted de su enfermedad? y escuchar lo que tiene para decirnos, implica no solo el cambio de paradigma, sino que permite que el paciente ingrese como sujeto activo a su plan terapéutico

Factores relacionados al Tratamiento

- Confianza en la efectividad del mismo
- Cambios en el estilo de vida. Cuando el tratamiento implica los cambios referi-

dos por ejemplo en la dieta, el ejercicio, la dificultad a la adherencia es mayor⁷.

- Temor a las reacciones adversas (como el temor a efectos cardíacos adversos con el uso de beta 2 agonistas)
- Cantidad de fármacos, duración del tratamiento, polifarmacia terapéutica y/o preventiva (prevención secundaria)

Para aquellos pacientes que requieran *cambios en el modo de vida* dentro del plan terapéutico, el promover la adherencia no solo implica una especial atención de parte del médico y el compromiso del paciente, debe *incorporar a la familia como partícipe necesario*; el apoyo, la compañía y la solidaridad de sus miembros será un factor fundamental para alcanzar los objetivos del tratamiento a largo plazo.

Factores relacionados al paciente

- Creencias respecto al tratamiento y su efectividad.
- del proceso salud-enfermedad (como sucede en aquellos pacientes que toman de antihipertensivos solo cuando tienen cifras elevadas de tensión arterial).
- culturales (es el caso de padres que se niegan a vacunar a sus hijos).
- Situaciones como stress, enfermedades psiquiátricas, enfermedades neurodegenerativas, pérdida de memoria.
- Motivación de solicitar ayuda a los efectos de afrontar y confrontar.

Un tratamiento no funcionará a largo plazo si no se derriban las barreras que surgen de las creencias del paciente y se construye junto al mismo la motivación que permita su continuidad. Debe evitarse la transferencia negativa del cuidado de la salud para lo que se hace imprescindible una adecuada relación médico-paciente y médico-familia, brindando en forma oportuna, clara, y honesta la información necesaria. *“La cantidad y la calidad de la información facilitada a los enfermos reduce su angustia, consiguiendo así una mejor y más rápida recuperación gracias a la mayor colaboración mostrada durante el periodo de tratamiento”*⁸

Factores relacionados al Equipo Asistencial

- Relación médico paciente inadecuada con falta de confianza recíproca.
- Falta de conocimiento y preparación para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs).
- Falta de accesibilidad a los medios adecuados para el diagnóstico, a la continuidad asistencial y a la supervisión del tratamiento sugerido (programación del seguimiento)
- Antagonismo terapéutico y/o interacción entre prescripciones con alimentos y fármacos.

ECNTs como diabetes, hipertensión arterial y el sobrepeso/obesidad entre otras, requieren de tratamientos prolongados.

La relación médico paciente se constituye en la piedra fundamental sobre la cual construir el plan de tratamiento¹

La Medicina Familiar se basa en la atención del paciente como persona, como individuo integrante de sistemas y subsistemas familiares dentro de un hábitat comunitario, que interrelacionan e inciden sobre su enfermedad, sobre su actitud frente a la misma y por consiguiente frente al tratamiento. La familia es el primer aliado con el que cuenta el médico, cuidando, supervisando, apoyando y previniendo las fallas en el cumplimiento.

Desde el momento en que el paciente tome la decisión, adquiera el compromiso y sea responsable de iniciar un proceso terapéutico, cambiará su conducta⁹

6. El Autocuidado como estrategia de Atención Primaria

En Uruguay se ha elaborado una Cartilla¹⁰ que establece los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, donde paradójicamente no es mencionado el deber de cuidar su salud, como si especifica claramente el artículo 44 de nuestra Constitución¹¹. Los médicos de familia debemos estimular y educar al paciente, a su familia y a la comunidad un autocuidado responsable que incluye el auto-manejo y el autocontrol tanto de las ECNTs, enfermedades agudas de consulta frecuente, tratamientos y factores de riesgo. Se

debe “*fomentar en el paciente la sensación de que es capaz de realizar el cambio de comportamiento, lo que se conoce como mejora o aumento de la autoeficacia*”¹².

