South American Publishing

SAP Community and Interculturality in Dialogue. 2023; 3:101
doi: 10.56294/cid2023101

REVISIÓN

Treatment abandonment-continuity factors

Factores de abandono-continuidad del tratamiento

María Fernanda González Robles[1] ✉, Marcela López González[1] ✉

[1]APYCE. México.

Cite as
González Robles MF, López González M. Treatment abandonment-continuity factors. SAP Community and Interculturality in Dialogue. 2023; 3:101. https://doi.org/10.56294/cid2023101

Publication History
Submitted: 21-08-2023
Revised: 11-10-2023
Accepted: 24-11-2023
Published: 25-11-2023

Corresponding Author
María Fernanda González Robles ✉

ABSTRACT

Adherence to medical treatment is a fundamental process for patient well-being, but can be affected by a number of factors both internal and external. Factors that can influence adherence include economic and social problems, urgency of treatment, fear of side effects, and the stigma associated with the disease. The importance of establishing a collaborative relationship and therapeutic alliance between the patient and the health professional to improve adherence is emphasized. The need for awareness on the part of both health care actors is highlighted, recognizing that therapeutic adherence is fundamental for successful treatment. The importance of overcoming the economic gap and patient resistance to spending to ensure effective medical care is also suggested.

Keywords: Treatment Adherence; Healthy Habits; Defense Mechanism; Therapeutic Alliance.

RESUMEN

La adherencia al tratamiento médico es un proceso fundamental para el bienestar del paciente, pero puede verse afectada por una serie de factores tanto internos como externos. Los factores que pueden influir en la adherencia incluyen problemas económicos, sociales, la urgencia en el tratamiento, el miedo a efectos secundarios y el estigma asociado a la enfermedad. Se enfatiza la importancia de establecer una relación colaborativa y de alianza terapéutica entre el paciente y el profesional de la salud para mejorar la adherencia. Se destaca la necesidad de conciencia por parte de ambos actores de la atención médica, reconociendo que la adherencia terapéutica es fundamental para el tratamiento exitoso. También se sugiere la importancia de superar la brecha económica y la resistencia al gasto por parte del paciente para garantizar una atención médica efectiva.

Palabras clave: Adherencia Al Tratamiento; Hábitos Saludables; Mecanismo De Defensa; Alianza Terapéutica.

© 2023; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

Es cierto que no podemos irnos a los extremos y considerar que el abandono o la falta de adherencia al tratamiento sean solo derivados de situaciones de resistencia, de negación, de falta de madurez o de incapacidad para sostener la responsabilidad del cuidado de sí; sino también es importante reconocer que hay aspectos coyunturales como los que se relacionan con estereotipos sociales y culturales, en los que se encuentra involucrado tanto el paciente como el tratante mismo, así como factores económicos y situaciones distantes de la agencia propia, que van a interferir en la toma de decisiones,[1,2] por ejemplo: fenómenos naturales, experiencias desafortunadas como accidentes, robos, sin dejar de lado lo traumático, que también es motivo de atención; no empero de forma paralela, la presentación de situaciones fortuitas que tienden al beneplácito como una invitación o una visita inesperada y grata, por la que el paciente o el clínico puede optar preferentemente y por tanto excluyente del seguimiento, la cita y la adhesión al tratamiento.[3]

De acuerdo a lo anterior, podemos presuponer que la adhesión y continuidad al tratamiento tiene bemoles sujetos a condiciones tanto internas, propias del clínico-paciente como externas, propias de situaciones que se presentan en la cotidianeidad y que actualmente se deben considerar en el esquema post-pandemia,[4,5] como los problemas para costear económicamente la atención a su tratamiento, ante recortes de personal, despidos y cierres de negocios que han obligado a concentrar su atención y recursos en lo inmediato y básico, para vivir ante las crisis; es así que los pacientes al dejar de asistir a tratamientos de salud, física y mental, dan prioridad a la satisfacción de necesidades básicas, como alimentación, habitación y seguridad, entre otras;[6,7] y paradójicamente no incluyen como necesidad básica la preservación, rehabilitación y tratamientos dirigidos a mantener o recuperar la salud y bienestar, haciendo caso omiso o abandonando hábitos de cuidado de sí, independientemente de saber que su estado de salud se encuentra mermado o que interrumpir el tratamiento puede tener consecuencias desastrosas.[8]

Por ello, se propone una mirada objetiva para llegar a una lectura analítica, desde las situaciones que se pudieran considerar condiciones propias de un esquema de vida actual y por otro, las condiciones relativas a las resistencias culturales, emocionales o psíquicas de los pacientes en relación con el cuidado de la salud.

