



CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE Y SEGURIDAD CLÍNICA

JESÚS RODRÍGUEZ-MARÍN

Catedrático de Psicología Social de la Salud. Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina de la Universidad «Miguel Hernández». Campus de Sant Joan. Crtra. Alicante-Valencia s/n. 03550 Sant Joan d'Alacant (Alicante) (España).

Introducción

El cumplimiento o incumplimiento de los regímenes terapéuticos médicos en el marco de servicios sanitarios es uno de los temas más relevantes desde muy variados puntos de vista: el costo sanitario, la eficacia de los tratamientos y, desde luego, desde el punto de vista de la seguridad clínica. Esa relevancia es evidente si tenemos en cuenta que se ha estimado que el porcentaje medio de pacientes que no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos oscila entre un 30% y un 40%, lo que supone 2 de cada 5 pacientes. Sin duda, hay

diferencias según diferentes factores: por ejemplo, en las enfermedades agudas la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las crónicas es casi el doble; y la tasa de incumplimiento es todavía más alta en el caso de regímenes terapéuticos que impliquen cambios en el estilo de vida, o en caso de complejidad en la dosificación de un medicamento¹⁻⁵. Además, en el cálculo de estos porcentajes suele estar infravalorado el incumplimiento porque se lleva a cabo con datos procedentes de estudios con pacientes que desean participar, lo que hace suponer que son pacientes «más motivados» en todos los sentidos, también en lo que respecta al cumplimiento. Por otro lado, si evaluamos, como suele ser frecuente, el cumplimiento ateniéndonos a los autoinformes, podemos sesgar los resultados, ya que el paciente que cumple parcialmente puede percibirse como «cumplidor»⁶.

Es interesante señalar, por otro lado, que cuando se revisa la literatura médica actual sobre el cumplimiento terapéutico desde la perspectiva de la seguridad clínica, se tiene la sensación de que el incumplimiento es considerado como una acción vagamente pe-

Catedrático de Psicología Social de la Salud en el Departamento de Psicología de la Salud de la Facultad de Medicina de la UMH. Enseña Psicología Médica en esa Facultad. Codirige la *Revista de Psicología de la Salud/Journal of Health Psychology*. Es miembro del Consejo Editorial de varias revistas científicas, entre ellas: *Clínica y Salud*, *Psicothema*, *Ansiedad y Estrés*, *Journal of Health Psychology*, y *Psychology in Spain*. Sus líneas de investigación se han centrado en: afrontamiento de la enfermedad, ajuste psicosocial, calidad de vida y crecimiento personal en enfermos físicos crónicos; impacto estresante del hospital; estrés laboral y *burnout* en profesionales sanitarios; calidad de los servicios sanitarios y satisfacción del paciente.



caminosa, como algo «malo» que hace el paciente, como un «error» que éste comete y del que es el primer y, a veces, el único responsable. Este punto de vista debe ser revisado. Por ello, se acepta, en general, como una definición no prejuiciada de cumplimiento terapéutico concebir éste como «la medida en que la conducta de una persona coincide con el consejo médico»⁷. Como la mayoría de las definiciones más actuales que la han sucedido, no muy diferentes, ésta propone un concepto muy amplio de cumplimiento, que incluye procesos específicos, como tomar medicamentos, y otros de carácter más general, como mantener prácticas saludables de estilo de vida. Por el contrario, la conducta de incumplimiento es una conducta de salud compleja que igualmente abarca conductas muy diferentes, como «no tomar la medicación prescrita», «no seguir las recomendaciones médicas», «no participar en los programas de salud recomendados», etc. Esas definiciones intentan evitar la asignación de cualquier tipo de «culpa específica» sobre la disposición y conducta del paciente, la conducta del médico, o las características de la situación.

