



# Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010  
ISSN: 2013-9063

Universitat  
de Girona

**Lucena, V. (2021)**  
**"Influencia de la adherencia terapéutica en la finalización del tratamiento en personas adictas"**

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades  
Vol. 10. Núm. 2: 35- 51

## Influencia de la adherencia terapéutica en la finalización del tratamiento en personas adictas

Valentina Lucena  
Jurado<sup>1</sup>

---

### Resumen

Uno de los principales problemas que se encuentran los profesionales dedicados al tratamiento de las adicciones es el insuficiente o inadecuado cumplimiento por parte de los usuarios de las prescripciones dadas durante el proceso terapéutico. El objetivo del estudio es conocer como influye la adherencia terapéutica en el tratamiento de la adicción al alcohol y como se relacionan los aspectos del proceso terapéutico para contribuir al éxito del proceso. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con 108 participantes de un Centro de Tratamiento de Adicciones. Los resultados revelan que un alto número de usuarios finaliza el tratamiento (26.9%) y que tienen más probabilidad de finalizar el tratamiento aquellas personas que presentan consumo de alcohol, que acuden a todas las revisiones durante los tres primeros meses y no presentan ninguna recaída durante el mismo.

**Palabras clave:** adherencia terapéutica, cumplimiento, adicción, autorregulación.

---

1. valentina.lucena@udg.edu. Departamento de Psicología, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona.

## Resum

Un dels principals problemes que es troben els professionals dedicats al tractament de les addiccions és el compliment insuficient o inadequat per part dels usuaris de les prescripcions donades durant el procés terapèutic. L'objectiu de l'estudi és conèixer com l'adherència terapèutica influeix en el tractament de l'addicció al alcohol i com es relacionen els aspectes del procés terapèutic per contribuir a l'èxit del procés. Per fer-ho, es va dur a terme un estudi descriptiu transversal amb 108 participants d'un Centre de Tractament d'Addiccions. Els resultats revelen que un alt nombre d'usuaris finalitza el tractament (26.9%) i que tenen més probabilitat de finalitzar el tractament les persones que presenten consum d'alcohol, que acudeixen a totes les revisions durant els tres primers mesos i no presenten cap recaiguda durant el mateix.

**Paraules clau:** adherència terapèutica, compliment, addicció, autoregulació.

---

## Abstract

One of the main problems encountered by professionals dedicated to addiction treatment is insufficient or inadequate compliance by users with the prescriptions given during the therapeutic process. The objective of the study is to know how therapeutic adherence influences addiction treatment alcohol and how aspects of the therapeutic process are related to contribute to the success of the process. For this, a cross-sectional descriptive study was carried out with 108 participants from an Addiction Treatment Center. The results reveal that a high number of users finish the treatment (26.9%) and that those people who present alcohol consumption, who attend all the check-ups during the first three months and do not present any relapse during the treatment, are more likely to finish the treatment. the same.



## 1. Introducción

La adherencia terapéutica es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos (Barroso, Mora y Sierra, 2021). El incumplimiento del tratamiento explica las diferencias que se observan entre la eficacia y efectividad de las medidas terapéuticas que los usuarios deben adoptar (OMS, 2004).

Una de las primeras definiciones del término fue formulada por Sackett y Haynes, (1976) en la que hicieron una correspondencia entre el comportamiento del enfermo y las instrucciones clínicas recibidas (García, García del Castillo-López y López-Sánchez, 2014). Posteriormente, Di Mateo y Di Nicola, (1985) la definieron como *“una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”* (cit. Martín, 2014, p.227-228) convirtiéndose en la definición más admitida en la literatura científica, ya que en ella aparecen los términos de aceptación voluntaria y activa por parte de la persona para conseguir el resultado terapéutico deseado. Según esta definición, el modo de comportarse y las distintas formas de afrontamiento que tienen las personas ante las enfermedades crónicas desempeña un papel importante en el curso de la misma, y en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con los consejos médicos juega un papel primordial (Martín y Grau Abalo, 2004).

Por lo que el término adherencia terapéutica se puede describir como el contexto en el que el comportamiento de la persona debe de coincidir con las recomendaciones dadas por el profesional relacionadas con la salud; incluyendo la capacidad de la persona para asistir a las consultas programadas; tomar los medicamentos como se prescribieron; realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas (Silva, Galeano y Correa, 2005).