DESARROLLO

La atención de la urgencia

La urgencia es un tema importante en la clínica cuando el paciente ve exigida la búsqueda y presencia de un profesional clínico para que su dolor, incomodidad o incluso aquello que ya impide su vida cotidiana, ante la exacerbación de sus dolencias y frente al diagnóstico; se convierte en una emergencia; donde el esquema psicológico puede reconsiderarse desde dos dimensiones polarizadas:

1. El sujeto adquiere para sí una forma de representar mentalmente la enfermedad, que se materializaría en una defensa y se polariza en grados, hasta equiparase con el pensamiento mágico; por implicar respuestas rápidas que permiten tocar la fantasía como un deseo delirante, en el que el paciente no asume la responsabilidad sobre los padecimientos a su salud, distanciándose de la realidad y en cambio trastoca la misma, a partir de sesgarse, destacando la inmediatez que exige el impulso del propio deseo a satisfacer, en un falso nirvana que toca thanatos.
2. La enfermedad, vista desde un esquema místico y ritualista, "si lo nombras, se atrae", hace que el sujeto asuma el pensamiento mágico en el que no puede decir para sí mismo que está enfermo, porque de ser así, entonces lo afianza a su organismo aceptándolo y, por tanto, esto se desarrolla; otra versión de este mismo polo, es que, si se asume el reconocimiento de la enfermedad o de algún tipo de trastorno, como en el caso de las enfermedades que padecían sus ancestros: padres, tíos y abuelos, cree correr el riesgo de dar acceso abierto a que se haga realidad; por lo que el paciente prefiere ignorar los síntomas y la enfermedad que ya conoce, pero se abandona hasta la urgencia.

Adherencia al tratamiento: la solicitud del tratamiento de forma urgente

La adherencia al tratamiento es un proceso dinámico, la OMS lo define como el grado en el que el paciente busca la atención al tratamiento que requiere (2004); es una manifestación de diversas conductas que van desde el interés mismo de buscar ayuda terapéutica, hasta el proceso en el que dé cuenta la atención y continuidad del tratamiento médico/terapéutico; de allí que el paciente sea corresponsable, junto con el médico/terapeuta para que, le sea proporcionada su medicación o prescripción de tratamiento, para su atención en la salud física o mental; pudiendo tratarse de enfermedades crónicas y/o degenerativas; en este fenómeno el paciente deberá tomar la dosis del medicamento o tratamiento psicoterapéutico, cumplir con las citas solicitadas, o planeadas, así como darle el seguimiento necesario al mismo que reflejen una higiene y autocuidado personal. De allí que requerirá de un cambio de actitud, y de conciencia sobre la importancia para su bienestar y conductas óptimas; todo ello para que el paciente logre darle continuidad a su tratamiento de acuerdo con lo que se requiera por parte del control médico/terapéutico, dependiendo de ciertos factores, como el propio padecimiento, la condición de deterioro y demás situaciones contextuales que interfieran en el abandono-continuidad del tratamiento.[9]

Uno de los factores que definen el abandono-continuidad del tratamiento es la atención urgente, vista como una demanda de atención inmediata que repercute en el seguimiento al tratamiento, pero que denota una falta de compromiso para no adherirse al mismo, a partir de que la urgencia es ante el dolor; por lo tanto, es una situación que se presenta ambivalente puesto que el paciente identifica en el dolor un esquema de vulnerabilidad y lo que quiere es eliminar el síntoma rápidamente y no propiamente el padecimiento, no reconociéndolo o negando su origen.[10]

Ante la dificultad para tolerar la frustración y/o el dolor, el paciente busca estrategias y utiliza mecanismos de defensa para evitar a toda costa contactar con ese dolor, por lo que puede utilizar pensamientos mágicos y otras estrategias que sean menos dolorosas, aunque esto implique no contactar con la realidad, como algo que está pasando en el cuerpo y no hace caso al dolor; por ejemplo,

según investigaciones, más del 70 % de los pacientes, deja de ir al médico porque no quiere contactar con lo que está pasando, ese momento le genera una seudo tranquilidad momentánea que al resurgir la sintomatología de forma abrupta y insoportable, le hace atenderse, a veces cuando ya es demasiado tarde.