En general, desde la perspectiva de la seguridad clínica, se ha puesto un énfasis especial (unido a una exigencia ética) en garantizar la eficacia del tratamiento más que en asegurar su correcto cumplimiento. Parece bastante claro que el mal cumplimiento puede dar lugar a efectos adversos o a reacciones adversas. Además, en ocasiones la combinación de regímenes terapéuticos técnica e incluso éticamente cuestionables con

«cumplimiento coaccionado» han creado serios problemas de seguridad clínica.

El incumplimiento o mal cumplimiento hace ineficaz el tratamiento prescrito, al no cumplirse éste adecuadamente, y da lugar a un aumento de la morbilidad, de la mortalidad y de los costos de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, algunos autores han calculado que la inversión en programas de mejora del cumplimiento de tratamientos antihipertensivos produciría una disminución significativa de la discapacidad e, incluso, de la mortalidad, mayor que la que produciría una inversión de la misma magnitud en la detección y tratamiento de casos nuevos⁸. Por otro lado, el incumplimiento proporciona una información de retorno que confunde al médico: puede conducirlo a pensar que un tratamiento es ineficaz, cuando de hecho hubiera sido eficaz si el paciente hubiera seguido correctamente la prescripción.

Factores que determinan el cumplimiento terapéutico

Por todo lo dicho, no es extraño que la cuestión del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas haya sido objeto de constante atención ya desde el siglo XIX, con el uso creciente de las drogas y los fármacos en los tratamientos médicos. De manera creciente, la práctica médica fue incorporando el procedimiento de prescripción por parte del médico, suministro por parte del farmacéutico y consumo por parte del paciente⁹. En los años setenta del siglo XX se publicaron revi-



siones generales de los trabajos sobre cumplimiento aparecidos durante los años anteriores¹⁰⁻¹⁶, que han venido publicándose desde entonces con regularidad^{5, 17}.

Esta literatura sobre el cumplimiento ha identificado un conjunto de factores que determinan la conducta de cumplimiento de los tratamientos médicos, que pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: tipo de enfermedad y sus características, régimen terapéutico, perfil psicosocial del paciente e interacción médico-paciente^{6, 13, 16, 18}.

El tipo de enfermedad y sus características

El tipo de enfermedad y sus características constituyen el primer grupo de factores determinantes de la conducta de cumplimiento, e incluyen los síntomas de la enfermedad, la gravedad (sobre todo la «percibida») de la enfermedad y su duración. Las enfermedades agudas que cursan con síntomas de dolor o incomodidad generan tasas mayores de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas se registran menores tasas de cumplimiento. Las conductas de incumplimiento o mal cumplimiento son mucho más frecuentes cuando el tratamiento se refiere a problemas de salud «asintomáticos» (por ejemplo, hipertensión esencial o arteriosclerosis), mientras que las enfermedades que cursan con síntomas dolorosos o seriamente incómodos se asocian con mayores tasas de cumplimiento¹⁴. La experiencia de los síntomas dolorosos o incómodos constituye un estímulo aversivo del que la persona intenta escapar, por lo que, en

esos casos, los tratamientos suelen ser más eficaces. Además, los síntomas dolorosos o particularmente incómodos constituyen la base de la percepción de la posible enfermedad y de su posible gravedad y la tasa de cumplimiento es función de la gravedad de la enfermedad percibida por el propio paciente. Los pacientes que perciben que su enfermedad es más grave cumplen más que los pacientes que la perciben como menos grave^{13, 19, 20}.

