

La implicación de las creencias hacia los fármacos en la adherencia al tratamiento

Trabajo de fin de grado de Psicología – Sección Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso: 2016/2017

Alumnas: Sandra Mendoza Ruiz, Aida Rodríguez Jorge

Tutores: Ascensión Fumero Hernández, Wenceslao Peñate Castro

Resumen

Las creencias hacia los fármacos inciden en la falta de adherencia a los tratamientos, algo que afecta al éxito de dicho tratamiento. Es por esto que esta investigación se ha centrado en comprobar la implicación entre estas creencias y la adherencia a los tratamientos en sí misma. Se utilizó el Cuestionario de Creencias Personales en Salud con el fin de estudiar las creencias hacia los fármacos en diferentes factores específicos, siendo éstos, necesidad y preocupación. También se hizo uso de la escala "Experiencia con este medicamento" encargada de medir la adherencia al tratamiento. Por otro lado, se llevó a cabo un análisis de correlaciones y se aplicó una prueba de diferencia de medias utilizando la t de Student en ambos grupos de adherencia. Dentro de las variables y factores estudiados, encontramos que se adhieren más al tratamiento tanto las personas que lo consideran necesario como las de mayor edad.

Palabras claves: "Adherencia al tratamiento", "Creencias hacia los fármacos".

Abstract

The strong belief in medicine has an influence on the lack of adherence to treatments, what affects the success of such treatments. That is the reason why this research has focused on testing the implication between these beliefs and adherence to their treatments. The "Personal Health Beliefs Questionnaire" was used in order to study the beliefs towards medicine in different specific factors, being these necessity and concern. The "Experience with this drug" scale was also used to measure adherence to treatment. Therefore, a correlation analysis was performed and a mean difference test was applied, by using the Student's T-test in both adherence groups. Among the variables and factors studied, we find that people who consider this necessary as well as the older ones, adhere more to the treatment.

Key words: "Adherence to the treatment", "Beliefs about Medicines".

Introducción

Tradicionalmente se ha utilizado el término «cumplimiento» de un tratamiento para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del médico. Sin embargo, este término ha sido puesto en cuestión, ya que se ha contemplado que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar dicho fármaco tal y como se lo han prescrito. Del mismo modo, el término «incumplimiento» se basa en culpabilizar al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. Sin embargo, hoy en día se prefiere el término «adherencia», el cual se ha definido como el grado en el que el comportamiento del paciente encaja con las recomendaciones acordadas entre el médico y el paciente. Por consiguiente, destaca la participación activa del paciente, así como la responsabilidad del médico para crear un ambiente de diálogo que promueva la toma de decisiones compartidas (Fumero, Marrero, de las Cuevas & Peñate, 2016).

La adherencia al tratamiento se refiere a la medida en que las conductas del uso del fármaco por parte del paciente coinciden con lo que se decidió de acuerdo con el médico. Es primordial la adherencia a los tratamientos recetados de forma correcta para una psicofarmacoterapia eficaz. Mientras que, la falta de dicha adherencia constituye una limitación en el éxito de dicho tratamiento, fomentando las recaídas y recurrencias.

El cumplimiento o no de un tratamiento y el concepto de adherencia en sí mismo, fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario». Hoy en día, se conoce que uno de los factores que mejoraría la adherencia al tratamiento y la eficacia del mismo es la toma de decisión compartida con el profesional sanitario, siendo éste el encargado de intercambiar información con el paciente sobre cuál sería el mejor tratamiento disponible, así como de las implicaciones de cada opción (Makoul & Clayman, 2006).

En investigaciones previas se ha comprobado que las creencias del paciente acerca de su enfermedad y su tratamiento influyen significativamente en la adherencia a los tratamientos (Petrie y Weinman, 1997). Asimismo, la visión de los pacientes sobre lo que ha causado su enfermedad, los síntomas que creen que se asocian a su trastorno, el control que perciben para su manejo o la intensidad de las consecuencias anticipadas actúan poderosamente sobre los resultados de salud y en la adherencia a los tratamientos (Hagger y Orbell, 2003). Los pacientes también construyen “modelos mentales” que engloban sus creencias sobre los fármacos de forma general y sobre el tratamiento específico de su enfermedad. La mayoría de las personas generan “esquemas mentales” que contienen información sobre rasgos generales asociados a los fármacos que, en muchos casos, es bastante negativa (Horne, Frost, Hankins y Wright, 2001). Del mismo modo, elaboran una visión personal de la necesidad de tomar su medicación, así como de los aspectos negativos de tomarla (por ejemplo, efectos secundarios) y que pueden ocasionarles cierto nivel de preocupación. Los resultados procedentes de pacientes con diversos trastornos crónicos revelan que estas creencias poseen una potente influencia sobre la adherencia (Horne, 2003).