Esta visión de la adherencia terapéutica implica y reconoce el consentimiento del usuario con las recomendaciones recibidas, expresa la necesidad de una colaboración activa entre el profesional y el paciente en la toma de decisiones que afecten a su propia salud en contraposición con la falta de participación de la persona en términos de cumplimiento que implicaría una conducta de sumisión y obediencia a una orden (Barroso et al., 2021).

Pero la causa más probable de incumplimiento se atribuye al comportamiento de los sujetos y no al tratamiento en sí mismo. Una misma persona puede tomar una medicación y no otra o puede variar el cumplimiento a lo largo del tiempo en función de cómo percibe que funciona (García del Castillo, López-Sánchez, García del Castillo-López y Dias, 2014). Se podría decir que la no adherencia se puede generar a partir de una serie de factores (Ortiz y Ortiz, 2007):

- Personales: baja motivación, ignorancia del problema, baja autoeficacia, síntomas depresivos entre otros.
- Asistenciales: satisfacción con el servicio prestado.
- Terapéuticos: diferencias entre tratamientos agudos y crónicos.

Según la OMS se establecen cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica (Ortega, Sánchez, Rodríguez y Ortega, 2018):

- a) Factores socioeconómicos. El estado socioeconómico deficiente pone a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia (vivienda, alimentación...).
- b) Factores relacionados con el equipo. Una buena relación entre el equipo terapéutico y el usuario puede mejorar la adherencia terapéutica,
- c) Factores relacionados con la enfermedad. Determinantes relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción de riesgo de las personas y la importancia de seguimiento del tratamiento.
- d) Factores relacionados con el tratamiento. La complejidad del régimen técnico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes de tratamiento, el apremio por los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo para tratarlos.

- e) Factores relacionados con el paciente. Representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del usuario. El olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuada para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento.

Uno de los principales problemas que se encuentran los profesionales dedicados al tratamiento de las adicciones es el insuficiente o inadecuado cumplimiento por parte de los usuarios de las prescripciones dadas, debido a que este tipo de pacientes se enfrentan a una serie de dificultades, como, por ejemplo, la modificación de hábitos de alto riesgo, la toma inadecuada de la medicación, el incumplimiento de las revisiones médicas y psicológicas o el abandono del tratamiento. Por lo que el cumplimiento, va a venir dado por las conductas de cambio que la persona está dispuesta a llevar a cabo para su bienestar. Este proceso se denomina de autorregulación emocional cuyo objetivo es la incorporación de un nuevo estilo de vida más saludable, a favor de un mejor funcionamiento (Cava, Murgui y Musitu, 2008).

Una de las variables más utilizadas para explicar la efectividad de los programas de salud es la satisfacción vital que las personas presentan (Diener y Diener, 1995) en contraposición con la indefensión aprendida con la que algunas personas consideran que no pueden hacer nada ante las situaciones adversas y no deseadas (Tayfur, 2012).

Y este proceso va a estar regulado por la percepción que tenga la persona de su problemática y de las atribuciones que tenga de sí mismo; siendo la recaída uno de los principales obstáculos para la consolidación de los logros terapéuticos.

Así, el objetivo principal del estudio es conocer el grado de adherencia terapéutica de un grupo de usuarios de un centro de tratamiento y como objetivos secundarios relacionar que variables del proceso terapéutico constituyen los factores que contribuyen al éxito del mismo.

## 2. Metodología

### 2.1. Participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se identifica la frecuencia de pacientes que finalizan con éxito el tratamiento en un centro de deshabituación de tipo ambulatorio, es decir permanecen un mínimo de dos años en abstinencia y acudiendo a todas las revisiones propuestas por el programa terapéutico. La muestra estuvo compuesta por 108 participantes diagnosticados con Trastorno por Uso de Alcohol (DSM-V, 2013), de los cuales 19 (33%) eran mujeres y 89 (77%) eran hombres. La edad de los participantes estaba entre 20 y 60 años (38 + 15 años).

### 2.2. Procedimiento

La información se recopiló de las historias clínicas de usuarios que se encontraban en tratamiento en fase de deshabituación, los cuales habían sido desintoxicados previamente en internamiento o de forma ambulatoria.

