

Intervención psicológica en la adhesión al tratamiento de enfermedades crónicas pediátricas

M.ªC. Benedito Monleón

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

(An Esp Pediatr 2001; 55: 329-334)

El presente trabajo analiza desde el punto de vista psicológico los problemas de cumplimiento del tratamiento en las enfermedades crónicas pediátricas. Se describe la repercusión del tema sobre la enfermedad, el médico responsable, el paciente y sus familiares, haciendo una mención especial a la complejidad del problema cuando se presenta en la población adolescente. Se revisan los factores que dificultan la adherencia a las prescripciones médicas, identificando aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento, y variables cognitivas, emocionales, conductuales, familiares, sociales, culturales, organizacionales y económicas. Se realiza una propuesta de intervención psicológica que contempla la evaluación, la prevención y el tratamiento de los problemas de cumplimiento de los regímenes médicos. Se detalla la indicación y el modo de utilización de cada una de las técnicas, distinguiendo entre estrategias educativas, motivacionales y conductuales. En resumen, se propone un programa de tratamiento psicológico que puede ser fácilmente aplicado a un gran número de pacientes crónicos pediátricos, en los que se sospechen o ya se hayan confirmado problemas de cumplimiento del tratamiento.

Palabras clave:

Enfermedad crónica pediátrica. Cumplimiento del tratamiento. Intervención psicológica.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN TREATMENT ADHERENCE IN CHRONIC PEDIATRIC DISEASES

This paper analyses the problems of treatment adherence in chronic pediatric diseases from a psychological point of view. We describe the repercussions of adherence on the course of the disease, the physician in charge, patients, and their relatives and place special emphasis on the complexity of the problem among adolescents. Factors

impeding adherence are reviewed and factors related to disease and treatment, as well as cognitive, emotional, behavioral, familial, social, cultural, organizational and economic variables, are identified. The author proposes a psychological intervention that includes the assessment, prevention and management of problems of treatment adherence. The indications and implementation of each technique are outlined, distinguishing among educational, motivational and behavioral strategies. In summary, a psychological treatment program is proposed that may be easily applied to a large number of pediatric patients with chronic diseases and suspected or confirmed problems of treatment adherence.

Key words:

Chronic pediatric diseases. Treatment adherence. Psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se abordan brevemente aspectos conceptuales y epidemiológicos del problema del cumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas pediátricas. Se analizan en profundidad las diferentes implicaciones y dificultades de esta cuestión, junto con los principales factores de riesgo. Finalmente, como principal objetivo, se presenta una propuesta de intervención psicológica que puede resultar útil para el manejo de los pacientes y la optimización de los resultados terapéuticos.

El cumplimiento se ha definido como un continuo a través del cual la conducta del paciente coincide en mayor o menor medida con las prescripciones médicas¹. El concepto se centra en comportamientos específicos que el régimen prescrito requiere. A los pacientes se les demanda que se mediquen, sigan dietas, introduzcan cambios en sus estilos de vida, se sometan a exploraciones y

Correspondencia: Dra. M.ªC. Benedito Monleón.

Avda. Autopista de Saler 6, 61. 46013 Valencia.
Correo electrónico: m.carmen.benedito@uv.es

Recibido en diciembre de 2000.

Aceptado para su publicación en marzo de 2001.

controles, realicen ejercicio físico, etc. Además, no se trata de un fenómeno dicotómico de todo o nada, existen diferencias cualitativas y cuantitativas y puede establecerse una gradación en este continuo. En este sentido, el establecimiento del límite entre lo aceptable y lo inaceptable o, en otras palabras, la coincidencia mínima exigible entre la conducta del paciente y la recomendación médica resulta bastante arbitraria.

En definitiva, el término adherencia puede definirse como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal sanitario².