Régimen terapéutico

El segundo grupo de factores determinantes del cumplimiento está constituido por variables que corresponden al régimen terapéutico: su tipo (complejidad y duración), el balance coste-beneficio, su eficacia, sus efectos secundarios, y su contexto social. En cuanto al tipo de régimen terapéutico o de tratamiento, hay que distinguir la complejidad del tratamiento y su duración. La complejidad del régimen terapéutico está íntimamente relacionada con el grado de cambio comportamental que requiere^{19, 21, 22}. Los regímenes terapéuticos que implican cambios importantes en el estilo de vida del paciente (comenzar a hacer regularmente ejercicio, reducir la ingesta de calorías, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, etc.) exigen la incorporación de pautas de comportamiento nuevas o de cambios importantes respecto a las antiguas y, en consecuencia, generan un grado bajo de cumplimiento. En segundo lugar, la complejidad puede referirse también a la dosificación. Hay una relación entre el número y variedad



de las dosis y el grado de incumplimiento. De acuerdo con los estudios que hemos revisado, el número de dosis prescrito por día está inversamente relacionado con el cumplimiento. Éste mejora radicalmente cuando se reduce la frecuencia de las dosis prescritas. Por ello, probablemente una de las acciones más importantes a llevar a cabo para mejorar el cumplimiento es seleccionar medicamentos que permitan la frecuencia más baja posible diaria de dosis prescritas. La complejidad de la dosificación puede venir dada también por el número de fármacos a utilizar y su combinación. A mayor «número» y mayor complicación en su combinación, menor grado de cumplimiento^{3, 5, 18, 23}.

Los estudios sobre la duración del tratamiento han puesto de manifiesto que a mayor duración del tratamiento se da una mayor tasa de incumplimiento; por ejemplo, en programas de rehabilitación para pacientes cardíacos^{19, 24}.

Al considerar el tipo de tratamiento también podemos distinguir entre tratamientos curativos, tratamientos preventivos, o tratamientos rehabilitadores. Los tratamientos curativos y rehabilitadores producen tasas más elevadas de cumplimiento, mientras que, por las mismas razones, los regímenes preventivos generan mayores tasas de incumplimiento.

Relacionado con el tipo de tratamiento está igualmente el balance de costos y beneficios de la conducta de cumplimiento de un tratamiento. Los costos pueden ser muy diversos –económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales, etc.–, mientras que los

beneficios suelen abarcar una gama más restringida, sobre todo los asociados a la desaparición de los síntomas dolorosos o incómodos, y también a la convicción de que la enfermedad se ha curado. En el caso de las conductas preventivas, los beneficios suponen la recompensa de la evitación de la enfermedad y sus síntomas y de los problemas asociados. Su función es más compleja, ya que la presencia del «estímulo aversivo» (la enfermedad que se quiere prevenir) no es contingente a la conducta de incumplimiento.

En el caso de la eficacia (percibida) del tratamiento, el principio de la extinción funciona claramente: la conducta de cumplimiento que se percibe como eficaz (el paciente percibe que resuelve su problema) se produce y se mantiene con más frecuencia, mientras que la conducta de cumplimiento que no se percibe como eficaz (aunque pueda serlo objetivamente) no se produce o se extingue. La experiencia con los fármacos «placebo» enseña que una conducta de cumplimiento puede exagerarse, e incluso tornarse «fetichista», cuando «resuelve» un problema de salud, aunque no haya una eficacia objetiva.

En esta misma línea, los posibles efectos secundarios negativos suponen uno de los problemas más importantes en la conducta de cumplimiento, no sólo en el tratamiento de enfermedades en las que dicho tratamiento no tiene una eficacia percibida (no genera, por tanto, recompensas) pero tiene efectos secundarios negativos, sino también en enfermedades graves en las que los efectos negativos del tratamiento pueden llegar a vulnerar la calidad de vida del paciente mucho



más (al menos en fases más o menos iniciales) que los síntomas de la propia enfermedad; por ejemplo, la quimioterapia en el cáncer. La interferencia con el cumplimiento es, en estos casos, muy relevante.

