

Problemática en Atención Primaria: tratamiento y adherencia.

Problems in Primary Care: treatment and adherence.

Fecha de recepción: 15-03-2018

Fecha de aceptación: 18-06-2018

*María Carpallo González**

*Alejandra Peña García**

**Universidad Autónoma de Madrid*

*Debla Benítez Gómez-Valadés***

*Estefanía Salgado Kvedaras***

*Cristina Mae Wood***

***Universidad Complutense de Madrid*

resumen/abstract:

Cuando se habla de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, que se encuentran entre los más frecuentes en los servicios de Atención Primaria, surgen dos inconvenientes respecto a su tratamiento. El primero de ellos es que apenas existan estudios controlados y basados en la evidencia que traten de implantar en Atención Primaria un tratamiento psicológico empíricamente validado. El segundo y más olvidado, es el papel de vital importancia que juega la adherencia, pues sin ella no hay tratamiento ni resultados.

Para fomentar la adherencia terapéutica y, así, la eficacia del tratamiento, las intervenciones deben adaptarse a cada paciente en particular, a cómo experimenta su enfermedad. Deben tenerse en cuenta la adherencia y también los factores que la influyen, que están interrelacionados entre sí: factores derivados del paciente y de su entorno, del personal asistencial y de los servicios de salud y del trastorno y del tratamiento. También se requiere una intervención específica respecto al tipo de adherencia a fomentar y a la fuente de apoyo más influyente para ella.

Es necesario que futuras investigaciones proporcionen información más detallada sobre el abandono del tratamiento para poder incrementar la adherencia y optimizar así la efectividad de los tratamientos.

When discussing anxiety and mood disorders, which are the most frequent in primary care services, there are two problems regarding their treatment. The first one is the lack of controlled, evidence-based studies that seek to implement an empirically validated psychological treatment in Primary Care. The second and most forgotten one, is the essential role that adherence plays, because without it there are neither treatment nor results.

To promote therapeutic adherence and, therefore, treatment effectiveness, interventions must be adapted to each patient and to his/her own way of experiencing the disorder. Adherence must be taken into account as well as the factors that have an influence on it, which in turn are interrelated. These factors have to do with the patient and his/her environment; the healthcare staff and health services; and factors related to the disorder as well as the treatment. A specific intervention is also required regarding the type of adherence required and its strongest supportive pillar.

Future investigations should provide more detailed information about the reasons underlying attrition in order to improve the adherence and thus optimize treatment effectiveness.

palabras clave/keywords:

Atención Primaria, Adherencia, Tratamiento.

Primary Care, Adherence, Treatment.

Introducción

Los avances en las investigaciones epidemiológicas han permitido conocer el elevado impacto que los problemas de salud mental suponen a escala mundial; no obstante, la mayoría de los estudios están enfocados en las enfermedades médicas. Se considera que los problemas de salud mental más frecuentes son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Anseau et al., 2004; Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, y Löwe, 2007; Shepardson, Buchholz, Weisberg y Funderburk., 2018). Dichos problemas, constituyen una de las causas de morbilidad y discapacidad más importantes (Campo-Arias y Cassiani, 2008) y se acompañan de un patrón habitual de larga evolución que origina un gran impacto en el funcionamiento general del individuo, no sólo a nivel personal, sino también laboral o familiar, representando un alto coste para las instituciones públicas (Campo-Arias y Cassiani, 2008; Moreno y Moriana, 2012).

Se halló relación entre una elevada tasa de visitas y la hiperfrecuentación de los servicios de salud (Cano-Vindel, 2011; Guzmán, 2011; Rincón-Hoyos, Rodríguez, Villa, Hernández, y Ramos, 2012). Según los datos proporcionados por el estudio ESEMeD, los pacientes con diagnóstico de algún trastorno mental tienen una tasa de frecuentación en Atención Primaria 19,1 veces superior a los ciudadanos sin trastornos y sin síntomas; registrando además un 25,1% visitas a los servicios especializados de Salud Mental (Alonso et al., 2007; Haro et al., 2006). Esto refleja que, en nuestro país, al igual que en el resto de los países europeos, los trastornos mentales están muy vinculados con Atención Primaria (Cano-Vindel, 2011; Kovess-Masfety et al., 2007).