En términos generales, teniendo en cuenta el número de estudios con diferentes poblaciones pediátricas, se estima que el porcentaje total de cumplimiento para la medicación autoadministrada (incluyendo las dosis que proporcionan los padres a los niños pequeños) es del 50 %³. Existen trabajos que informan de hasta un 59 % de pacientes con enfermedad renal que no presentan cumplimiento del tratamiento⁴. Otro estudio encuentra que el 45 % de pacientes afectados de artritis reumatoide juvenil incumplen las prescripciones médicas⁵. Analizando una muestra de pacientes diabéticos se ha encontrado que, en la utilización de la insulina, el 3 % presentaba baja adherencia al tratamiento, en el cumplimiento de la dieta el porcentaje se elevaba al 34 % y respecto al control de la glucosa el índice alcanzaba el 38 %⁶. Se han obtenido resultados algo más alentadores que informan del 21 % de pacientes con enfermedad renal que no presentan adherencia registrada mediante un monitor electrónico⁷ y un 17 % de pacientes con cáncer que no respetan la adherencia utilizando el mismo dispositivo⁸.

Rappoff¹ identificó variables demográficas relacionadas con la adherencia. Destacó que los adolescentes presentan más dificultades de cumplimiento del tratamiento que los pacientes pediátricos más jóvenes en enfermedades como cáncer, fibrosis quística, diabetes o enfermedad renal. También informó que el bajo nivel sociocultural se asociaba a problemas de cumplimiento en enfermedades como el asma, la fibrosis quística, la diabetes y la enfermedad renal. Adicionalmente, encontró que la separación de los padres y el divorcio estaban asociados con un pobre cumplimiento del tratamiento del asma y la enfermedad renal.

PLANTEAMIENTO

En contraste con los problemas de salud agudos, las enfermedades crónicas requieren tratamiento intensivo y continuo durante muchos años o de por vida e implican una constante vigilancia y adaptación de éste al curso de la enfermedad. A pesar de la abundante bibliografía existente sobre las enfermedades crónicas, pocas afirmaciones claras pueden encontrarse sobre las causas y tratamiento de los problemas de adherencia a las prescripciones médicas⁹. La autora del presente trabajo coincide con Rap-

porff¹ en que este hecho sea probablemente debido al exceso de trabajos de revisión y a la escasez de protocolos y propuestas de intervención.

Los profesionales sanitarios (médicos, psicólogos clínicos y personal de enfermería) que desarrollan su actividad asistencial, docente y de investigación en el campo de las enfermedades crónicas pediátricas poseen amplia evidencia sobre las dificultades que entraña el cumplimiento de los regímenes médicos: supone un gran consumo de tiempo, a veces conlleva procesos molestos o dolorosos y puede entorpecer la rutina diaria, tanto de los niños como de su familia. De hecho, el cumplimiento del tratamiento afecta a toda la familia y constituye una fuente de estrés para todos sus miembros. Los padres deben explicar que el tratamiento es necesario y conseguir el cumplimiento de las prescripciones médicas. Los niños pueden estar resentidos con los padres por estas demandas y la disciplina que conllevan, y éstos, a su vez, pueden sentirse culpables por el papel que deben asumir, en particular si perciben que el tratamiento inhibe la independencia y libertad de su hijo. Los hermanos también se ven afectados de varias formas. La tensión generada en la familia puede ser descargada sobre ellos por ser los que se perciben como menos vulnerables. También padecen las repercusiones del tiempo que consume la adherencia al tratamiento (permanecen más tiempo solos, deben asumir nuevas responsabilidades y se sienten menos atendidos por sus padres).

Desde el punto de vista conductual es evidente que el cumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas resulta problemática. Los beneficios del tratamiento se perciben a medio o largo plazo, sin embargo, la consecuencia inmediata de su aplicación no conlleva ninguna satisfacción. Las reacciones más comunes en los pacientes pediátricos incluyen quejas, lloros, rabietas, rebeldía, tristeza, vergüenza, cuestionamiento de su eficacia e incumplimiento. Conviene que los padres y los hijos registren tanto los síntomas como el cumplimiento de las prescripciones de modo que puedan relacionar la mejoría con el grado de cumplimiento del tratamiento. Los padres deben aprender a ignorar las quejas, reforzar las conductas de cooperación y utilizar estrategias de disciplina para minimizar el incumplimiento.