En una concepción sistémica se incluye el autocuidado personal, el cuidado familiar o por otros miembros del entorno social y los grupos de autoayuda¹³.

La OMS refiere que las acciones de autocuidado especialmente en situaciones de enfermedad están relacionadas con el conocimiento que se tiene de la patología y del manejo adecuado del paciente que debe adaptarse a la nueva situación de salud y adherirse eficazmente a los tratamientos¹⁴.

7. Derecho a no saber y Bioética

Beauchamp y Childress (1979)¹⁵ definieron los cuatro principios de la Bioética: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Es importante tener en cuenta que el paciente puede no querer saber o decidir que la familia no participe de la información o las decisiones respecto a su enfermedad, derecho que debe ser respetado. Detrás de esta decisión puede existir una disfuncionalidad familiar, que como médicos de familia nos obligará a cambiar nuestra estrategia de abordaje y a re direccionar nuestros esfuerzos.

“En la medicina comunitaria en especial, se considera que el in-

dividuo está inserto en un grupo social, y se busca el bien colectivo, el bien común. Esto implica una actitud de solidaridad con el paciente, que se base en las relaciones de confianza médico-paciente”¹⁶.

8. ¿Cómo podemos determinar la Adherencia?

Hay numerosos test y cuestionarios, referidos en la bibliografía para determinar la adherencia¹⁷. Por razones prácticas, creímos conveniente referirnos a los principales de ellos, validados en numerosos estudios^{18,19} pero que además son fáciles de aplicar en la consulta habitual.

Test de Morisky-Green²⁰, valora si el paciente tiene actitudes adecuadas en relación al tratamiento en base a 4 preguntas que perfectamente pueden ser realizadas durante la conversación cordial que tenemos con el mismo. Estas preguntas son: ¿se olvida algunas vez de tomar los medicamentos?, ¿toma los medicamentos a las horas indicadas? Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?, si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomar la medicación? Para considerar una buena adherencia, las respuestas correlativas a cada pregunta serían, no, sí, no, no.

Test de Haynes-Sackett o cumplimiento auto comunicado²¹ es menos específico en orientarnos en las causas, pero nos permite mediante una fórmula, medir el porcentaje de adherencia. Se le comenta, la mayoría de la gen-

te tiene dificultades para tomar la medicación ¿tiene usted dificultad en tomar la suya? Se realiza una sola pregunta, mezclada durante la entrevista farmacéutica. Si la respuesta es afirmativa, se solicita el número medio de comprimidos olvidados durante un período de tiempo (por ejemplo en la última semana o en el último mes) y se determina el porcentaje de cumplimiento comparado con el número de comprimidos indicado.

Comprimidos administrados = comprimidos recetados - comprimidos olvidados

Porcentaje de Adherencia = comprimidos administrados / comprimidos recetados x 100

El determinar si nuestro paciente tiene una Adherencia adecuada es el inicio del camino.

9. Estrategias de Intervención

En la literatura consultada^{22,23} aun siendo diversas las opciones de intervenciones planteadas, todas coinciden en las que hay que actuar sobre el binomio médico-paciente. Una necesaria dosis de humildad y honestidad intelectual deberá guiar nuestra praxis a fin de lograr los objetivos que nos planteamos.

Recomendaciones Generales

- Capacitarse, actualizarse, prepararse para el cambio.

- Fomentar, lograr y mantener una adecuada relación médico-paciente.
- Personalizar cada tratamiento.
- Informar sobre la enfermedad presente y sus perspectivas (teniendo en cuenta lo que el paciente desea saber en ese momento, que puede ir variando a lo largo del tratamiento)
- Facilitar que el paciente exprese sus ideas, opiniones, dudas, preocupaciones y creencias.
- No culpar, apoyar. El paciente es uno de los factores, no el único.
- Actuar sobre el incumplidor y en forma preventiva sobre todos los pacientes.
- Verificar que el paciente está de acuerdo con su tratamiento.
- En especial en ancianos tener en cuenta la accesibilidad, multiplicidad de prescripciones, de médicos tratantes y factores del paciente como la depresión, menor destreza manual, menor visión, dificultad para tragar y deterioro cognitivo.
- El paciente deberá participar en su enfermedad y ser responsable de las decisiones que se adopten, deberá entender que el plan terapéutico redundará en una mejor calidad de vida y es la base para mejorar su salud.
- El médico y el paciente incorporarán a la familia, se promoverá su participación activa, el conocimiento de la enfermedad, la necesidad