TRATAMIENTO Y ADHERENCIA

Déficit en el tratamiento de desórdenes emocionales

El tratamiento de los pacientes con un diagnóstico de trastorno mental o desórdenes emocionales en el Sistema Nacional de Salud se lleva a cabo mayoritariamente bajo un enfoque biológico, y desde una perspectiva farmacológica (Codony et al., 2007; Kovess-Masfety et al., 2007) lo que actualmente genera un aumento del abuso de psicofármacos, en especial benzodiazepinas. En la mayoría de los casos, el tratamiento farmacológico no está bien ajustado a la evidencia científica (Cano-Vindel, 2011).

Una intervención temprana de tipo psicológico, con técnicas basadas en la evidencia científica, una intervención preventiva de tipo psicoeducativa o incluso una intervención psicológica tras años de consumo de psicofármacos, pueden ser más eficaces y eficientes que el tratamiento habitual (Bortolotti, Menchetti, Bellini, Montaguti y Berardi, 2008; Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, y Underwood, 2010; Martín et al., 2009; Richards y Suckling, 2009). Desde los organismos oficiales se recomienda el uso de técnicas psicológicas sobre los problemas de salud mental, tal y como se recoge en la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”. Actualmente, es minoritario el tratamiento psicológico empíricamente validado (Cano-Vindel, 2011). Según el estudio del ESEMeD-España (Haro et al., 2006) sólo el 5,8% de los pacientes que presentaban algún trastorno del estado de ánimo habían recibido únicamente tratamiento psicológico. Todo ello supone que sólo una peque-

ña minoría de quienes necesitan tratamiento reciben el más adecuado (Moreno y Moriana, 2012).

Este hecho está cristalizando en diversos planteamientos a nivel mundial para la integración de los servicios de salud mental en Atención Primaria (Moreno y Moriana, 2012). Muestra de ello es la revisión de Shepardson et al. (2018) de 44 estudios sobre los tratamientos psicológicos para ansiedad en Atención Primaria, la mayor parte en Estados Unidos y Gran Bretaña, con el fin de determinar si las prácticas llevadas a cabo serían compatibles dentro del modelo PCBH (Primary Care Behavioral Health). Se presenta como una mejora en los tratamientos ofertados gracias a la puesta en práctica de un trabajo en equipo conjunto de médicos, psiquiatras y terapeutas especializados. A pesar de que el tratamiento farmacológico es eficaz (Bandelow et al., 2012; Shepardson et al., 2018) la mayoría de los pacientes ansiosos preferirían la terapia psicológica (Lang, 2005; Shepardson et al., 2018; Wetherell et al., 2004). Los autores encontraron que, en la mayoría de los 44 estudios, las intervenciones psicológicas eran de carácter individual, y fueron llevadas a cabo bajo un modelo de corte cognitivo-conductual. Asimismo, los datos revelaron que el 65,9% de las intervenciones fueron eficaces en la reducción de los síntomas ansiosos (manteniendo las ganancias en el seguimiento en el 83,3% de los casos). Los datos obtenidos son compatibles con la literatura actual, encontrando que se trata de un tratamiento eficaz para pacientes de Atención Primaria con síntomas ansiosos.

Implicación de la adherencia en el tratamiento

La adherencia es definida como la coincidencia entre la conducta del paciente y los consejos o prescripciones del personal de salud (Cáceres, 2004; Martos, Pozo, y Alonso, 2008; Rand, 1993). Por otro lado, atendiendo a la definición de adherencia a un tratamiento prolongado, ésta se define como “*el grado en que el comportamiento de una persona- tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia médica*” (Haynes, 1979; OMS, 2004; Rand, 1993). Se debe tomar la adherencia como un concepto dinámico en el que el paciente se muestra colaborativo y con una actitud proactiva y voluntaria a la hora de seguir las prescripciones médicas (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006; López, Romero, Parra y Rojas, 2016).

La adherencia al tratamiento es una parte vital del mismo. En 2006, Holguín et al. señalan su importancia declarándola como “*la clave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas*”. Un ejemplo de cómo influye la adherencia al tratamiento se encuentra en el estudio de Cáceres (2004) donde la baja adherencia, operativizada como el abandono del tratamiento o incumplimiento hacia el mismo, implica consecuencias tanto para el enfermo como para la sociedad. Utilizando la estrategia DOTS (*Directly Observed Therapy Short Course*) estrategia universal diseñada en los años sesenta con el fin de aumentar la adherencia de los pacientes tuberculosos al tratamiento, se ha encontrado que se reduce la cifra de abandonos al tratamiento.