Sabemos que el nivel de adherencia está relacionado con el conocimiento de detalles específicos sobre los tratamientos prescritos y que, en ocasiones, los padres y/o los niños no tienen una comprensión adecuada de las recomendaciones médicas¹⁰. Ante esta situación, la conducta más frecuente entre los sanitarios es proporcionar información sobre la frecuencia de aplicación de sus prescripciones. Sin embargo, no siempre justifican de modo comprensible sus indicaciones ni motivan a los pacientes para su cumplimiento, raramente abordan las dificultades para llevar a cabo sus recomendaciones y casi nunca emplean estrategias de modificación de

conducta para incrementar el cumplimiento del tratamiento¹¹.

Ya se ha comentado que en el aspecto epidemiológico el problema de la adhesión al tratamiento se incrementa con la población adolescente. El comienzo de la enfermedad a una edad temprana y la duración del tratamiento se correlacionan con el cumplimiento del régimen médico, independientemente de la gravedad de la enfermedad. Los adolescentes con un comienzo anterior a los 9 años presentan muchos menos problemas de cumplimiento que los adolescentes con un comienzo posterior¹². El cumplimiento de las prescripciones médicas supone restricciones de tiempo, libertad personal, espontaneidad y relación social. Muchos adolescentes perciben el tratamiento como una amenaza para su calidad de vida y, a pesar de ser conscientes de las potenciales consecuencias negativas, optan por el incumplimiento. Si prescinden de las indicaciones médicas, tienen garantizada una vida normal, sin embargo, dependiendo de las expectativas que tengan sobre la efectividad del tratamiento, los sacrificios que éste conlleva pueden no garantizarles nada. Durante el período de la adolescencia, los pacientes necesitan saber más sobre su enfermedad para lograr una visión realista y ajustada de su situación y sus posibilidades. Conviene, además, ser sensible a la preocupación del adolescente por no parecer diferente a sus compañeros. En definitiva, el adolescente debe percibir que su opinión se tiene en cuenta cuando se programan los tratamientos para sentirse responsable de su cumplimiento¹³.

Finalmente, es importante que los adolescentes sean conscientes de su capacidad para influir en el curso de la enfermedad. De hecho, los adolescentes que se perciben con poco control interno sobre su salud (poca capacidad o responsabilidad para influir en lo que les sucede) y tienen un estilo atribucional externo para los acontecimientos negativos (atribuyen a factores exteriores, ajenos a sí mismos, lo que les ocurre) son pacientes de riesgo para los problemas de cumplimiento médico¹⁴.

ASPECTOS QUE DIFICULTAN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Se han identificado una serie de factores como posibles causas del incumplimiento de las prescripciones médicas^{1,15-17}.

Factores relacionados con la enfermedad

El diagnóstico realizado a partir de los 9 años, la cronicidad de la enfermedad, los intervalos libres de síntomas, la necesidad de mantener la medicación incluso cuando la enfermedad está en remisión y el hecho de que la interrupción de la medicación no produzca una exacerbación inmediata de los síntomas son variables que se correlacionan de forma positiva con el incumplimiento de los regímenes terapéuticos.

Factores relacionados con el tratamiento

La duración del tratamiento, la complejidad del régimen terapéutico, la latencia del efecto terapéutico, la toxicidad y los efectos secundarios, los costes personales, la pasividad en la programación del tratamiento y el dolor e incomodidad que éste conlleva son factores que dificultan el cumplimiento.

Factores cognitivos y emocionales

La falta de información sobre la enfermedad y su tratamiento, la limitada capacidad cognitiva para comprender las instrucciones, la insatisfacción con el tratamiento y/o facultativo responsable, los sentimientos de inferioridad, la vergüenza, la tristeza y la desesperanza contribuyen a que se produzca el incumplimiento de los regímenes prescritos.

Factores conductuales

Entre los factores conductuales se encuentran la conducta opositora desafiante, la falta de instrucciones conductuales adecuadas y las conductas de riesgo propias de la adolescencia.

Factores familiares y sociales

Los conflictos familiares, la sobreprotección paterna y el rechazo social debido al tratamiento y sus consecuencias dificultan la adherencia a las prescripciones.