Factores que impactan el abandono-continuidad de la adherencia al tratamiento

Dentro de los factores que pueden entorpecer que el paciente logre establecer dicha adherencia al tratamiento se encuentran: el económico, el social, el del sistema sanitario en su asistencia, el del mismo tratamiento a través de la medicación o psicoterapia, las características de la propia enfermedad y los que son específicos del paciente.[11]

De esta forma se destaca que, para lograr el objetivo de la adherencia al tratamiento, habría que enfrentar y resolver los problemas generados de los mismos. Se espera que se busquen estrategias de evaluación de cada uno de ellos, para tener un control de calidad de dicha adherencia terapéutica y poder desarrollar un esquema válido que promueva dicha adherencia al tratamiento.[12]

Apego al tratamiento- adherencia al tratamiento

Según la investigación de Bueno et al "hay un alto porcentaje de pacientes que no cumplen con su tratamiento (77,7 %); las principales causas son abandono del tratamiento por mejoría del problema de salud (80,5 %), olvido de la toma (27,7 %), temor a efectos secundarios (39,8 %) y desconfianza del medicamento (25,9 %)".[13]

En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, severas o con altos grados de dificultad, como el cáncer, el sida y la esquizofrenia, entre otras; los médicos/terapeutas han podido identificar que "Actualmente existe un amplio consenso en afirmar que la falta de adherencia terapéutica es uno de los principales problemas en el tratamiento".[14]

Dentro de los factores que favorecen la adherencia al tratamiento, se pueden identificar estudios clínicos como el de Gratacós, que implican la explicación de los tratamientos y hacerle ver al paciente que el beneficio que pueda obtener de dar continuidad a ese tratamiento es para él mismo y para su salud; aunque es importante que se le dé a conocer que habrá momentos en que puede recaer y cuáles serían las estrategias de recuperación; e inclusive que, el propio tratamiento requiere renuncias y tendrá que sobreponerse y encontrar alicientes para que la motivación misma pueda ubicarse en la realidad en la que su estado de salud va manteniéndose o mejorando.[14]

Esto puede ser un encuadre a futuro, un tipo de advertencia del escenario en que se puede trabajar colaborativamente en la adherencia al tratamiento, en un ejercicio de hacer consciente lo que sucede a favor de su salud y estar atento a patrones de hábitos saludables que debe adquirir, modificar, desarrollar y mantener para beneficio propio.[15]

Los clínicos han encontrado ventajas potenciadoras de la adherencia al tratamiento en la participación de los pacientes en talleres, platicas, intervenciones de trabajo interdisciplinario que favorecen los cambios y adopción de hábitos positivos, logrando una terapia de adherencia al tratamiento,[16] una terapia de adherencia al afrontamiento y educación,[17] intervenciones comunitarias e intervenciones mixtas, intervenciones farmacológicas,[16,18,19] estrategias que contribuyen a la conciencia del paciente para desarrollar autonomía, autoconocimiento y toma de decisiones asertiva para lograr adhesión al tratamiento y un pronóstico favorable.[20]

Otro factor positivo para la adhesión y continuidad del tratamiento es el uso de medicamento, de forma adecuada, constante, en tiempo y forma, este es uno de los recursos vitales de la adhesión al tratamiento para recuperar la salud; siendo importante que el médico sea quien lo recete y quien haga los ajustes necesarios para lograr la dosificación adecuada y en su caso, contrarrestar los efectos secundarios, para permitir al paciente su administración responsable y así experimentar la mejora de su calidad de vida de forma paulatina o inmediata, esto debido a la promoción de hábitos de vida saludable, en un trabajo colaborativo entre el clínico y el paciente, sin dependencia, sino mediante el establecimiento de una alianza terapéutica explicita que, permita la toma de conciencia de la responsabilidad sobre la propia salud, de la comunicación y seguimiento, como parte de una red de apoyo para la continuidad y adhesión al tratamiento.[21]