Por último, en el grupo de variables que tiene que ver con el tratamiento, debemos considerar el contexto social del cumplimiento. La conducta de cumplimiento depende en gran parte del contexto social tanto para su instauración como para su mantenimiento. Un concepto clave en este caso es el del «apoyo social». Es más probable que los pacientes que cuentan con apoyo por parte de su familia, de otras personas o de grupos cumplan mejor las prescripciones (Stanton, 1987). En la medida en que se trata no ya de apoyo social objetivo sino de apoyo social percibido, este factor se puede considerar también como una de las determinantes psicosociales de la conducta de cumplimiento. Naturalmente, el contexto social también puede obstaculizar el cumplimiento. Un ejemplo es el caso de los pacientes que tienen que seguir una determinada pauta de alimentación y que no son apoyados por la familia, cuyos miembros ponen a su vista todos los estímulos alimentarios que deben evitar, o que no consideran relevante el cambio de dieta.

Variables psicosociales del paciente

El tercer grupo de variables que, según se ha estudiado, influyen en la conducta de cumplimiento de regímenes terapéuticos está

constituido por las variables psicosociales del paciente^{13, 25}.

Dentro de este grupo, para la conducta de cumplimiento son sin duda relevantes, en primer lugar, los factores cognitivos y emocionales del paciente y operan sobre todo en el momento de recibir las recomendaciones terapéuticas. Entre los factores cognitivos son importantes los referidos a la información y a su recuerdo. Aunque parece claro que los pacientes deben conocer qué recomendaciones se les hacen antes de comenzar a seguir apropiadamente las instrucciones de su médico, no se ha establecido de forma concluyente que los conocimientos del paciente acerca de su enfermedad o su comprensión de los fundamentos racionales del tratamiento incrementen el cumplimiento. Los estudios que han explorado la relación entre información y cumplimiento han llegado a resultados contradictorios^{19, 26}. Por supuesto, estas afirmaciones deben tomarse con precaución, porque de la percepción que el paciente tiene de su enfermedad se derivan importantes implicaciones para el cumplimiento. Además, el conocimiento de la enfermedad no es unitario: se puede tener información sobre sus causas y no sobre su curso y síntomas, o a la inversa. Es necesaria, pues, mucha más investigación sobre la relación entre información y cumplimiento. Por otro lado, están los factores que tienen que ver con el recuerdo de las instrucciones y consejos. Sabemos que el paciente olvida mucho de lo que el médico le dice; los consejos e instrucciones se olvidan con mayor probabilidad que otra información. Cuanto



más se le dice al paciente, mayor es la proporción de lo que olvida. Los pacientes recordarán: a) lo que se les ha dicho en primer lugar y b) lo que consideran más importante; los pacientes más viejos recuerdan tanto como los más jóvenes; cuantos más conocimientos médicos tiene el paciente tanto más recordará^{6, 27}.

Las variables cognitivas han sido consideradas por el Modelo de Creencias acerca de la Salud en su pretensión de explicar las conductas de salud y de enfermedad²⁸. Según ese modelo, es más probable que el paciente cumpla prescripciones médicas fundamentalmente si cree que es «susceptible» de padecer los problemas derivados de la enfermedad que padece; si piensa que el incumplimiento puede conducirle a complicaciones de salud derivadas de padecer la enfermedad; si cree que el tratamiento va a ser eficaz; y si cree que los beneficios de cumplirlo van a ser mayores que los costos. El modelo también considera el papel de las «claves para la acción», que pueden poner en marcha la conducta de cumplimiento (percepciones del estado corporal, estados de enfermedad en personas próximas vinculadas con el propio paciente, campañas de educación sanitaria, etc.) Diversos estudios habían establecido, efectivamente, una relación entre la susceptibilidad percibida y el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas^{29, 30}, o entre la gravedad percibida por el paciente y su conducta de cumplimiento^{13, 31, 32}. El Modelo de Creencias sobre la Salud, construido inicialmente desde la Psicología social para explicar conductas de salud preventivas ha de-

mostrado también su utilidad para describir y explicar la conducta de cumplimiento. Como se ha visto, pone su énfasis en los factores cognitivos (las creencias), y deja sin considerar las consecuencias inmediatas y remotas que pueden ser el resultado de la conducta en cuestión. Las consecuencias reforzantes pueden ser internas (por ejemplo, cesar el dolor) o externas (manifestación de apoyo social); inmediatas (satisfacción implícita) o remotas (disminución de costos sanitarios). Estas consecuencias reforzantes incrementan la probabilidad futura de una conducta de cumplimiento.