En la práctica clínica, la falta de adherencia a la medicación es una barrera importante para el éxito del tratamiento (De las Cuevas & Peñate, 2014). Se habla de este concepto como un fenómeno multifactorial, cuyos factores de riesgo más establecidos son las actitudes de los pacientes y las creencias de salud, aquí se incluiría el estigma percibido hacia la depresión, las actitudes y creencias sobre la depresión y la medicación del paciente y la familia, además, la deficiente relación médico-paciente y, por último, la falta de adherencia previa (Acosta, Rodríguez y Cabrera, 2013). Entre las creencias que inciden de manera más habitual en la falta de adherencia al tratamiento, se encuentran en primer lugar, las creencias negativas, por ejemplo, causar adicción, daño y los efectos secundarios que se han asociado con la falta de adherencia, mientras que las creencias positivas, como la actitud positiva ante el tratamiento y una menor preocupación de dependencia se han asociado con la adherencia (Acosta, Rodríguez y Cabrera, 2013). Por lo que se podría entender que, para establecer un grado de adherencia óptimo, es importante conocer qué variables influyen en el paciente, abarcando desde las variables sociodemográficas (género, edad, nivel educativo), hasta las variables psicológicas que influyen en esta adherencia (creencias hacia los fármacos, actitudes reflejadas hacia uno mismo, locus de control y reactancia psicológica).

Debido al papel que juegan las creencias asociadas a los tratamientos farmacológicos unido a esa visión sobre los mismos, se han desarrollado nuevos instrumentos para evaluarlas, este es el caso del Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), que consta de dos escalas; una que evalúa creencias sobre la medicación de manera general (BMQ-General), y otra que valora las opiniones del paciente sobre su tratamiento específico (BMQ-Específico) (Beléndez Vázquez, Hernández Mijares, Horne, & Weinman, 2007). En este trabajo nos centraremos más en la escala específica, ya que permite su utilización en cualquier grupo diagnóstico cambiando el término “medicamento” según el tipo de tratamiento. A su vez, ésta incluye dos subescalas: Necesidad y Preocupación (Beléndez Vázquez, Hernández Mijares, Horne, & Weinman, 2007). Son dos de los factores de los que se compone este estudio, los cuales relacionaremos con el nivel de adherencia.

Por otra parte, otras variables psicológicas han tenido una vital importancia como la reactancia psicológica, la cual es una reacción afectiva aversiva en respuesta a las imposiciones que inciden sobre la autonomía del individuo (Brehm & Brehm, 2013). Ésta es provocada por las recomendaciones médicas que debe seguir el paciente, llevándolos a ignorarlas por completo. Se ha comprobado que la reactancia está relacionada negativamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno depresivo (De las Cuevas, Peñate, & Sanz, 2014).

Por otro lado, el locus de control relacionado con la salud se refiere a las creencias del individuo sobre las causas y el resultado del comportamiento (Wallston, 1992). El locus de control de salud se ha relacionado de manera fiable con los resultados médicos (O’hea et al., 2005) y con la preferencia presentada por los pacientes en la obtención de toda la información posible, para así, poder implicarse en las decisiones médicas.

En estudios recientes, se ha encontrado relación entre la adherencia y las actitudes de los pacientes a tomar su medicación medidas por el DAI (Drug Attitudes Inventory) (García, Alvarado, Agraz & Barreto, 2004). Aunque en estudios llevados a cabo por

otros autores no se haya encontrado asociación entre las creencias del tratamiento como necesario y la adherencia, sí que se ha detectado una relación entre la preocupación por la medicación y la no adherencia (Acosta, Rodríguez y Cabrera, 2013).

Utilizando de base los estudios previos descritos, el objetivo de este trabajo ha sido comprobar si existe relación entre las creencias que tienen los pacientes hacia los fármacos y la adherencia a los tratamientos en sí misma.

Método

Participantes

Este estudio se llevó a cabo con un total de 502 participantes utilizando como criterio de inclusión tomar algún fármaco con preinscripción médica previa. Todos los participantes del estudio fueron informados del objetivo del mismo. Éste se llevó a cabo en un marco temporal comprendido entre Febrero y Marzo de 2017, en el cual los estudiantes de 4º Grado de Psicología correspondientes a este Trabajo de Fin de Grado debían pasar dichos cuestionarios. Los participantes firmaron un consentimiento donde exponían su intención de colaborar voluntariamente. En relación a los mismos se estudiaron las siguientes variables; género, edad, y nivel educativo.