En Atención Primaria, el 57% de los pacientes incumple su tratamiento, siendo los pacientes polimedificados los que menos lo hacen (Gutiérrez, 2016). Tal y como se recoge en el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2004, la adherencia al tratamiento a largo plazo de enfermedades crónicas en los países desarrollados tan sólo alcanza el 50% y esta cifra disminuye notablemente en países en vías de desarrollo. Del mismo modo, Martos et al. (2008) señalaban en su estudio sobre adherencia con pacientes crónicos que, de forma global, el 72% de los mismos había incumplido las prescripciones médicas. La baja adherencia terapéutica a los tratamientos a largo plazo influye negativamente en la efectividad del tratamiento, lo cual tiene como consecuencia unos menores resultados de salud y el incremento de los costes sanitarios (OMS, 2004). En el mismo informe se expone que, aunque se prevean resultados en la salud de la población, en relación a los datos de eficacia del tratamiento, éstos no se alcanzarán si, al llevarse a cabo la planificación y evaluación de los proyectos, no se tienen en cuenta las tasas de adherencia terapéutica. Insiste en que los avances en tecnología biomédica no cumplirán el objetivo de reducir las enfermedades crónicas si no se cuenta con un sistema de salud que aborde los determinantes de la adherencia. Dentro del campo de la salud, es en la Atención Primaria donde es más necesaria una mejora en la efectividad en los tratamientos de enfermos crónicos, así como en la prevención de factores de riesgo. Urge modificar la relación asistencial de forma que se interactúe con las personas, familias y comunidad bajo un paradigma biopsicosocial (Téllez, 2004).

Se puede afirmar que se genera un mayor impacto en la Sanidad al aumentar la efectividad sobre la adherencia al tratamiento que con cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos (Haynes, McDonald, Garg y Montague, 2002). En consonancia, la baja adherencia al tratamiento psicológico destaca como un impedimento a la hora de implantar este tipo de tratamientos basados en la evidencia, a pesar de su efectividad para los trastornos mentales (Callan et al., 2012; Harvey y Gumpert, 2015).

En un principio se relacionaba únicamente al paciente con la falta de adherencia al tratamiento, posteriormente se tomó en cuenta la función del personal sanitario y, actualmente, se considera que para abordar el “problema de cumplimiento del tratamiento” se requiere un enfoque de sistemas (OMS, 2004). Deben tenerse en cuenta varios factores interrelacionados que determinan la adherencia a un tratamiento: factores derivados del paciente, así como su entorno socioeconómico y cultural; factores derivados del personal asistencial y de los servicios de salud; factores derivados del trastorno y los derivados del tratamiento (Cáceres, 2004; Holguín et al., 2006; OMS, 2004).

A continuación, se presentan los factores más relevantes y las intervenciones que promueven la adherencia.

Factores del paciente

En cuanto a los factores relacionados con el paciente, destacan algunos como la relación coste-beneficio que el paciente otorga al tratamiento, y la confianza que deposita en poder seguirlo (Miller y Rollnick, 1999). El proceso cognitivo del paciente al sopesar pros y contras del tratamiento (Horne, 1999) así como las creencias del paciente sobre el tratamiento (Horne y Weinman, 1999). Di Matteo (1983) e Hindi-Alexander (1987) diferenciaron varios

tipos de no adherencia por parte del paciente: la “*no adherencia imprevisible*” motivada por el olvido o la complejidad del estilo de vida, en el que no se prioriza el tratamiento; la “*no adherencia involuntaria*” dada por aquellos pacientes que olvidan o no han comprendido las pautas del tratamiento; la “*no adherencia inteligente*” en la que los pacientes, a través de una elección razonada, modifican, interrumpen o no llegan a iniciar el tratamiento; puede darse porque se sientan mejor y piensen que ya no lo necesitan o que su complejidad interfiera con su rutina diaria, así que toman esa decisión.