del tratamiento, importancia de apoyo y supervisión del mismo. Esto es lo ideal, pero no debemos olvidar que el paciente puede no querer la participación familiar, sobre lo que deberemos trabajar.

Recomendaciones Específicas^{23, 24}

- **Establezca un tratamiento simplificado**, reduzca la cantidad de fármacos, la frecuencia entre dosis y de ser posible acorte la duración del tratamiento.
- **Asocie las tomas con actos cotidianos**, ordene los de la mañana, de la tarde y de la noche.
- **Siempre escriba la prescripción**, sea claro con horarios y dosis.
- **Pida a un familiar** que controle los medicamentos.
- **Pida que el paciente o un familiar registre** los efectos positivos y negativos del tratamiento y que le consulte por ello.
- **Fije metas periódicas, refuerce e incentive al paciente**, testeé periódicamente la adherencia.
- **Adecue los cambios de modo de vida** a los hábitos del paciente, horarios y actividades laborales.
- **Evite reponer medicación para períodos prolongados**, adecue las consultas a la necesidad de reposición y de control del riesgo y la patología, dado

que la sola prescripción a largo plazo no garantiza la adherencia al tratamiento.

- **Contacte al paciente que ha faltado a una cita**

Dentro de la práctica habitual del médico de familia y a fin de llevar un control periódico los pacientes serán clasificados en 4 grupos: los de seguimiento telefónico; los de seguimiento en policlínica; los de seguimiento domiciliario y los pacientes con tratamientos prolongados. Esto nos permitirá organizarnos y aplicar las recomendaciones que correspondan a cada uno de ellos.

10. La Familia y la Adherencia al Tratamiento

La primera red de apoyo al paciente es la familia, son los primeros cuidadores, y para el paciente anciano, demenciado o limitado en su validez serán los responsables del cumplimiento de los tratamientos. Cuando la familia es integrada al tratamiento la adherencia y los controles mejoran notablemente²⁵. Lo ideal es que la participación sea natural y activamente. Si el paciente no cuenta con un adecuado apoyo familiar todo el plan puede fallar.

Ante la ausencia de familia, el sistema sanitario debe garantizar la accesibilidad y el control del tratamiento a través del equipo de salud o de redes formales de cuidado como el Plan Nacional de Cuidados

11. La Familia ante la Enfermedad Crónica

La enfermedad de un integrante del Sistema Familia es una crisis, entendiendo como tal el “*evento que rompe el equilibrio familiar*”²⁶. Esta alteración de la homeostasis conlleva una readaptación que podrá ser beneficiosa o perjudicial. Los integrantes de la familia tendrán diferentes sentimientos y respuestas. El médico de familia deberá estar atento a ello a fin de potenciar las positivas y limitar o eliminar las negativas. En el caso de estas últimas pueden verse depresión, ira, miedo, ansiedad, negación, culpa, que pueden a su vez potenciarse con sentimientos negativos preexistentes sobre todo cuando estas situaciones se dan en las relaciones padres- hijos, o entre cónyuges. Los cambios en la dinámica familiar surgidos ante la

enfermedad condicionan además las respuestas ante el tratamiento. A los factores emocionales debemos sumarle factores económicos, de movilidad, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, medicación, cuidado y cambios en el modo de vida; esto puede acentuar, agudizar o cronificar la situación de crisis¹⁵. Si un integrante de la familia tiene problemas, toda la familia necesita ayuda y en este concepto se basa la terapia familiar. En estos casos algunas estrategias que pueden mejorar la situación son: mejorar la comunicación entre los miembros de la familia, alentarlos a fin de lograr mayor empatía, aminorar o resolver los conflictos y lograr que compartan responsabilidades. La comunicación, la relación médico-familia y la integración de la misma en el proceso terapéutico son fundamentales para su concreción.