Con respecto a la variable género, 142 eran hombres (28.3%), mientras que 360 eran mujeres (71.7%).

El rango de edad de los participantes comprendía entre los 16 años y los 90. La media de edad fue de 36.59, con una desviación típica de 17.65.

Se crearon 4 grupos referentes al nivel educativo, saber únicamente leer y escribir (3.8%), haber cursado primaria (11.8%), así como tener estudios superiores (39.8%). La mayor parte de la muestra se encuentra focalizada en haber cursado secundaria (44.6%). La media de esta variable se encuentra en 2.21, con una desviación típica de 0.79.

Instrumentos

El Cuestionario de Creencias Personales en Salud (De las Cuevas & Peñate, 2017) consta de 23 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de seis puntos, 1 (totalmente desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Se encarga de evaluar diferentes variables: creencias sobre los fármacos, locus de control, reactividad psicológica y actitudes hacia la medicación.

Los ítems que recogen las creencias hacia los fármacos (Beliefs about Medicine Questionnaire) (Horne, Weniman, Hankins, 1999) se encuentran de forma breve en dicho cuestionario. La escala de las creencias específicas incluye dos factores, en primer lugar, el de necesidad, el cual hace referencia a que las personas que puntúan alto en este factor consideran el tratamiento en cuestión necesario y, en segundo lugar, el factor preocupación se basa en la inquietud que siente la persona a la hora de tomar el tratamiento. Los ítems se evalúan mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). En este estudio solo se utilizó la escala específica, la cual se puede utilizar en cualquier grupo diagnóstico modificando el tipo de fármaco según el tratamiento (Beléndez Vázquez, Hernández

Mijares, Horne, y Weinman, 2007). Estudios previos muestran que los índices de consistencia interna obtenidos para escala de creencias del paciente de manera específica son adecuados al alcanzarse valores entre 0.70 y 0.80 (Cortina, 1993), similares a los alcanzados en la versión original (Horne et al., 1999). Se ha demostrado que el Cuestionario de Creencias hacia los Fármacos es una medida válida y fiable que es capaz de discriminar entre diferentes grupos de pacientes (De las Cuevas, Peñate & Sanz, 2014).

La escala de “Opiniones sobre el medicamento”, evalúa las actitudes de las personas hacia el fármaco (Drug attitudes inventory - DAI) (García, Alvarado, Agraz & Barreto, 2014). Está formada por 10 ítems diseñados con el fin de estudiar las opiniones de los participantes en relación al fármaco. Los ítems están evaluados mediante una escala tipo Likert de cinco puntos desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Estos ítems fueron seleccionados por su capacidad de discriminar entre los niveles de adherencia a la medicación de modo que se pudieran analizar estadísticamente.

Por otro lado, la escala “Experiencia con el medicamento” evalúa la adherencia al tratamiento a través de 5 ítems diseñados para estudiar la experiencia que tiene el participante con el fármaco en cuestión. Las dos primeras preguntas están diseñadas con una escala dicotómica de si/no, mientras que las tres siguientes tienen opciones de respuesta. En esta prueba una mayor puntuación supone un mayor incumplimiento de las recomendaciones terapéuticas.

Procedimiento

Se accedió a los participantes mediante familiares, amigos, personas localizadas en Centros de Salud y Entidades Colaboradoras correspondientes a las diferentes Prácticas Externas, que cumpliesen el criterio requerido para participar.

Dichos participantes debían cumplimentar el cuestionario, así como proporcionar su número de teléfono o su correo electrónico, de manera que fuera posible ponerse en contacto con ellos. Las instrucciones de este cuestionario se encontraban en formato escrito, asimismo, también se explicaban de forma oral a la hora de cumplimentarlo.

En primer lugar, los participantes respondían sobre sus datos personales (sociodemográficos, género, edad, diagnóstico y nivel de estudios). El primer cuestionario es el de “Creencias Personales en Salud” (De las Cuevas y Peñate, 2017). En segundo lugar, cada participante debía añadir datos referidos al fármaco en cuestión, así como el tiempo que lleva con dicho tratamiento. Seguidamente, se encuentra la escala de “Opiniones sobre el medicamento” y tras el mismo, la escala “Experiencia con el medicamento”.

Análisis de datos

Para la realización de estos análisis de datos se empleó el programa estadístico SPSS (versión 21). Se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas según diversos análisis descriptivos. Para comprobar la asociación entre la adherencia al

tratamiento con las distintas variables (locus de control, reactancia psicológica, creencias hacia los fármacos y actitudes sobre la medicación) se realizó un análisis de correlaciones. Además, se aplicó una prueba de diferencia de medias en los factores de necesidad y preocupación de las creencias hacia los fármacos utilizando la t de Student entre los grupos de alta y baja adherencia.