Las historias clínicas se encontraban en un archivo cerrado, estaban enumeradas y se fueron recogiendo al azar. La anamnesis-expediente recogió datos socio-demográficos y datos relacionados con el tratamiento-proceso terapéutico (número de drogas, existencia de recaídas, número de revisiones realizadas y apoyo recibido por el paciente).

### 2.3. Análisis estadístico.

Primero, se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas: *variables socio-demográficas* (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación laboral y antecedentes familiares); *variables relacionadas con las drogas*: tipo de droga consumida (alcohol; alcohol+cocaína; alcohol+ benzodiacepinas); apoyo social, apoyo familiar, existencia de recaída y mes en que se producía la recaída (primer mes, entre el primer y tercer mes, entre el tercero y sexto mes, entre el sexto mes y el año, entre el primer y segundo año).

Para analizar la variable *adherencia terapéutica* se realizó una regresión logística, como modelo explicativo donde la variable se expresó como el grado de cumplimiento de los pacientes durante el proceso terapéutico, es decir, revisiones realizadas: inicio, 15 días, 1 mes, 3 meses, 6 meses, un año y a los dos años.

### 3. Resultados

Las características de la muestra eran que la mayor parte de la población son hombres: casados (40%) o solteros (36.1%), con estudios básicos (70%) y en activo laboralmente (50%). Presentaban dependencia de alcohol un 81.5%, siendo un 15.7% los pacientes que presentan dependencia alcohol + cocaína intranasal y solamente un 2.8% dependencia de alcohol + benzodiacepinas.

Del total de pacientes que inician el tratamiento, al mes siguen acudiendo el 77.8%; a los 3 meses el 61.1%; a los 6 meses el 50.9%; al año el 36.1%. Siendo un 26.9% del total los pacientes que finalizan el tratamiento. De los cuales el 19.4 % tienen alguna recaída durante el transcurso del programa terapéutico (Tabla 1).

**Tabla 1.**

#### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

		Resultados
Edad	<26	12(11,1)
	26-35	26(24,1)
	36-45	40(37)
	>45	30(27,8)
	Sexo	
	Hombre	89(82,4)
	Mujer	19(17,6)
Estado Civil	Soltero	39(36,1)
	Casado	44(40,7)
	Viudo	3(2,8)
	Divorciado	6(5,6)
	Separado	12(11,1)
	Pareja de hecho	4(3,7)
Estudios	Sin Estudios	12(11,1)
	Básicos	70(64,8)
	Medios	17(15,7)
	Superiores	9(8,3)
Ocupación	En Paro	35(32,4)
	Activo	55(50,9)
	Sus Labores	7(6,5)
	Jubilado	11(10,2)



<b>Antecedentes familiares</b>	Existencia de antecedentes familiares	53(49,1)
	No existencia de antecedentes familiares	55(50,9)
<b>Adherencia terapéutica</b>	Apoyo familiar	
	Acude sólo	52(48,1)
	Acude con la familia	56(51,9)
	Acude a asociación	7(6,5)
	No acude a asociación	101(93,5)
<b>Revisiones</b>	Inicio tratamiento	108(100)
	Revisión 15 días	
	Acude cita	97(89,8)
	No acude cita	11(10,2)
	Revisión 1 mes	
	Acude cita	84(77,8)
	No acude cita	24(22,2)
	Revisión 3 meses	
	Acude cita	66(61,1)
	No acude cita	42(38,9)
	Revisión 6 meses	
	Acude cita	55(50,9)
	No acude cita	53(49,1)
	Revisión 1 año	
	Acude cita	39(36,1)
	No acude cita	69(63,9)
	Revisión 2 años	
	Acude cita	29(26,9)
	No acude cita	79(73,1)
	<b>Recaída</b>	Recaída
No recaída		87(80,6)
<b>Mes en el que ocurre la recaída</b>		
En los primeros tres meses		7(6,5)
Entre los 3 y los 6 meses		7(6,5)
Entre los 6 meses y el 1º año		6(5,6)
Entre el 1º y 2º año		1(0,9)
<b>Tipo de droga</b>	Alcohol	88(81,5)
	Alcohol y cocaína	17(15,7)
	Alcohol y BZD	3(2,8)

Por lo que se analizan las posibles asociaciones entre la finalización del tratamiento y algunas variables asociadas al mismo, considerando predictores tanto características in-

dividuales de la persona, como de la enfermedad del paciente y del contexto en el que se desarrolla.