En el proceso de adherencia terapéutica, destaca la autoeficacia; la percepción que tiene el paciente sobre sus capacidades para lograr cambios en su conducta que se relacionen con buenos resultados (Téllez, 2004). El informe de la OMS de 2004 indica que, entre otros, influyen en la adherencia factores como el conocimiento de la enfermedad; las actitudes, percepciones, expectativas y recursos del paciente; variables como el olvido, la motivación, la percepción de necesidad o no de tratamiento, la percepción del efecto del tratamiento; las creencias sobre su efectividad, la desesperanza, el sentimiento de estigmatización por la enfermedad, etc. En varios estudios se halló relación entre la ocupación del paciente y el incumplimiento del tratamiento donde, la preocupación que suponen las responsabilidades y obligaciones laborales, pueden hacer que el paciente disminuya la atención a su salud (Martín, Sairo y Bayarr, 2003; Martínez, García-Cedillo y Estrada-Aranda, 2016). La red de apoyo influye positivamente en la adherencia a las prescripciones médicas (DiMatteo, Giordani, Leeper, Croghan, 2002); asimismo, ésta también mejora con el apoyo entre los propios pacientes (Broadhead et al., 2002). Estudios más recientes señalan que otras variables como la edad (Gutiérrez, 2016) influyen en el aumento de la adherencia, pasando de un 53% entre los 61 y los 70 años a un 61% entre los 81 y 90 años.

Factores del terapeuta

Según Gutiérrez (2016) existen una serie de claves que garantizan la fidelización del paciente. Señala como primera la competencia profesional; seguida del carácter o carisma del terapeuta; en tercer lugar, se encuentra la compostura; en cuarto lugar, la empatía; y, por último, la sociabilidad. El conjunto de todas estas claves nos hace ser más creíbles y es la credibilidad lo que nos lleva al éxito: “*sólo nos tendrán en cuenta si somos capaces de transmitir credibilidad, que no consiste sólo en disponer de conocimiento científico: es algo más*”.

Otros factores

Más allá de los factores relacionados con el paciente y el terapeuta, se encuentran otros factores que influyen también en la adherencia. Hablamos de factores socioeconómicos como el coste del tratamiento, las redes de apoyo que faciliten el acceso a éste, las creencias culturales sobre la enfermedad y su abordaje; factores relacionados con el tratamiento, como la confiabilidad de éste, los cambios de estilo de vida que suponga (los relacionados con dieta y ejercicio dificultan más la adherencia) el temor a efectos secundarios en el caso de tratamiento farmacológico, etc.; factores relacionados con la enfermedad, como el conocimiento sobre la misma, el tiempo de evolución o la sintomatología que conlleva (puede abandonarse el tratamiento por mejorar los síntomas o porque empeoren) siendo las personas que

presentan síntomas debido a su enfermedad, las que mayor tasa de adherencia presentan. (OMS, 2004; Cáceres, 2004 y Holguín et al, 2006). Thompson, Rober, Peveler, Stephenson y McKendrick (2000) observaron la existencia de una relación directa entre la adherencia al tratamiento y los resultados de pacientes deprimidos, con independencia del tipo de fármacos antidepressivos empleados. Más tarde, Rojas-Villegas, Ruiz-Martínez y González-Sotomayor (2017) comprobaron que la sintomatología depresiva incidía en la adherencia terapéutica de forma negativa, a diferencia de la ansiedad (moderada y grave) respecto a la que no encontraron relación significativa con la adherencia. Esto coincidiría con Huertas-Viecol et al., (2014) que, al encontrar también un impacto negativo de la depresión sobre la adherencia, abogaron por que una intervención sobre la depresión mejoraría la adherencia al tratamiento. En la misma línea, en el estudio de Gersh et al. (2017) se halla relación entre la falta de adherencia y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Señalan que, aproximadamente, se espera un abandono de uno de cada seis pacientes en los estudios sobre este trastorno; en cambio, no encontraron relación significativa entre la falta de adherencia o abandono y el tipo de tratamiento, su calidad o aleatorización; así como tampoco con el género o edad del paciente, la gravedad de la sintomatología o la comorbilidad, y tampoco con el número de sesiones ni con la experiencia del terapeuta.

En cuanto a los factores psicosociales, se encuentra que uno de los más relacionados con la adherencia a las prescripciones de salud es el apoyo social, especialmente cuando se habla de pacientes con enfermedades crónicas (Cáceres, 2004; Holguín et al., 2006; Martos et al., 2008; OMS, 2004). Cuando se combina el tratamiento de Atención Primaria con el farmacológico, éstos funcionan como una estructura de apoyo social que aumenta la adherencia (Broadhead et al., 2002).