Factores culturales

Las dificultades de comprensión del lenguaje, las creencias alternativas sobre la enfermedad y su tratamiento interfieren con el cumplimiento de los regímenes pautados.

Factores organizacionales

El calendario de citas, las distancias respecto a los recursos asistenciales y problemas de transporte pueden ser dificultades añadidas para la adherencia al tratamiento.

Factores económicos

Finalmente, los costes económicos que directa o indirectamente se relacionan con el tratamiento constituyen un obstáculo adicional para el cumplimiento de las prescripciones médicas.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

En primer lugar, debe revisarse la situación del paciente y sus familiares respecto a los factores arriba señalados. El objetivo será identificar las variables problemáticas y, si es posible, intervenir sobre ellas. Adicionalmente, debe recogerse información respecto a los distintos componentes del programa de tratamiento prescrito, las dificultades que supone su cumplimiento, el tipo de reacciones negativas que el paciente presenta, la respuesta de los padres ante la actitud del hijo, el grado de conocimiento

y comprensión que tienen sobre la enfermedad y su tratamiento, y la opinión o sugerencias respecto al régimen prescrito.

En función de la información recogida en esta fase de evaluación puede optarse por estrategias educativas y motivacionales (dirigidas a prevenir y tratar algunas dificultades leves de cumplimiento del tratamiento, motivando e informando a los padres y niños de un modo amplio, claro, práctico y sistemático) y/o por estrategias conductuales (dirigidas a intervenir sobre los problemas específicos de adherencia al tratamiento, incrementando las conductas que favorecen el cumplimiento y disminuyendo aquellas que lo obstaculizan). En caso de detectarse problemas adicionales (conflictividad familiar grave, depresión, ansiedad, etc.) debe realizarse el diagnóstico y tratamiento psicológico pertinente.

Antes de introducir cualquiera de las estrategias deben escogerse medidas fiables y válidas que permitan valorar el grado de cumplimiento existente antes, durante y después de la aplicación de las estrategias para poder valorar sus efectos. De acuerdo con el facultativo responsable, se escogerán los indicadores más apropiados según la enfermedad y el tratamiento de que se trate.

Estrategias educativas y motivacionales

La forma en que se estructura y se proporciona la información puede ser crucial para la comprensión y aceptación de la enfermedad y su tratamiento. La información debe adaptarse a la edad del niño, al nivel cultural de los padres y a sus habilidades cognitivas.

Las instrucciones más importantes deben darse repetidamente y debe comprobarse la comprensión de éstas, por ejemplo pidiendo que los padres o niños repitan las recomendaciones. Las instrucciones verbales conviene complementarlas con información escrita y audiovisual.

Es necesario discutir y preparar las estrategias para facilitar el cumplimiento de las prescripciones en casa. Para prevenir los problemas conviene crear una atmósfera en la que los padres y los niños puedan discutir abiertamente sobre sus opiniones, dificultades, miedos y preocupaciones. Algunas cuestiones relevantes pueden ser las características de la enfermedad, su tratamiento, los efectos secundarios, los objetivos del tratamiento, los riesgos que conlleva, los cambios físicos que supone, la interferencia en la rutina diaria, etc.

Para conseguir y mantener el cumplimiento del tratamiento debe desarrollarse una labor de motivación, justificando la necesidad de seguir las prescripciones, destacando los beneficios terapéuticos, haciendo un seguimiento del correcto cumplimiento, invitando a que el paciente y/o los padres registren diariamente su grado de adherencia, en definitiva, animándoles para que adopten un papel activo en el proceso terapéutico, reconociendo y valorando su colaboración.

En conclusión, existe una amplia evidencia que apoya la utilidad de las estrategias educativas. Sin embargo, se trata de técnicas necesarias pero no suficientes, sobre todo en el caso de regímenes médicos crónicos y complejos¹.

Estrategias conductuales

Las estrategias anteriores incluyen componentes educativas, motivacionales y tareas de autorregistro. Serán de utilidad para la prevención de problemas de cumplimiento del tratamiento y como intervención efectiva en problemas ya existentes para algunos casos. Sin embargo, para otros pacientes es necesario utilizar estrategias conductuales más elaboradas, a las que, en cualquier caso, deben preceder las estrategias educativas y motivacionales.