Para ello, realizamos un análisis de regresión, siguiendo el método Stepwise (LR), introduciendo secuencialmente las variables (sexo, estudios, estado civil, ocupación laboral, tipo de droga consumida, número de drogas consumidas, si acude o no con familia a las revisiones, apoyo social, visita 2 (a los 15 días), visita 3 (al mes), visita 4 (a los 3 meses), visita 5 (a los 6 meses), visita 6 (al año), visita 7 (a los 2 años), existencia de recaída y antecedentes familiares) siguiendo el método siguiendo el método Forward Stepwise (LR), donde la primera variable que se introduce es << revisiones realizadas>> al considerarla como la variable que presenta mayor coeficiente de correlación con la variable dependiente <<adherencia terapéutica>> y a continuación se introducen el resto de variables en orden hasta que ya no quedan más variables que cumplan el criterio de correlación parcial.

El análisis de las revisiones realizadas revela que el 26.9% de los pacientes finalizan el tratamiento, variable visita 7 ( $r= 0.903$ ;  $p= 0.000$ ; coeficiente= 102.972) frente al 74.1% que deja de acudir a las revisiones antes de que finalice el proceso (visita 7).

Además de que indica que los pacientes que acuden los tres primeros meses al mismo son los que mayor probabilidad de éxito tienen ( $r= 0.713$ ;  $p= 0.000$ ; coeficiente= 68.326). Y que a mayor número de revisiones realizadas mayor probabilidad de finalizar el tratamiento existe. La relación va a ser proporcional al número de visitas y desciende significativamente cuando las visitas son posteriores. Así la variable visita 6 ( $r= 0.7245$ ;  $p= 0.000$ ; coeficiente= 66.877) es más alta que el resto, siendo más baja la relación en la visita 5 ( $r= 0.5277$ ;  $p= 0.000$ ; coeficiente= 36.425), visita 4 ( $r=0.4224$ ;  $p=0.000$ ; coeficiente= 24.0546), visita 3 ( $r= 0.2668$ ;  $p=0.010$ ; coeficiente= 10.8001) y visita 2 que es la que tiene la relación más baja ( $r= 0.136$ ;  $p= 0.384$ ; coeficiente= 4.286).

Además, se observa que el número de drogas consumidas es otra variable predictora del éxito del tratamiento, es decir, a mayor número de sustancias consumidas por el paciente al inicio del tratamiento, menor probabilidad de finalizarlo tiene.

El resto de las variables son excluidas del modelo, lo que nos indica que no presentan ninguna relación con la variable <<finalización del tratamiento>>. Es decir, las variables

sociodemográficas (edad, sexo, ocupación laboral y estudios realizados) no son significativas para la finalización del programa. Al igual que ocurre con el apoyo social y familiar y con antecedentes de problemas de consumo de alcohol.

A continuación, se realiza un análisis de regresión múltiple utilizando como variable dependiente la finalización del tratamiento de deshabituación en régimen ambulatorio y como variables independientes la revisión a los 2 años, las revisiones a los 2 años y hasta el año y las revisiones a los 2 años, al año y acude el paciente a revisiones hasta el año. Utilizando el método Stepwise para la eliminación de variables y ajuste del modelo.

**Tabla 2. Regresión Múltiple. Finalización del tratamiento**

Modelo	Variables	R	R	p
I	2 años	0,966	0,76	0,00
	Resumen Modelo	0,976	0,953	0,00
II	2 años	0,863	0,873	0,00
	Hasta 1 año	0,118	0,127	0,00
	Resumen Modelo	0,979	0,959	0,00
III	2 años	0,903	0,913	0,00
	Hasta 1 año	0,376	0,405	0,00
	1 año	-0,301	-0,330	0,00
	Resumen Modelo	0,985	0,971	0,00
*p<0.001				

Los resultados indican, por un lado, que para que el tratamiento tenga éxito los usuarios deben acudir a las revisiones a los 2 años (habiendo acudido con anterioridad a las revisiones hasta el año). La variable “acude a revisiones al año” ( $r= 0.127$ ;  $p= 0.00$ ) predice la finalización del tratamiento. Ya que si los pacientes acuden el primer año a las revisiones tienen una alta probabilidad de finalizar el tratamiento ambulatorio.