Finalmente, los factores que determinan el ambiente en que son atendidos, como pueda ser la atención recibida por parte de los sanitarios, influyen notablemente en la adherencia (OMS, 2004). La existencia de una relación amistosa con el personal sanitario que además muestre interés por la evolución de la enfermedad del paciente se relaciona, junto con la efectividad percibida del paciente, estrechamente con la adherencia (García, 2007). Los recursos de que dispone la Sanidad pueden suponer una mayor demanda y generar tensión en el personal asistencial, lo que puede influir negativamente en la adherencia de sus pacientes (DiMatteo y DiNicola, 1982). En la misma línea, el poco tiempo de duración de las consultas también está implicado en la baja adherencia al tratamiento (Ammerman et al., 1993; Rodríguez y Rentería, 2016).

Promoción de la adherencia

Es necesaria una intervención adaptada a la persona, pues no existen estrategias de acción que hayan resultado eficaces para todos los pacientes, dolencias y entornos. Para fomentar la adherencia terapéutica, las intervenciones deben adaptarse a cada paciente en particular, a cómo experimenta su enfermedad; por lo que deben tenerse en cuenta la adherencia y también los factores que la influyen (OMS, 2004). Estudios más actuales, como el de Rodríguez y Rentería (2016) ponen el énfasis en la importancia de la psicología en el campo de la salud, pues la adherencia a un plan de tratamiento es un tipo de conducta.

Martos et al., (2008) señalan que los pacientes crónicos no se adhieren del mismo modo a todos los tratamientos, en base a las dificultades halladas para su cumplimiento cuando éste implica dieta y ejercicio físico. En dicho estudio, se encontró que la satisfacción con el apoyo social de los amigos (más que el de familiares o el de la pareja) mejoraba de forma estadísticamente significativa la adherencia al ejercicio físico, coincidiendo con los resultados de anteriores estudios (p.ej., Okun et al., 2003). En el caso de la adherencia a la dieta, es la satisfacción con el apoyo de la pareja y la familia lo que mejor predice la adherencia a esta conducta. Por último, la reciprocidad con el apoyo de la pareja predice, de forma significativa, tanto la adherencia global al tratamiento como a la medicación de forma específica. Estos resultados apoyan la idea de que es necesaria una intervención específica. Igualmente, se debe atender tanto al tipo de adherencia que se quiera fomenta como a la fuente de apoyo más influyente para ella suponiendo, además, la mejora de la salud de estos pacientes (Martos, et al., 2008). Dichos autores hablaron de la relación que existe entre la adherencia al proceso terapéutico y la salud objetiva y el bienestar de los pacientes, lo que puede deberse a que seguir correctamente las prescripciones, haga que mejoren en salud, lo que les hace experimentar mayor bienestar. A ello se le añade la responsabilidad del sanitario al prescribir el tratamiento de: indicar, explicar, adecuar, acompañar y controlar el mismo (Del Duca, Gallegos, Da Col y Trenchi, 2013).

Llevar a cabo una comunicación constante con el paciente supone una estrategia sencilla y económica de mejora de la adherencia debido a que se le hace partícipe de la atención de su salud (Haynes, McKibbin y Kanani, 1996). La buena comunicación entre el paciente y el terapeuta es esencial para la efectividad de la práctica clínica (OMS, 2004). La cantidad y la calidad de la información que se proporciona a los pacientes influye en su recuperación gracias a una mayor implicación y colaboración con su tratamiento (OMS, 2004). En la misma línea, las intervenciones que han mostrado ser eficaces para la adherencia al tratamiento psicológico proponían el acuerdo entre paciente y terapeuta acerca del tratamiento que se va a llevar a cabo, así como la revisión de las tareas para casa en cada sesión (Dong, Soehner, Bélanger, Morin y Harvey, 2017). Generar una buena comunicación y un ambiente cálido que el paciente evalúe como positivos, se traduce en conductas de adherencia mientras que, si evalúa esta relación como negativa, se refuerza el incumplimiento del tratamiento (García, 2007). Más de la mitad de la población, un 56% formado, principalmente, por gente joven y con un mayor nivel de estudios, desearía tener más información sobre su enfermedad y tratamientos (Gutiérrez, 2016).