Las variables emocionales también pueden influir de una manera relevante. Por ejemplo, los pacientes moderadamente ansiosos recuerdan más que los que están muy ansiosos o que los que están muy poco ansiosos.

Interacción médico-paciente

Por último, las variables que tienen que ver con la interacción médico-paciente forman el cuarto grupo de determinantes del cumplimiento terapéutico y se cuentan entre las más relevantes en la explicación de esa conducta²⁶. La explicación del cumplimiento, en este caso, asume que debemos entenderlo sobre la base de la teoría del rol, es decir, del papel social de ambos actores, y de la forma de interpretación que elijan. Sobre esa base podemos establecer diversos componentes para considerar los grados de cumplimiento o de incumplimiento: las conductas de repre-



sentación de los papeles sociales de paciente y de médico, las de representación del rol de paciente cumplidor o no cumplidor, las expectativas comportamentales adscritas a cada uno de los papeles complementarios o del resto del microsistema social (esposo/a, familiares, etc.), y las evaluaciones periódicas que los actores hacen de su representación en la interacción. Así, el grado de cumplimiento es mayor cuando la persona ha incorporado a su autoconcepto el papel de enfermo y el de paciente (que no siempre coinciden). En segundo lugar, un paciente cumplirá más y mejor en la medida en que demuestra conocimiento y competencia en la representación de su papel social. En tercer lugar, la conducta de cumplimiento aumenta cuando la representación de los papeles sociales complementarios, y del resto del microsistema social, son congruentes con la representación del paciente. En cuarto lugar, la conducta de cumplimiento depende del grado en que es evaluada como válida por el paciente y por los otros actores que interactúan con él, sobre todo por el propio médico³³. En quinto lugar, hay dos aspectos de la interacción que guardan relación con el cumplimiento: la efectividad de la comunicación y el tono afectivo de la interacción (positivo en los casos en que se nota en el médico un interés y preocupación por conocer las expectativas del paciente, y negativo en los casos contrarios)³⁴. La «buena comunicación», en sus funciones informativa y persuasiva, aparece como una variable relevante en la determinación del cumplimiento terapéutico. Es bastante claro que un requisito necesario

(aunque no suficiente) del cumplimiento terapéutico es que la información e instrucciones del médico se recuerden y se comprendan de la forma lo más clara y precisa posible^{2, 13, 35, 36}.

Dentro de este mismo grupo, el «tono emocional» del encuentro clínico puede influir mucho en el cumplimiento del paciente. Cuanto más negativo sea el tono emocional de la interacción, menor será el cumplimiento; cuanto más positivo sea el tono emocional, mayor será la tasa de satisfacción del paciente y mayor será su grado de cumplimiento^{2, 13, 22, 37, 38, 39}.

Así pues, y eso es relevante para la seguridad clínica, la relación médico-paciente determina la satisfacción del paciente, y ésta se constituye en una de las variables más determinantes de la conducta de cumplimiento. Hay una fuerte correlación entre la satisfacción del paciente y la interacción con el médico y su cumplimiento^{22, 40-43}.

Cumplimiento terapéutico y seguridad clínica

Como vemos, la revisión de la literatura sobre conducta de cumplimiento terapéutico pone de manifiesto que creencias de salud (especialmente la percepción personal de vulnerabilidad, de la gravedad de la enfermedad y la creencia en la eficacia del tratamiento), motivaciones relativas a la salud, percepción de los costos psicológicos y de otro tipo de las acciones prescritas, varios aspectos de la interacción médico-paciente y



la influencia social son las variables más relevantes en el intento de explicar la conducta de cumplimiento.