La resolución de la crisis logrando la reorganización y adaptación madura al nuevo escenario que supone la enfermedad y su tratamiento redundará en beneficio de nuestro paciente, lo que a su vez actuará positivamente sobre su familia, instalando un círculo virtuoso donde todos y cada uno deben saber de su cuota parte de responsabilidad en el proceso; esto potenciará la adherencia reforzando la estrategia planteada. Permitirá el aprendizaje de cada integrante del núcleo familiar de cómo afrontar y confrontar futuras crisis a lo largo de su ciclo vital personal y familiar.

Como hemos visto, frente a la crisis que supone la enfermedad, el lograr una adecuada adherencia al tratamiento hace una parte fundamental en la resolución en la misma, lo que impide la cronificación de la crisis, evitando los trastornos que ello conlleva. ■

Conclusiones

La enfermedad supone una crisis para el paciente, su familia y su entorno. El médico de familia utilizando los instrumentos con los que cuenta, debe orientar el proceso de resolución positiva, a fin de que llegado al nuevo período de estabilidad, el mismo sea beneficioso para el paciente y por consiguiente para su familia y para su entorno. Estos instrumentos nos muestran el nivel de funcionalidad familiar, la ocurrencia de sucesos vitales estresantes, el apoyo social y la existencia de redes formales e informales.

El Médico de Familia debe disponer de los datos personales, familiares y del entorno del paciente a fin de anticiparse a las situaciones de crisis derivadas de la existencia de la enfermedad y las probables respuestas. El familiograma nos permitirá tener una visión

global, longitudinal de la familia, y nos ayudará a identificar aquellas con riesgo bio-psico-social.

Un tratamiento personalizado no comienza con una receta, sino con el reconocimiento del paciente como individuo, como prójimo, como sujeto de derechos y obligaciones.

Para que el Plan Terapéutico se lleve a cabo debemos lograr la mayor Adherencia posible, teniendo en cuenta todos los elementos planteados y los que específicamente influyen sobre ella. Con especial énfasis en brindar información y derribar las barreras derivadas de las creencias, prejuicios, miedos respecto a la enfermedad, y considerando esencial la participación activa de la familia en todo el proceso.

Lograr la adherencia no es la meta, es parte del camino; un camino que recorren juntos el médico, el paciente y su familia.

“Entre los numerosos caminos, la familia es el primero y el más importante”
Juan Pablo II (1994)²⁷

Bibliografía

1. PRYSTOWSKY EN, PADANILAM BJ. Fibrilación auricular: objetivos del tratamiento y estrategias terapéuticas, Med Clin N Am 92 (2008) 217–235. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/509/509v92n01a13134768pdf001.pdf> (Revisado, setiembre 2012)
2. MOREALE J, GONZÁLEZ T. Evaluación de las interacciones farmacológicas de las hierbas medicinales en Uruguay. Biomedicina 2012; 7 (3): 6-21 Disponible en: <http://www.um.edu.uy/ciencias-biomedicas/publicaciones/> (Revisado, enero 2013)
3. EPSTEIN, L H.; CLUSS, P A. Journal Consulting and Clinical Psychology 1982, 50 (6): 950-971
4. GARCÍA TEJERA, MA. Relación Médico -Paciente: Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas. Disponible en: http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm (Revisado, agosto 2012)
5. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf> (Revisado, setiembre 2012)
6. ORUETA R, Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica Rev Clin Med Fam 2006, 1 (4): 185-192