CONCLUSIONES

En nuestro país apenas existen estudios controlados, basados en la evidencia científica, que traten de implantar un tratamiento psicológico en Atención Primaria (Guerrero Caballero et al., 2008; Rodríguez-Sánchez et al., 2010). Como tratamiento de primera línea, previo a intervenciones más complejas y costosas, el grupo español de investigación PsicAP (Psicología en Atención Primaria) pretende demostrar la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico cognitivo-conductual para los trastornos emocionales en Atención Primaria (Cano-Vindel et al., 2016; González-Blanch et al., 2018). Para ello, se rigen bajo la evidencia de la eficacia de las técnicas utilizadas (la evidencia sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-con-

ductual, el modelo de tratamiento escalonado, el enfoque transdiagnóstico y el formato de tratamiento grupal) (Cordero-Andrés, et al., 2017); con contenidos terapéuticos validados (psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales y prevención de recaídas) (González-Blanch et al., 2018); y, por último, una adecuada accesibilidad de las mismas (con un formato grupal de 7 sesiones) dirigidas por un psicólogo clínico con el objetivo último de “*contribuir a facilitar el acceso al tratamiento psicológico a personas con trastornos emocionales que son atendidas en el primer nivel asistencial, pero en el que, por lo general, solo pueden optar a psicofármacos (...)*” (González-Blanch et al., 2018). El estudio logra un triple objetivo: permite el acceso a los tratamientos psicológicos en Atención Primaria, disminuye la distancia entre las investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y la práctica clínica, y se otorga el derecho al paciente a decidir sobre el tratamiento a seguir (Cordero-Andrés et al., 2017).

Para finalizar y, respecto al segundo inconveniente hallado en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en Atención Primaria, Gersh et al. (2017) recomiendan que futuras investigaciones proporcionen información más detallada sobre el abandono del tratamiento para poder incrementar la adherencia y optimizar la efectividad de los tratamientos. Se podría decir que “*las evidencias disponibles no permiten afirmar con rotundidad qué intervenciones mejorarán las tasas de incumplimiento. No obstante, los mejores resultados se han obtenido con intervenciones encaminadas a simplificar el tratamiento, implicar a la familia, refuerzos conductuales y con la combinación de intervenciones*” (Orueta, 2006).

REFERENCIAS

- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., y Haro, J. M. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 299-306.
- Ammerman, A. S., DeVellis, R. F., Carey, T. S., Keyserling, T. C., Strogatz, D. S., Haines, P. S., y Siscovick, D. S. (1993). Physician-based diet counseling for cholesterol reduction: Current practices, determinants, and strategies for improvement. *Preventive Medicine*, *22* (1), 96-109.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., y Vander-Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *78*, 49-55.
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., y Möller, H. J. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *16*, 77-84.
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. B., y Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, *30* (4), 293-302.
- Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Altice, F. L., Van Hulst, Y., Carbone, M., Friedland, G. H., y Selwyn, P. A. (2002). Increasing drug users' adherence to HIV treatment: Results of a peer-driven intervention feasibility study. *Social Science y Medicine*, *55* (2), 235-246.
- Cáceres, F. M. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*, *7* (21), 172-180.
- Callan, J. A., Dunbar-Jacob, J., Sereika, S. M., Stone, C., Fasiczka, A., Jarrett, R. B., y Thase, M. E. (2012). Barriers to Cognitive Behavioral Therapy Homework Completion Scale-Depression Version: Development and psychometric

evaluation. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5, 219–235.

- Campo-Arias, A., y Cassiani, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4), 598-613.
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17 (1), 75-97.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz- Rodríguez, P., y Santolaya F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP Study): Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 5 (4).
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., y Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and metaregression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A. (2007). Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (2), 29-36.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruiz- Rodríguez, P., Medrano, L. A., y Grupo de Investigación PsicAP (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23 (2-3), 91-98.
- Del Duca, M., Gallegos, Y., Da Col, G., y Trenchi, M. N. (2013). Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *Biomedicina*, 8 (1), 6-15.
- DiMatteo, M. R., y DiNicola D. D. (1982). Achieving patient compliance. New York: Pergamon Press.
- DiMatteo, M. R. (1983). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Medical Association*, 271, 79-83.
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Leeper, H. S., y Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 40, 794-811.
- Dong, L., Soehner, A. M., Bélanger, L., Morin, C. M., y Harvey, A. G. (2017). Treatment agreement, adherence, and outcome in cognitive behavioral treatments for insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. Advance online publication*. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000269>.
- García, M. (2007). Relación médico-paciente: adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B., y McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 52, 25- 33.
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz- Rodríguez, P., Medrano, L. A., y Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24 (1), 1-11.
- Guerrero-Caballero, L., Ramos-Blanes, R., Alcolado-Aranda, A., López-Dolcet, M. J., Pons- La Laguna, J. L., y Quesada-Sabate, M. (2008). Multidisciplinary intervention program for caregivers of patients in a home care program. *Gaceta Sanitaria*, 22, 457- 460.
- Gutiérrez A. (2016). Adherencia al tratamiento. *Más Dermatología*, (25) 3-4.
- Guzmán, R. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4 (3), 234-243.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. y el Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 12 (126), 445- 451.
- Harvey, A. G., y Gumpert, N. B. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: Modifiable barriers to access and possible solutions. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 1–12.
- Haynes, R. B. (1979). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. *Johns Hopkins University Press*, 49-62.
- Haynes, R. B., McKibbon, K. A., y Kanani, R. (1996). Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*, 348, 383-386.

- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. G., y Montague, P. (2002). Interventions for helping patients follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi: 10.1002/14651858.CD000011.
- Hindi-Alexander, M. (1987). Compliance or noncompliance: That is the question! *American Journal of Health Promotion*, 1, 5-11.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, M., y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *University of Psychology of Bogota (Columbia)*, 5 (3), 535-547.
- Horne, R. (1999). Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 228-235.
- Horne, R., y Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 555-567.
- Huertas-Viecol, M. P., Pérez-García, R., Albacete, M., De Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., y Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*, 34 (6), 737-742.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J., Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58, 213-220.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., y Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>.
- Lang, A. J. (2005). Mental health treatment preferences of primary care patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 581-586.
- López, L. A., Romero, S. L., Parra, D. I., y Rojas, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21 (1), 117-137.
- Martín, L., Sairo, M., y Bayarr, H. D. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19 (2).
- Martín, J. C., Garriga, A., Pujalte, M. L., Balanza, P., Llorente, C. S., Guijarro, A. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psiquiatría.com*, Recuperado de: <https://psiquiatría.com/trpanico/generalizacion-y-efectividad-de-la-aplicacion-del-modelo-de-control-de-panico-en-centros-de-salud-mental-una-estrategia-de-benchmarking/>.
- Martínez, M. C., García-Cedillo, I., y Estrada-Aranda, B. D. (2016). Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 32-39.
- Martos, M. J., Pozo, C. y Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93, 59-77.
- Miller, W., y Rollnick, S. (1999). Motivational interviewing. *Guilford Press*.
- Moreno, E., y Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en Atención Primaria. *Salud Mental*, 35 (4), 315-328.
- Okun, M. A., Rehkman, L., Karoly, P., Lutz, R., Fairholme, C., y Schaub, R. (2003). Social support and social norms: do both contribute to predicting leisure-time exercise? *American Journal of Health Behaviour*, 27 (5), 493-507.
- Organización Mundial de la Salud, (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra.
- Orueta, R. (2006). Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1 (4), 185-192.
- Rand, C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: Implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72, 680-740.

- Richards, D. A., y Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 377-396.
- Rincón-Hoyos, H., Rodríguez, M., Villa, A., Hernández, C. A., y Ramos, M. L. (2012). ¿Sería útil la depuración de los trastornos mentales comunes en pacientes hiperfrecuentadores de servicios de salud en cuidado primario? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41 (4), 853-866.
- Rodríguez-Sánchez, E., Mora-Simon, S., Porras-Santos, N., Patino-Alonso, M. C., Recio- Rodríguez, J. I., Becerro-Muñoz, C., Garcia-Ortiz, L. (2010). Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. *Study protocol. BMC Public Health*, 10, 559.
- Rodríguez, M. L., y Rentería, A. (2016). Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. *Psicología y Salud*, 26 (1), 51-62.
- Rojas-Villegas, Y., Ruiz-Martínez A. O., y González-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología* 26 (1), 1-13.
- Shepardson, R. L., Buchholz, L. J., Weisberg, R. B. y Funderburk, J. S. (2018). Psychological interventions for anxiety in adult primary care patients: A review and recommendations for future research. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 71–86.
- Téllez, A. (2004). Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Revista Médica de Chile*, 132 (12), 1453-1455.
- Thompson, C., Rober, M.D., Peveler, D.P., Stephenson, D. y McKendrick, J. (2000). Compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder in primary care: A randomized comparison of fluoxetine and a tricyclic antidepressant. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (3).
- Wetherell, J. L., Kaplan, R. M., Kallenberg, G., Dresselhaus, T. R., Sieber, W. J., y Lang, A. J. (2004). Mental health treatment preferences of older and younger primary care patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 219–233. *Psychiatry in Medicine*, 34, 219–233.