El incumplimiento terapéutico no es, pues, un comportamiento irracional, de manera que un adecuado manejo de los factores que lo determinan lo mejorarán; es evidente asimismo que la mejora del cumplimiento terapéutico por parte del paciente mejorará la seguridad clínica en la asistencia sanitaria. Esa mejora incluye atender tanto a aspectos técnicos como a otros de carácter funcional, psicosocial y corporativo. Además, hay que tener en cuenta que una de las variables más importantes en el cumplimiento es la percepción del cliente. Por ello, recientemente se ha empezado a considerar al paciente como una fuente importante de información para rediseñar los procesos asistenciales y para modificar su propia conducta de salud con el fin de transformarla en «conducta experta». El cumplimiento terapéutico adecuado es una clase de práctica segura que podrá disminuir, sin duda, la posibilidad de incidencia de sucesos adversos.

La seguridad clínica ha sido considerada desde el inicio de los estudios sobre evaluación de los sistemas sanitarios y de la calidad como una de las dimensiones de la atención junto a la eficacia y la efectividad de los tratamientos y servicios, su accesibilidad, la oportunidad de la prestación de servicios (temporal y de contenido), la satisfacción y el respeto a los pacientes, la adecuación, la eficiencia, y la equidad⁴⁴. A esas dimensiones hay que añadir, ciertamente, la del cumplimiento terapéutico que, además, está con-

ceptual y empíricamente relacionada con todas ellas. Si debemos encontrar un «sistema de defensa» ante los errores, que los acepte como una posibilidad del proceso clínico (evitable), deberemos considerar también que el incumplimiento o el mal cumplimiento terapéuticos forman parte de esos errores o son consecuencias de ellos. La mejora de las tasas de cumplimiento pasa, probablemente y entre otras cosas, por la mejora de la pericia en la interacción médico-paciente de ambos actores, que integra la consideración del resto de los factores determinantes del cumplimiento y la del concepto de «paciente experto». Su estudio contribuirá a la mejora de la calidad asistencial y a la seguridad clínica.

Referencias bibliográficas

1. Cluss PA, Epstein LH. The measurement of medical compliance in the treatment of disease. En: Karoly P (ed). *Measurement strategies in health psychology*. New York: Wiley, 1985.
2. DiMatteo MR. Physician-patient communication. Promoting a positive health care setting. En: Rosen JC, Solomon LJ (eds). *Prevention in health psychology*. Hannover, NH: University Press of New England, 1985.
3. Eisen SA, Miller DK, Woodward RS, Spitznagel E, Przybeck TR. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. *Arch Intern Med* 1990;150:1881-4.
4. Rodríguez Ortega G. *Improving Adherence Behaviour with Treatment Regimens*. Geneva: World Health Organization, 1993.
5. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001;23: 1296-310.
6. Rodríguez-Marín J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis, 1995.