En cuanto a la definición propiamente, se entiende que "la adherencia hace referencia a una relación colaborativa entre paciente y profesional en consecución de los objetivos terapéuticos, mientras que el cumplimiento implica la adopción de un rol pasivo y obediente por parte del paciente ante el clínico",[18] por lo que se puede deducir que mientras la adherencia al tratamiento tiene que ver con un acto de conciencia, la falta de adherencia el tratamiento se debe a múltiples factores, lo cual dificulta remitir al paciente a un esquema básico de consideración general para que se sobreponga a los factores negativos que inciden en la falta de adherencia, como si estos fueran genéricos, o tuvieran un atributo condicional para todos los pacientes en todos los casos clínicos, por esto se puede indicar que los pacientes y sus padecimientos tienen un comportamiento único ante el tratamiento y de ello deriva el éxito del pronóstico y de la propia cura, dificultando un esquema de intervención médico/terapéutico que, redunde en condiciones de cuidado de sí mismo como parte de la responsabilidad y compromiso del paciente en un actuar proactivo como agente de su salud y no omitirse o actuar de forma pasiva dejando al médico/terapeuta y al medicamento o tratamiento como si actuara sólo por sí mismo; aclarando que el profesional ante esta actitud, corre el riesgo de caer en ese juego de no buscar una alianza terapéutica y profiláctica del proceso de consecución de la salud, y solo quedarse en la figura narcisista y administrativa o económica de quien consulta, quien receta, quien atiende terapéuticamente y quien por tanto se deslinda del acompañamiento terapéutico y en este caso, sería el propio médico/terapeuta el que promueve la falta de adherencia al tratamiento; por lo que habrá que investigar qué sucede con el médico/terapeuta en una situación que como profesional exige dualidad en la revisión de los patrones profesionales y personales para el cuidado de sí y de la relación clínico-paciente.[22]

Como parte de la revisión de estos modos de interacción clínico-paciente, se pueden identificar:

- Falta de hábito,
- Falta de compromiso del sujeto para con su salud.

Ambas faltas como resultado de la inmadurez o la desestructura psíquica para el autocuidado, en tanto que la desconexión de responsabilidad juega en contra del esquema de reconocimiento tanto mental como corporal, y a favor de un abandono en donde el paciente no registra o no sabe y por ello no puede ni siquiera nombrar lo que le sucede, desentendiendo su psique-soma: estando en un cuerpo desconectado de sí y una mente desconfigurada de su corporalidad.[23]

En otro sentido el paciente puede no registrar esas faltas de hábitos o de compromiso, ya sea por el factor económico o por la propia dificultad del tratamiento, así como los efectos secundarios que hacen que en el propio tratamiento vaya de por medio la salud misma, resultando en otros padecimientos concomitantes.[24]

Es importante también considerar que en otro caso, los tratamientos que implican restricciones, están relacionado con la adicción a conductas, sustancias o hábitos nocivos afianzados al esquema de vida, por muy nocivo o enfermizo que este resulte, pero también están directamente relacionados con el abandono del paciente de sí mismo, venciéndose o dejándose vencer, mientras se da lugar a la pulsión de muerte; en un inicio, solo validando la intensión de cuidado, cuando al tratamiento se le atribuyen motivaciones a partir de cualquier objeto externo, llámese familia, pareja, madre/padre o hijos; sin que se asuma responsabilidad propia para el cuidado de sí mismo, sino como si se les hiciera un favor, al mantener la salud, la integridad o la vida, siempre "por el Otro", siendo este "Otro" un ajeno y no el cuerpo y la mente propias.

Ciertamente es multifactorial el esquema al que se enfrenta la adhesión al tratamiento por parte del paciente, por ello es importante tomar en cuenta que se genera un mundo caótico en el que, el paciente interactúa como parte de la evasión de una realidad que se elude, y que tiene connotaciones de insoportable, incluso más allá que la vivencia de la propia enfermedad, puesto que el padecimiento le da una razón para ocuparse de algo que aparentemente es primordial, por lo menos más visible para los demás, puesto que la sintomatología es una manifestación claramente visible de los malestares que aquejan al paciente, lo que contrarresta la falta de visibilidad de los trastornos emocionales, de la falta de capacidad que puede involucrar lo cognitivo y de aquellas condiciones de vida que "distraen" al paciente de la responsabilidad de actuar conscientemente en el tratamiento para recuperar la salud; y en cambio quedarse con sus dolencias y enfermedades.[25]

Es relevante destacar que existen factores implicados en la dificultad a la adherencia al tratamiento, según Higashi,[19] los cuales enlista como siguen:

- El insigth, entendida como baja conciencia de enfermedad;
- Efectos de medicación, tanto para la atención a la cura, como los efectos nocivos secundarios; Alianza terapéutica, que existe como relación concordante entre la adherencia al tratamiento y la alianza entre clínico-paciente;
- Abuso de sustancias, con un elemento que acrecienta la falta de adherencia, promoviendo evasión y negación
- Falta de apoyo, en los sistemas social y familiar, como decisivos en la consecución de adhesión al tratamiento;
- Severidad de síntoma, la sintomatología agravada, desmotiva la adherencia al tratamiento, convirtiéndose en un "¿ya para qué?".
- Estigma, es un obstáculo, por la cosificación que adjetiva no solo la condición del sujeto, sino porque adquiere para sí mismo la denominación de la enfermedad, por ejemplo, no es quien padece diabetes, sino es un diabético, siendo entonces una identidad maligna auto adoptada;
- Deterioro cognitivo, cualquier trastorno mental, de salud física y motriz y los duelos, como cualquier condición que impida el desarrollo funcional de los procesos de salud y de estilos de vida saludables, conllevan disfunciones ejecutivas y procesuales que tienen consecuencias en el esquema de vida productivo y de bienestar de los sujetos;
- Debut de la enfermedad, la falta de adherencia depende directa y proporcionalmente de la edad en la que se inicia con el padecimiento, por tanto, entre más temprano el sujeto se enferme y sea diagnosticado, menor adherencia al tratamiento presentará.

Los factores implicados en el abandono-continuidad de la adhesión al tratamiento son parte de las experiencias que el paciente vive y que pueden agravar la propia enfermedad al complejizarse con elementos emocionales o mentales no expresados, como los de carácter psicosomático[26] y por su resistencia o evasión ante el duelo al que el sujeto está sometido por la pérdida de su salud y de su estabilidad, éstos pueden convertirse en consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento, resultando en extremos como, la muerte del paciente o el encarnizamiento terapéutico[27] y el sufrimiento clínico del médico/terapeuta y el paciente, ante el proceso de enfermedad, que atañe a su salud y estado físico; así como el sufrimiento mental que alude a las condiciones asociadas al psiquismo y su estructuración, como una manera de adoptar formas específicas de cuidado, como la adhesión al tratamiento por conciencia de salud y no sólo por urgencia sobre la demanda del dolor, como en el caso del dolor insoportable que refieren los pacientes por un dolor de muela, por un dolor de apéndice o por un dolor en sí, independientemente de la razón de su existencia, la urgencia es eliminarlo, aunque en ello no se reconozca la fuente y su cuidado.

CONCLUSIONES

Es necesario superar la brecha que existe en el clínico, médico/terapeuta, dejando de lado los fenómenos que implican una reducción en la economía del clínico, por la baja de sus consultas, por la cartera de pacientes, clientes; y la brecha que existe en el paciente, al creer que curarse o cuidar de su salud implica gastos que puede omitir, no así los superfluos como los gastos hormiga o los de tecnología de última generación o lo externo y de moda de lo que cree que no puede prescindir, y dejando de lado, la resistencia al gasto visto así por el paciente.

Se requiere una concientización puntual de ambos actores de la salud física-mental, para atender y ser atendido realmente, dando valor a la adherencia terapéutica, donde el clínico y el paciente deben asumir como integral la búsqueda de la recuperación de su

salud; promover el apoyo familiar e incluso una educación y formación activa en cuanto a la importancia del vínculo de alianza terapéutica, que pueda reducir la interferencia del "nuevo mecanismo de defensa, limitante de ruptura", que podemos describir como un patrón de abandono, entre el clínico y el paciente, es decir, un abandono de forma dual que genera desconfianza, con un significado complejo desvinculante de lo terapéutico, cuya relación entre clínico-paciente se va averiando y deja entrever resistencias de contacto que, pueden ser interpretadas como alejamiento, signos de inmadurez o desinterés, en donde se le deposita al médico/terapeuta tratante, o al paciente, en su caso, toda la carga emocional en la que las deficiencias no son asumidas responsablemente, sino de forma culpígena y que coloca la comunicación en una posición limitante de ruptura.