7. ALONSO MA, ÁLVAREZ J Y COL. Adherencia terapéutica: ESTRATEGIAS PRÁCTICAS DE MEJORA. Salud Madrid 2006(13) 8:33 Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf> (Revisado setiembre, 2012)
8. VALL CASAS A, RODRÍGUEZ PARADA, C. El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica». *BiD: textos universitarios de biblioteconomía i documentació*, 2008; 21. Disponible en: <http://www.ub.edu/bid/21/vall2.htm> (Revisado, setiembre 2012)
9. FACCHINI, M. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración: Relación médico-paciente. *Medicina* 2004, 64 (6): 550-554 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15637835> (Revisado, agosto 2012)
10. Ministerio de Salud Pública. Cartilla de derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de los Servicios de Salud Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucsnis_5005_1.html
11. Constitución de la ROU. Disponible en: <http://sip.parlamento.gub.uy/constituciones/const997.htm> (Revisado, setiembre 2012)
12. NEBOT M. El consejo médico y la promoción de la salud. *Aten Primaria*.1991; 8: 85-90
13. TURABIAN JL. Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1995. p 384 disponible en: http://books.google.com.uy/books?id=jViMkWS1yQMC&pg=PA384&lpg=PA384&dq=medico+de+familia+autocuidado&source=bl&ots=ZCj3TrhA-E&sig=g8f9Q_J26_080iqdENzMcMHCbK0&hl=es-419&sa=X&ei=gWGnUNvgO4Hq9ASauYCYAw&ved=0CD8Q6AEwBg#v=onepage&q=medico%20de%20familia%20autocuidado&f=false (Revisado, setiembre 2012)
14. VELANDIA-ARIAS, Anita and RIVERA-ALVAREZ, Luz N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Rev. salud pública [online]*. 2009, vol.11, n.4 [cited 2012-11-17], pp. 538-548. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0124-0064 (Revisado setiembre, 2012)
15. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Un libro de referencia para la Bioética. *Bioética & Debat* • 2011; 17(64): 2
16. DID NUNEZ, Jorge Pastor. Principios bioéticos en la atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr [online]*. 2000, vol.16, n.4 [citado 2012-11-17], pp. 384-389 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125200000400014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3038 (Revisado, setiembre 2012).
17. NOGUES SOLAN X, SORLI REDO ML, VILLAR GARCIA J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna* 2007, 24 (3) Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0212-719920070003&lng=en&nrm= (Revisado , setiembre 2012)
18. INGARAMO R, VITA N, BENDERSKY M, ARNOLT M, BELLIDO C, PISKORZ D y col. HIPERTENSION ARTERIAL. ESTUDIO ENSAT (ESTUDIO NACIONAL SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO). *Rev Fed Arg Cardiol* 2005; 34: 104-111 Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf> (Revisado setiembre, 2012)

19. OCHANDO GARCIA A, ROYUELA GARCÍA C, HERNÁNDEZ MECA ME, LORENZO MARTÍNEZ S, PANIAGUA F. Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2008, 11(4): 271-276. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752008000400005&script=sci_abstract (Revisado, setiembre 2012)
20. MORISKY D, GREEN L, LEVINE D. *Medical Care* 1986, 24 (1): 67-74 Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130> (Revisado, setiembre 2012)
21. HAYNES RB, SACKETT DL, GUYATT GH. *Clinical epidemiology: how to do clinical practice research*. 3rd edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006
22. ORUETA SR. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005; 2(29): 40-45 Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf (Revisado, setiembre 2012)
23. PALOP LARREA V, MARTÍNEZ MIR I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2004; 28: 113-120 Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf (Revisado, setiembre 2012)
24. SOTOCA-MOMBLONA JM, CODINA C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. *Jano* 2006; 1605(0):39-41 Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/1/1v0n1605a13090312pdf001.pdf> (Revisado, setiembre 2012)
25. VALENCIAGA RODRIGUEZ JL, GONZALEZ DE LA VEGA F, PONS BRAVET P, SANCHEZ VALDES O. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995, 11(2): 144-149 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es (Revisada, agosto 2012)
26. ROJAS AMADO LM. La Familia ante las Enfermedades Crónicas. En: OPS/IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) (eds) *La Familia su Dinámica y Tratamiento*. Saucedo & Maldonado, México, 2003.
27. SU SANTIDAD JUAN PABLO II. Carta a las Familias. 1994. Disponible en : http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/documents/hf_jp-ii_let_02021994_families_sp.html (Revisado, agosto 2012)