7. Haynes RB. Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL (eds). *Compliance with health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
8. Weinstein MC, Stason WB. *Hypertension: A policy perspective*. Cambridge: Harvard University Press, 1976.
9. Davidson OP. Issues in patient compliance. En: Millon Th, Green C, Meagher R (eds). *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press, 1982; 417-434.
10. Marston MV. Compliance with medical regimens: A review of the literature. *Nursing Res* 1970;19: 312-23.
11. Blackwell B. Patient compliance. *N Engl J Med* 1973;289:249-53.
12. Mitchell JH. Compliance with medical regimens: An annotated bibliography. *Health Education Monographs* 1974;2:75-87.
13. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care* 1975; 13:10-24.
14. Sackett DL, Haynes RB. *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976.
15. Matthews D, Hingson R. Improving patient compliance: A guide for physicians. *Med Clin North Am* 1977;16:879-89.
16. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
17. Grenberg RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clin Ther* 1984;6:592-9.
18. Kirscht JP, Rosenstock IM. Patients' problems in following recommendations of health experts. En: Stone GC, Adler NE (eds). *Health Psychology: A handbook*. San Francisco: Jossey Bass, 1979.
19. Haynes RB. A critical review of the «determinants» of patient compliance with therapeutic regimens. En: Sackett DL, Haynes RB (eds). *Compliance with health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976.
20. Becker MH, Rosenstock IM. Compliance with medical advice. En: Steptoe S, Matthews A (eds). *Health care and human behavior*. London: Academic Press, 1984.
21. Donabedian A, Rosenfeld L. Follow-up study of chronically ill patients discharged from hospitals. *J Chron Dis* 1964;17:847-62.
22. Francis V, Korsch B, Morris M. Gaps in doctor-patient communication: patients response to medical advice. *N Engl J Med* 1969;280:535-40.
23. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Robert RS, Johnson AL. Manipulation of the therapeutic regimen to improve compliance: Conceptions and misconceptions. *Clin Pharmacol Ther* 1977;22: 125-30.
24. Carmody T, Senner J, Malinow M, Matarazzo J. Physical exercise rehabilitation: long-term dropout rate in cardiac patients. *J Behav Med* 1980;3:163-8.
25. Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH. Understanding and improving patient compliance. *Ann Intern Med* 1984;100:258-68.
26. Stone G. Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues* 1979;35:34-59.
27. DiMatteo MR, DiNicola DD. *Achieving patient compliance: The psychology of medical practitioner's role*. New York: Pergamon Press, 1982.
28. Becker MH. (1974). *The Health Belief Model and personal health behavior*. Thorofare, N.J.: CH.B. Slack, 1974.
29. Haefner D, Kirscht JP. Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs. *Public Health Rep* 1970;85:478-84.
30. Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman RH. The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *J Health Soc Behav* 1977;18:348-66.
31. Heinzelmann F. Determinants of profilaxis behavior with respect to rheumatic fever. *J Health Hum Behav* 1962;3:73-81.
32. Charney E, Bynum R, Eldredge D, Frank D, MacWhinney JB, McNabb N, et al. How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. *Pediatrics* 1967;40:188-95.
33. Dracup KA, Meleis AI. Compliance: an interactionist approach. *Nursing Res* 1982;31(1):31-6.
34. Morales JF. La relación profesional de la salud-enfermo. En: Morales JF, Blanco A, Huici C., Fernández JM (comps). *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1985.



SEGURIDAD CLÍNICA

35. Ley P. *Communicating with patients*. London: Chapman and Hall, 1988.
36. Svarstad B. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. En: Mechanic D (ed). *The growth of bureaucratic medicine*. New York: Wiley, 1976.
37. Davis MS. Physiologic, psychological, and demographic factors in patient compliance with doctors' orders. *Med Care* 1968;6:115-122.
38. Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *Br J Clin Psychol* 1982;41:483-98.
39. Palazón I, Mira J, Aranaz J, Benavides F. La satisfacción de los usuarios y el control de calidad. En: Rodríguez-Marín J (comp). *Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad*. Barcelona: PPU, 1990; 47-52.
40. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics* 1968;42:855-71.
41. Ley P. Psychological studies of doctor-patient communications. En: Rachman S (ed). *Contributions to Medical Psychology*. Oxford: Pergamon Press, 1977.
42. Alonso-Morillejo E, Pozo E, Reboloso E, Cantón P. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: variables determinantes de la satisfacción del paciente y del grado de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. *Revista de Psicología de la Salud* 2003;15: 23-46.
43. De Boer C, Boersma SN. Patient satisfaction, both a dependent variable and a predictor. Paper presented at 18th Annual Conference of the EHPS, Helsinki, June 21-24, 2004.
44. Suñol R, Bañeres J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina* 2003;14:265-69.