El médico/terapeuta puede interpretarlo como frustrante, al perder un paciente, suponerse incapaz de mantener una relación terapéutica en una línea fina entre la confianza clínica y la invasión de la privacidad del paciente ante la falta de respuesta; o sólo privilegiar, sobre la salud del paciente y la adhesión al tratamiento, el ingreso económico, buscando entonces estrategias para mantener lleno su consultorio o con la rotación necesaria para obtener recursos; cabe señalar que ya se cuentan con apps, mentorías y demás servicios que, cobran por tener ese manejo a favor del ingreso del clínico, dejando un poco de lado la formulación de los principios éticos del vínculo terapéutico y el cuidado de sí y del Otro.

El paciente por su parte, puede interpretarlo como irritante ante el cambio de cita, la cancelación, o llevarlo al extremo de sentirse abandonado, atribuirle al médico la falta de seriedad e indiferencia ante la impotencia de no recibir respuesta favorable a su demanda de atención; cabe señalar, que investigaciones como la de Panksepp,[28] refieren que el abandono abrupto de la relación puede someter a los involucrados a un sentimiento de desapego en el que se conecta con la vulnerabilidad y esto puede reactivar las sensaciones derivadas de experiencias traumáticas, siendo esto los microtraumas que refiere Crastnopol;[29] si el paciente no logra diferenciar las condiciones de la realidad, ni la responsabilidad en su independencia, y fortalecer un narcisismo saludable, para hacerse cargo de sí, sin que esto sea visto como interrupción y ruptura, sino como ejercicio de su autonomía para el bienestar, de lo contrario desarrollará un narcisismo patológico en el que crea que su clínico tiene que estar disponible para él a toda hora y ante cualquier demanda de atención.

La presente investigación pretende arrojar luz sobre una propuesta de esquema para la adherencia al tratamiento, considerando elementos importantes, como:

- Los factores que impactan el abandono-continuidad de la adherencia al tratamiento,
- El encuadre a futuro,
- La toma de conciencia de la responsabilidad sobre la propia salud, y
- La alianza terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anghel LA, Farcas AM, Oprean RN. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. Med Pharm Rep 2019;92:117-22. https://doi.org/10.15386/mpr-1201.

2. Pérez-Jover V, Sala-González M, Guilabert M, Mira JJ. Mobile Apps for Increasing Treatment Adherence: Systematic Review. Journal of Medical Internet Research 2019;21:e12505. https://doi.org/10.2196/12505.

3. Sulibele USU, Singh J, Ravindra. Estrategias dirigidas por el personal de enfermería para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes mayores tras el alta hospitalaria. Salud, Ciencia y Tecnología 2023;3:447-447. https://doi.org/10.56294/saludcyt2023447.

4. Altice F, Evuarherhe O, Shina S, Carter G, Beaubrun AC. Adherence to HIV treatment regimens: systematic literature review and meta-analysis. Patient Preference and Adherence 2019;13:475-90. https://doi.org/10.2147/PPA.S192735.

5. Ssewamala FM, Byansi W, Bahar OS, Nabunya P, Neilands TB, Mellins C, et al. Suubi+Adherence study protocol: A family economic empowerment intervention addressing HIV treatment adherence for perinatally infected adolescents. Contemporary Clinical Trials Communications 2019;16:100463. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100463.

6. Pineda-Sic RA, Galarza-Delgado DA, Serna-Peña G, Castillo-Torres SA, Flores-Alvarado DE, Esquivel-Valerio JA, et al. Treatment adherence behaviours in rheumatic diseases during COVID-19 pandemic: a Latin American experience. Annals of the Rheumatic Diseases 2021;80:e85-e85. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-218198.

7. Arden MA, Hutchings M, Whelan P, Drabble SJ, Beever D, Bradley JM, et al. Development of an intervention to increase adherence to nebuliser treatment in adults with cystic fibrosis: CFHealthHub. Pilot and Feasibility Studies 2021;7:1. https://doi.org/10.1186/s40814-020-00739-2.

8. Pachucho-Flores AP, Chicaiza-Almachi EC. Percepción del nivel de adherencia al tratamiento hipertensivo en los adultos. Salud, Ciencia y Tecnología 2024;4:641-641. https://doi.org/10.56294/saludcyt2024641.

9. Alsubeeh NA, Alsharafi AA, Ahamed SS, Alajlan A. Treatment Adherence Among Patients with Five Dermatological Diseases and Four Treatment Types - a Cross-Sectional Study. Patient Preference and Adherence 2019;13:2029-38. https://doi.org/10.2147/

PPA.S230921.