En el Modelo 1 también aparece que el número de drogas consumidas ( $r= 0.43$ ;  $p= 0.39$ ) predice en gran medida la finalización del tratamiento. A medida que el número de drogas consumidas aumenta, los pacientes tienen menor probabilidad de éxito en el tratamiento. Y la variable predictora “existencia de recaídas durante el tratamiento” que se relaciona de forma negativa o inversa con la finalización del tratamiento ( $r= -0.42$ ;

$p= 0.43$ ). Es decir, los pacientes que tienen alguna recaída durante el tratamiento tienen mayor probabilidad de finalizar el mismo.

Las demás variables predictoras son excluidas del modelo.

#### 4. Discusión y conclusiones.

Los resultados revelan que un alto número de usuarios finalizan el tratamiento (26.9%), teniendo en cuenta que el abandono del tratamiento en la terapia de adicciones es habitual entre consumidores (López-Goñi, 2011; Zamora, 2014) y por tanto demuestran una buena adherencia terapéutica superior a otras investigaciones (López-Goñi, et al., 2011; Valero, Ortiz-Tallo, Parra-García y Jiménez-Guerra, 2013).

Las características de la población encontradas en este estudio afirman que tienen más probabilidad de finalizar el tratamiento aquellas personas que presentan consumo de alcohol, que acuden a todas las revisiones durante los tres primeros meses y no presentan ninguna recaída durante el mismo. Además, se observa que a mayor número de revisiones realizadas mayor probabilidad de finalizar el tratamiento. Resultados que coinciden con los encontrados en la revisión realizada por Girón (2007), donde encontró que la mayor permanencia en el tratamiento aseguraba unos resultados más favorables a largo plazo o el estudio de Secades y Benavente (2000) donde la tasa de abandonos disminuía a medida que pasaban los meses dentro del programa terapéutico. También, encontramos en otros países resultados parecidos como el estudio llevado a cabo entre nueve programas diferentes en Norteamérica donde se demostró que la variable predictora más importante para lograr adherencia fue el número de sesiones terapéuticas del primer mes (Crevecoeur-MacPhail et al., 2010).

Mientras que, por otro lado, se ha podido observar que ninguna de las variables sociodemográficas es predictora de una mejora en la adherencia terapéutica. Este resultado coincide con el encontrado en el estudio de Hser, Evans, Huang y Anglin, (2004), donde las características sociodemográficas de los pacientes (a excepción de la etnicidad) no tienen ninguna relación con la finalización o no del tratamiento. La situación sociodemográfica de los usuarios cuando inician el tratamiento no determina la evolución y resultados terapéuticos a largo plazo. Por lo que tenemos que considerar que, para la obtención de

más datos, se hace necesario disponer de otro tipo de información relacionada con otros aspectos del proceso, para analizar la relación de las mismas con los resultados obtenidos.

En cuanto a las variables apoyo familiar recibido, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre ellas y la finalización del tratamiento, no considerándose una variable predictora de adherencia (Muñoz, 2017). Lo que contradice a otras investigaciones en la que se ha encontrado que la familia ejerce de variable predictora de adherencia terapéutica, al relacionarla con la motivación externa que ejercen los familiares de los pacientes para que estos acudan a las primeras citas y que evolucionaría a motivación interna (Linares, Palau, Albiach y Santos, 2002) durante el proceso, ya que según estos autores se precisa de un cierto grado de apoyo para una mejor retención y cumplimiento terapéutico (Herrera, Barberán y Yumar, 2008).

Por otro lado, los datos obtenidos sugieren que el número de sustancias consumidas se relaciona con la adherencia; de forma que las personas que presentan dependencia al alcohol presentan mayor probabilidad de finalizar el programa terapéutico que las personas que consumen además otras sustancias como cocaína o benzodiacepinas. Lo que se constata también en otros estudios, donde la dependencia a más de una sustancia predice una menor probabilidad de adherencia terapéutica (Muñoz, 2017).