Resultados

Tras la realización de este estudio, se ha encontrado que la mayoría de los participantes se adhieren moderadamente al tratamiento (43%). Sin embargo, las personas que tienen una adherencia completa al tratamiento abarcan tan solo el 1.8%, mientras que es más predominante que las personas abandonen el tratamiento por su propia cuenta (13.3%).

Asimismo, en la tabla 1 se observan los estadísticos descriptivos para las variables más relevantes.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables adherencia y creencias hacia los fármacos (N=497).

Variable	Media	Desviación Típica
Nivel de adherencia	3.53	1.28
Necesidad de las creencias hacia los fármacos	2.79	1.15
Preocupación de las creencias hacia los fármacos	2.32	0.87

Por otro lado, el análisis de correlaciones entre las características sociodemográficas, las creencias hacia los fármacos en los factores de necesidad y preocupación y la adherencia al tratamiento se muestran en la tabla 2. Se encuentran resultados significativos entre el nivel de adherencia tanto con la edad como con el factor necesidad de las creencias hacia los fármacos, es decir, las personas de mayor edad y aquellas que consideran el tratamiento como necesario son más adherentes. También se detectó que el factor preocupación en las creencias hacia los fármacos es marginalmente significativo.

Tabla 2. Correlaciones entre las variables sociodemográficas, creencias hacia los fármacos y adherencia al tratamiento.

Correlación de Pearson (N=496)

	<i>Nivel de adherencia</i>
Género	-0.1
Edad	-0.15***
Nivel de educación	0.01
Necesidad de las creencias hacia los fármacos	-0.20***
Preocupación de las creencias hacia los fármacos	0.08†

Nota: $p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$, $† < 0.10$.

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en el análisis diferencial entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables socio-demográficas y los factores de creencias hacia los fármacos. Se encontraron diferencias significativas entre el factor necesidad de creencias hacia los fármacos y la variable edad en los grupos de baja y alta adherencia. Estas diferencias van en el sentido de que las personas de mayor edad y las que consideran como necesario el tratamiento poseen un mayor nivel de adherencia. Además, se detectó que la puntuación del grupo de alta adherencia es superior en el factor necesidad de las creencias hacia los fármacos.

Tabla 3. Diferencia de medias entre los grupos de alta y baja adherencia en las variables sociodemográficas y las creencias hacia los fármacos.

	<i>Adherencia alta</i>	<i>Adherencia baja</i>	<i>t (p)</i>
	(N=305)	(N=197)	
<i>Variable</i>			

Género	1.71	0.45	1.73	0.44	-0.55
Edad	39.35	18.53	32.32	15.35	5.43***
Nivel de educación	2.17	0.82	2.26	0.74	-1.22
Necesidad de las creencias hacia los fármacos	3.00	1.22	2.45	0.93	5.32***
Preocupación de las creencias hacia los fármacos	2.45	0.93	2.37	0.89	-0.98

Nota: $p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$.

Discusión

El objetivo de este estudio fue conocer la implicación de las creencias hacia los fármacos en la adherencia al tratamiento. Entre las variables sociodemográficas se ha detectado que la variable edad es la única que se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento. Estudios anteriores muestran que las personas mayores siguen las preinscripciones médicas sin impedimento, así como son el colectivo con mayor número de tratamientos (De las Cuevas, de Leon, Peñate y Betancort, 2017). No obstante, en otros estudios no hay evidencia de que exista una relación sustancial entre el cumplimiento de la medicación y factores sociodemográficos como la edad (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014).

Esta investigación se ha centrado en el análisis de diferentes factores relacionados con las creencias específicas hacia los fármacos y la adherencia al tratamiento. Uno de ellos corresponde a la inquietud que siente la persona al tomar el tratamiento y el otro a cómo lo considera necesario. Cuando se han analizado los resultados se ha detectado que el factor necesidad correlaciona significativamente con la adherencia al tratamiento, es decir, los participantes más adherentes consideran como necesario su tratamiento. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Beléndez, Vázquez, Hernández Mijares, Horne, y Weinman (2007). Sin embargo, estos resultados contradicen a los obtenidos por De las Cuevas & Peñate, (2014), los cuales muestran correlaciones significativas en el factor preocupación pero no en el de necesidad.

Por otro lado, el análisis diferencial, mostró que la edad y las creencias hacia los fármacos específicamente en el factor necesidad muestra diferencias significativas entre los grupos de alta y baja adherencia, por lo que las personas con mayor edad y aquellas que consideran el tratamiento como necesario son más adherentes.