10. Torres TL. Intervención educativa sobre factores de riesgo desencadenantes de la angina de pecho. Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria 2021;1:4-4. https://doi.org/10.56294/ri20214.

11. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. 1ed ed. USA: Organización Mundial de la Salud; 2004.

12. Panoluisa KAL, Rojas-Conde LG. Diagnóstico enfermero: Estrés por sobrecarga académica en estudiantes de bachillerato. Salud, Ciencia y Tecnología 2022;2:129-129. https://doi.org/10.56294/saludcyt2022129.

13. Bueno Gómez M, Barrionuevo Sancho MD, Fikri Benbrahim N, García-Jiménez E. Causes of non-compliance of patients who attend a community pharmacy in Granada. Aten Primaria 2008;40:105-6. https://doi.org/10.1157/13116162.

14. Gratacós Torras M, Pousa Tomàs E. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. Pap Psicol 2018;39:31-9. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2850.

15. Gerez R. Implementation of protocol to reduce surgical site infections in arthroplasty with hip prosthesis. Salud, Ciencia y Tecnología 2023;3:550-550. https://doi.org/10.56294/saludcyt2023550.

16. Staring ABP, Van der Gaag M, Koopmans GT, Selten JP, Van Beveren JM, Hengeveld MW, et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2010;197:448-55. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077289.

17. Uzenoff SR, Perkins DO, Hamer RM, Wiesen CA, Penn DL. A preliminary trial of adherence-coping-education (ACE) therapy for early psychosis. J Nerv Ment Dis 2008;196:572-5. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31817d01a5.

18. Compton M. Treatment Nonadherence Among Individuals With Schizophrenia: Risk Factors and Strategies for Improvement. Medscape 2006. http://www.medscape.org/viewarticle/530764 (accedido 17 de noviembre de 2023).

19. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Ther Adv Psychopharmacol 2013;3:200-18. https://doi.org/10.1177/2045125312474019.

20. Canova-Barrios C, Machuca-Contreras F. Interoperability standards in Health Information Systems: systematic review. Seminars in Medical Writing and Education 2022;1:7-7. https://doi.org/10.56294/mw20227.

21. Wei H, Roberts P, Strickler J, Corbett RW. Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. Journal of Nursing Management 2019;27:681-7. https://doi.org/10.1111/jonm.12736.

22. Cáceres YMM. Management of pain reduction in mechanically ventilated care subjects. Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria 2023;3:59-59. https://doi.org/10.56294/ri202359.

23. Schwartz R, Haverfield MC, Brown-Johnson C, Maitra A, Tierney A, Bharadwaj S, et al. Transdisciplinary Strategies for Physician Wellness: Qualitative Insights from Diverse Fields. J GEN INTERN MED 2019;34:1251-7. https://doi.org/10.1007/s11606-019-04913-y.

24. Carrizo PC. Impact of an intervention on the surface of cellular telephones in a hospital in Salta. Data and Metadata 2022;1:42-42. https://doi.org/10.56294/dm202280.

25. Hobart HJK, Kneese T. Radical Care: Survival Strategies for Uncertain Times. Social Text 2020;38:1-16. https://doi.org/10.1215/01642472-7971067.

26. Torres A, Pérez-Galavís A, Ron M, Mendoza N. Factores Psicosociales Laborales y Estrés en el Personal Médico Asistencial. Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria 2023;3:42-42. https://doi.org/10.56294/ri202342.

27. Gutiérrez Samperio C. ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? Cirujano general 2016;38:121-2.

28. Panksepp J. The Evolutionary Sources of Jealousy: Cross-Species Approaches to Fundamental Issues. En: Hart SL, Legerstee M, editores. Handbook of Jealousy. 1.a ed., Wiley; 2010, p. 101-20. https://doi.org/10.1002/9781444323542.ch6.

29. Crastnopol M. "Oculto a simple vista": El micro-trauma en la dinámica relacional intergeneracional. Clínica e Investigación Relacional 2011;5:237-60.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: María Fernanda González Robles, Marcela López González.
Investigación: María Fernanda González Robles, Marcela López González.
Metodología: María Fernanda González Robles, Marcela López González.
Administración del proyecto: María Fernanda González Robles, Marcela López González.
Redacción-borrador original: María Fernanda González Robles, Marcela López González.
Redacción-revisión y edición: María Fernanda González Robles, Marcela López González.