El modelo operante hace hincapié en las consecuencias que siguen a un comportamiento. Según este enfoque psicológico, las conductas se emiten o mantienen por el efecto que provocan. Cuando un comportamiento (rechazo del tratamiento) va seguido de alguna recompensa (atención de los padres) o consigue eliminar alguna situación desagradable (prescripciones médicas) se observa un aumento en su frecuencia. Este mismo principio puede utilizarse para un beneficio terapéutico. Así, cuando un comportamiento (adhesión al tratamiento) va seguido de alguna recompensa (felicitaciones, premios, actividades o privilegios especiales para el niño) o consigue eliminar alguna situación desagradable (pérdida de recompensas) se observa un aumento en su frecuencia.

Las estrategias conductuales que se proponen son la economía de fichas, los contratos de contingencias, la extinción o retirada de atención, el refuerzo positivo, el coste de respuesta y el tiempo fuera o aislamiento. Estas técnicas se consideran las más efectivas, eficaces y eficientes para abordar los problemas de adherencia al tratamiento¹.

Economía de fichas. Los componentes básicos de un programa de economía de fichas incluyen la especificación de los comportamientos que serán reforzados (dieta, medicación, ejercicios, controles médicos, etc.) y de los que serán castigados (olvidos de medicación, protestas, negativas, rechazos), la cantidad de fichas (puntos) que se proporcionarán de modo contingente a la emisión de cada conducta adecuada, la cantidad de fichas que se retirarán de modo contingente a la emisión de cada conducta inadecuada o a la omisión de la conducta adecuada, el intercambio de fichas por premios o privilegios (ir al cine, dormir fuera de casa, compensaciones económicas, regalos). Al principio del tratamiento conviene que las tareas que el paciente deba realizar para obtener las ganancias sean de escasa complejidad (p. ej., que un adolescente con enfermedad renal acepte las sesiones de diálisis aunque proteste). Conforme avanza el programa, la situación se invierte (p. ej., para obtener las recompensas el paciente con fibrosis quística no debe oponer nin-

gún tipo de resistencia a la fisioterapia respiratoria). Cuando las conductas apropiadas comienzan a consolidarse las fichas han de sustituirse progresivamente por reforzadores sociales (atención, gestos de aprobación, sonrisas, comentarios positivos) de modo que al finalizar la terapia las conductas adaptadas se mantengan sólo por este tipo de recompensas naturales.

Contrato de contingencias. Es un escrito que firman los padres y el paciente (si procede también el facultativo responsable) comprometiéndose ambas partes a cumplir lo acordado. Los padres entregarán las recompensas elegidas, evitarán los reproches y reprimendas, y el hijo, por su parte, cumplirá con las conductas adecuadas (p. ej., diariamente respetará la dieta, caminará y se inyectará la insulina para controlar su diabetes). Deben quedar especificadas en la redacción de este acuerdo formal las recompensas y privilegios que se obtendrán por su cumplimiento y las consecuencias negativas que se derivarán de su incumplimiento.

Retirada de atención o extinción. Se trata de ignorar las conductas inadecuadas, es decir, eliminar la atención que provoca esa conducta. En la medida en que la conducta se mantenga por la atención que recibe, el niño dejará progresivamente de emitirla. Conviene evitar el contacto ocular con el niño (volverse de espaldas o salir de la habitación si protesta porque es la hora de realizar los ejercicios prescritos para su enfermedad reumática), no mantener ningún contacto verbal con él (no recordar, explicar, sermonear o reprochar que no sigue las recomendaciones médicas), no mantener ningún contacto físico (no consolar con caricias, abrazos, besos). Es importante comenzar a ignorar al niño tan pronto como la conducta comienza y dejar de hacerlo cuando la conducta inadecuada termine.