En cuanto a la relación entre la existencia de recaídas y la adherencia, el estudio sugiere que existe una correlación muy significativa entre estas dos variables, pero no exactamente como cabe esperar, sino que encontramos que mientras más recaídas presentan las personas en los primeros meses del tratamiento más probabilidad de finalizarlo y, por tanto, mayor adherencia al programa terapéutico. Parece que las recaídas sufridas por los pacientes al comienzo del tratamiento hacen que vean la enfermedad más grave o que vean el tratamiento como más necesario y acudan a todas las revisiones. Este resultado, también es corroborado por otros estudios anteriores como el ya citado de Hser, et al., (2004), donde existe relación entre el tiempo de duración del tratamiento y los resultados alcanzados.

Para obtener conclusiones definitivas se debería tener en cuenta como una limitación que la muestra seleccionada está formada por un número pequeño de participantes y que la recogida de datos se hizo a través de las historias clínicas escritas por los terapeutas que realizaban el seguimiento a estos pacientes, por lo que podría existir algún sesgo en la



información dada, ya que los profesionales están influenciados por factores relacionados con el contexto de las revisiones realizadas. Con todo, se cree que la muestra es representativa de los usuarios que acuden al programa y las conclusiones generales pueden ratificar la hipótesis de que existen diversos factores relacionados con el paciente y la patología adictiva capaces de predecir la probabilidad de adherencia al tratamiento. Por lo que sería conveniente seguir profundizando en que tipo de relación presentan cada uno de estos factores para poder así, desarrollar estrategias que posibiliten una adecuada adherencia terapéutica a pesar de posibles recaídas durante el proceso de tratamiento en adicciones.

## 5. Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Barroso Morales M.L., Mora Sánchez I. y Sierra Hernández C.E. (2021). Adherencia terapéutica en los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo primario. *Enfermería en Cardiología*, 28 (82), 46-51.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema* 20 (3), 389-395.
- Crèvecoeur-MacPhail D., Ransom L., Ceci Myers A., Annon J. J., Diep N., Gonzales R., Rawson R. A., Viemes J., Sugita W. y Barger J. (2010). Inside the Black Box: Measuring Addiction Treatment Services and Their Relation to Outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(6), 269-276. <https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10400550>.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 653-663.
- Di Matteo R. y Di Nicola D. (1985). *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon.
- García del Castillo, J.A., García del Castillo-López, A. y López-Sánchez, C. Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(2), 89-98.

- García del Castillo, J.A, García del Castillo-López, A. y Dias, P. (2014). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(1), 5-14.
- Girón, S. (2007). Los estudios de seguimiento en drogodependencias: Una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*, 9 (2), 75-96.
- Herrera J.M., Barberán M. y Yumar T. (2008). La adherencia al tratamiento en una Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD). *Trabajo Social y Salud*, 61,155-82.
- Hser, Y., Evans, E., Huang, D. y Anglin, D. (2004): Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatric Services*,
- Llinares M.C, Palau Muñoz C., Albiach Catalá C. y Santos Diez P. (2002). Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 30(6):370-5.55(7).
- López-Goñi J.J, Fernández-Montalvo J. y Arteaga A. (2011). El abandono (dropout) en el Tratamiento de la Adicción: Explorando las Características de los Pacientes. *Am J Addict*, (21):78-85.
- Martín, L. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 225-238.
- Martín A. L. y Grau Abalo J.A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 89-99.
- Muñoz S. de A. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas Enfermería*, 20(2): 18-24. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081031>
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo; pruebas para la acción. Ginebra: OMS;2004. Disponible en: <https://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

- Ortega Cerda, J.J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó.A. y Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Secades, R., y Benavente Y. (2000). Predictores de la retención en una Comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones*, 12 (3), 365-371.
- Secades, R., y Fernández, J.R. (2000). Como mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12 (3), 353-363.
- Silva, G.E., Galeano, E. y Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Tayfur, O. (2012). The Antecedents and Consequences of Learned Helplessness in Work Life. *Information Management and Business Review*, 4 (7), 417-427.
- Valero-Aguayo L., Ortiz-Tallo M., Parra-García M<sup>a</sup> M. y Jiménez-Guerra M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de Psicología*, 29 (1), 38-47. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.159131>
- Zamora Y.R. (2014). Predicción del abandono del tratamiento en adictos mediante el cuestionario VPA-30. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(2).



# Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063