En referencia a las limitaciones de dicho estudio, destacar el tipo de muestra seleccionado. Se trata de una poco homogénea debido a las diferencias de edad entre los participantes. Asimismo, tampoco se ha seleccionado un tratamiento o patología concreta para la realización de dicho estudio.

Por lo tanto, como propuesta para futuras investigaciones se deberían utilizar muestras más homogéneas o bien en el nivel educativo o la edad, por ejemplo, grupos

con un nivel educativo similar o con una edad determinada. Así como también podría tratarse de un grupo con una patología o tratamiento determinado.

La escasez de tiempo, urgencia o falta de importancia percibida podrían ser algunas de las razones por las que los profesionales de la salud mental no suelen preguntar a los pacientes acerca de sus creencias sobre su condición, la eficacia del tratamiento o las preocupaciones sobre los efectos secundarios. No obstante, estas creencias y actitudes de los pacientes se deberían evaluar de forma que se pudiera mejorar la adherencia, la atención y el tratamiento, consiguiendo un mayor logro de resultados positivos (De las Cuevas y Peñate, 2014). Por lo que, en el futuro se debería proporcionar un mayor énfasis a las creencias que tienen las personas hacia los fármacos, para de esta forma, poder obtener mayor eficacia en los tratamientos.

Referencias

- Acosta, F., Rodríguez, L., & Cabrera, B. (2013). *Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia*. *Psiquiatría y Salud Mental*, 86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.08.001>
- Beléndez Vázquez, M., Hernández Mijares, A., Horne, R., & Weinman, J. (2007). *Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire*. *Int J Health Clin Psychol* 7:767–779
- Cortina, J.M. (1993). *What is coefficient alpha? An examination of theory and applications*. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- De las Cuevas, C., de Leon, J., Peñate, W., & Betancort, M. (2017). *Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: a structural equation modeling approach*. *Patient preference and adherence*, 11, 681. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S133513>
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). *Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders*. *European journal of clinical pharmacology*, 70(1), 89-98. <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-013-1582-9>
- De las Cuevas, C. & Peñate, W. (2014). *To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables*. *Acta Neuropsychiatrica*, 26, 372-381. <http://dx.doi.org/10.1017/neu.2014.21>
- De las Cuevas C, Rivero-Santana A, Perestelo-Pérez L, González-Lorenzo M, Pérez-Ramos J, Sanz EJ (2011). *Adaptation and validation study of the Beliefs about Medicines Questionnaire in psychiatric outpatients in a community mental health*

setting. Hum Psychopharmacol Clin Exp 26:140–146.
<http://dx.doi.org/10.1002/hup.1185>

Fumero Hernández, A., Marrero Quevedo, R. J., de las Cuevas Castresana, C., & Peñate Castro, W. (2016). *Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión*. Acta Colombiana de Psicología, 19(1).
<http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.11>

García, R. R., Alvarado, V. S., Agraz, F. P., & Barreto, F. R. (2004). *Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: psychometric properties of the DAI Spanish version*. Actas españolas de psiquiatria, 32(3), 138-142.

Hagger, M. y Orbell, S. (2003). *A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations*. Psychology and Health, 18, 141-184.
<http://dx.doi.org/10.1080/088704403100081321>

Horne, R. (1997). *Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement*. En K. Petrie y J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness. Current research and applications* (pp. 155-188). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Horne, R. (2003). *Treatment perceptions and self-regulation*. En L.D. Cameron y H. Leventhal (Eds.), *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 138-154). Londres: Routledge.

Horne, R., Frost, S., Hankins, M. y Wright, S. (2001). “*In the eye of the beholder*”: *Pharmacy students have more positive perceptions of medicines than students of other disciplines*. International Journal of Pharmacy Practice, 9, 85-90.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.2042-7174.2001.tb01035.x>

Horne R, Weinman J, Hankins. M. (1999). *The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the representation of medication*. Psychol Health 14:1–24

Makoul, G. & Clayman, M.L. (Eds.) (2006) *An integrative model of shared decision making in medical encounters*. *Patient Education and Counseling*, 60, 301-312. En A. Fumero Hernández, R. J. Marrero Quevedo, C. de las Cuevas Castresana & W. Peñate Castro (Eds.), *Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión*. Acta Colombiana de Psicología, 19(1). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.010>

Petrie, K. y Weinman, J. (Eds.) (1997). *Perceptions of health and illness. Current research and applications*. Londres: Harwood.

Zambrano, R., Duitama, J. F., Posada, J. I., & Flórez, J. F. (2012). *Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30(2), 163-174.