Reforzar conductas positivas y contrarias a las no deseadas. Es fundamental, si se quiere modificar la conducta de un niño o adolescente (p. ej., agresividad o tristeza ante la proximidad de un nuevo ciclo de quimioterapia en un paciente oncológico), estar atento y reforzar de manera sistemática todas las conductas positivas contrarias a aquella que se quiere eliminar (serenidad, aceptación, optimismo). Es preciso seleccionar estímulos reforzadores adecuados a la edad y preferencias del paciente (recompensas) y aplicarlos de forma consistente cada vez que aparecen las conductas. Se debe suprimir totalmente el refuerzo de la conducta inadecuada (ignorar sus lloros, gritos, rabietas, amenazas). Es necesario mantener el programa en todos los contextos en los que se produzca la conducta (hospital, casa, colegio, etc.).

Coste de respuesta. Consiste en la retirada de ciertos acontecimientos agradables de forma contingente a la

realización de la conducta inadecuada (p. ej., apagar la televisión en cuanto comience la rebeldía por el control médico que debe realizarse al día siguiente a un enfermo cardíaco). Se debe especificar cuál va a ser la magnitud del coste y debe aplicarse siempre que se produzca la conducta que se desea eliminar y de modo tan inmediato como sea posible. Debe aplicarse siempre en combinación con el refuerzo de la conducta deseable.

Tiempo fuera o aislamiento. Consiste en sacar al niño de las condiciones ambientales en las que se está reforzando el comportamiento inadecuado cuando comienza la conducta disruptiva (p. ej., es la hora de la medicación para prevenir las crisis de asma, el niño se encuentra en casa de los abuelos, comienza una rabieta porque se niega a utilizar el nebulizador y le siguen los comentarios de los abuelos "pobrecito, es pequeño"). El lugar debe ser aislado y aburrido pero no amenazante, el traslado debe hacerse inmediatamente después de que ocurra la conducta inadecuada con calma y firmeza, pero sin gritos ni agresiones, conviene explicar las condiciones del aislamiento y la duración debe ser breve (un minuto por año de vida). Es imprescindible combinar el procedimiento con el refuerzo de la conducta alternativa.

Evidentemente, no siempre es necesario aplicar todas las técnicas conductuales. La elección de las estrategias depende de la edad del paciente y del comportamiento problemático que presente. De cualquier modo, se trata de un protocolo de manejo psicológico para los problemas de cumplimiento del tratamiento que puede aplicarse a un amplio número de pacientes, con independencia del tipo de enfermedad crónica que padezcan. Además, teniendo en cuenta la dificultad que de por sí entraña sobrellevar una enfermedad crónica, se han escogido técnicas elementales de modo que su aprendizaje, utilización y seguimiento no supongan un esfuerzo añadido para la familia. Existen otras estrategias psicológicas más elaboradas que pueden utilizarse en los casos más resistentes como complementarias a las aquí expuestas^{18,19}.

Rappoport⁹ describe un modelo de prevención que puede ser aplicado a los problemas de adherencia a los regímenes médicos en las enfermedades crónicas pediátricas. Parte de los tres niveles de prevención existentes en medicina. La prevención primaria que identifica los factores de riesgo para prevenir enfermedades. La prevención secundaria que detecta precozmente las enfermedades y la prevención terciaria que previene futuros deterioros en pacientes ya afectados por la enfermedad. Este autor establece un paralelismo entre estos tres niveles de prevención y los problemas de cumplimiento del tratamiento. Buscando una equivalencia entre el modelo de Rapoport⁹ y el que aquí se propone, la prevención primaria contempla las estrategias educativas; la secundaria, las estrategias motivacionales, y la prevención terciaria,

las estrategias conductuales. Finalmente, Rapoff²⁰ establece una diferenciación de competencias profesionales para llevar a cabo la prevención en los distintos niveles. Así, considera que la prevención primaria corresponde a médicos y enfermeras, la prevención secundaria implica un trabajo conjunto de médicos, enfermeras y psicólogos y la prevención terciaria la atribuye a los psicólogos²⁰.

En conclusión, cuando se tratan enfermedades crónicas en los niños es necesario algo más que informar a los pacientes y sus familiares. Las estrategias conductuales representan la forma más efectiva, eficaz y eficiente para promover y mantener la adhesión al tratamiento. Estrategias más complejas, en el mismo rango de efectividad y eficacia que las conductuales, son los programas cognitivo-conductuales que incorporan técnicas cognitivas más elaboradas¹.

Son cada vez más frecuentes los trabajos que apoyan la importancia de los enfoques multidisciplinares en las enfermedades crónicas pediátricas²¹. La medicina entra en una nueva era que contempla la atención integral del paciente y la calidad asistencial. Desde estos presupuestos, y con objeto de optimizar los resultados terapéuticos, parece necesario considerar las contribuciones que los psicólogos clínicos pueden realizar en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

- Rapoff MA. Adherence to pediatric medical regimens. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1999.
- Hentinen M, Kyngas H. Diabetic adolescent's compliance with health regimens and associated factors. *Int J Nurs Stud* 1996; 3: 325-337.
- Bearison DJ. Medication compliance in pediatric oncology. En: Bearison DJ, Mulhern RK, eds. *Pediatric Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1994; 84-98.
- Kurtin PS, Landgraf JM, Abetz L. Patient-based health status measurements in pediatric dialysis: Expanding the assessment of outcome. *Am J Kidney Dis* 1994; 24: 376-382.
- Litt IF, Cusker WR, Rosenberg A. Role of self-esteem and autonomy in determining medication compliance among adolescents with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics* 1982; 69: 15-17.
- Hentinen M, Kyngas H. Compliance of young diabetics with health regimens. *J Adv Nurs* 1992; 17: 530-536.
- Blowey DL, Hebert D, Arbus GS, Pool R, Korus M, Koren G. Compliance with cyclosporine in adolescent renal transplant recipients. *Pediatr Nephrol* 1997; 11: 547-551.
- Lau RCW, Matsui D, Greenberg M, Koren G. Electronic measurements of compliance with mercaptopurine in pediatric patients with acute lymphoblastic leukemia. *Med Pediatr Oncol* 1998; 30: 85-90.
- Laemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. *J Pediatr Psychol* 1990; 15 (4): 437-458.
- Ievers CE, Brown RT, Drotar D, Caplan D, Pischevar BS, Lambert RG. Knowledge of physician prescriptions and adherence to treatment among children with cystic fibrosis and their mothers. *J Dev Behav Pediatr* 1999; 20: 335-343.
- Thompson SM, Dahlquist LM, Koenning GM, Bartholomew LK. Brief Report: adherence-facilitating behaviors of a multidisciplinary pediatric rheumatology staff. *J Pediatr Psychol* 1995; 20: 291-297.
- Litt IF, Cusker WR. Compliance with salicylate therapy in adolescents with juvenile rheumatoid arthritis. *Am J Dis Child* 1981; 135: 434-436.
- Sathananthan JD. The adolescent with rheumatic disease. *Arch Dis Child* 1997; 77: 355-358.
- Murphy LM, Thompson RJ, Morris MA. Adherence behavior among adolescents with Type I insulin-dependent diabetes mellitus: The role of cognitive appraisal processes. *J Pediatr Psychol* 1997; 22: 811-825.
- Kroll T, Barlow JH, Shaw K. Treatment adherence in Juvenile Rheumatoid Arthritis. A Review. *Scand J Rheumatol* 1999; 28: 10-18.
- Rapoff MA, Christophersen ER. Compliance of pediatric patients with medical regimens: A review and evaluation. En: Stuart RB, ed. *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine*. Nueva York: Brunner Mazel, 1982.
- Rapoff M. Compliance with treatment regimens for paediatric rheumatic diseases. *Arthritis Care Res* 1989; 3: 40-47.
- Beléndez M, Ros MC, Bermejo RM. *Diabetes Infantil. Guía para padres, educadores y adolescentes*. Madrid: Pirámide, 1999.
- Costa M, López E. *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide, 1996.
- Rapoff M. Facilitating adherence to medical regimens for pediatric rheumatic diseases: primary, secondary, and tertiary prevention. En: Drotar D, ed. *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods, and interventions*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2000: 329-345.
- Kaufman ER, Halvorson M, Carpenter S. Association between diabetes control and visits to a multidisciplinary pediatric diabetes clinic. *Pediatrics* 1999; 103: 948-951.