

ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y FACTORES COADYUVANTES, DE LA COLONIA “JUAN ESCUTIA”, DELEGACIÓN IZTAPALAPA, MÉXICO, D.F. 2013

Maura Cabrera Jiménez¹, Juan López Molina²,
Moisés Villaseñor Almaraz³, José Carlos Hernández Jiménez³,
Ángel Daniel Granados Gurrola³, Ricardo Reyes Tinoco³,
Lucero Alín Cruz Martínez³, Darían Caso Luengo³,
Tania Lilia Alonso Rodríguez³, Erika González Montoya³,
Ivanni Estephania Aldana Valdespino³

RESUMEN

Antecedentes. La adherencia terapéutica de los pacientes es un indicador que permite predecir la morbilidad y mortalidad cardiovascular en la que se encuentran.

Objetivo. Conocer la frecuencia de la adherencia terapéutica de los pacientes que cursan con hipertensión arterial sistémica y los factores que coadyuvan o limitan la adherencia.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. La recolección de datos se realizó por medio de la cédula de encuesta. El instrumento evaluó aspectos socioeconómicos, servicios de salud, de la terapia y del paciente. Los datos se analizaron por medio de SPSS^{DR} versión 21.0.

Resultados. El promedio de edad de los encuestados es de 60 años; el 69% toma sus medicamentos con regularidad, en tanto que el 66% asiste siempre a consulta. Como factores que influyen, 64% tienen cobertura de salud, 67% siempre tienen apoyo moral de familiares y amigos; el 85% manifiesta claridad en las indicaciones. Otras situaciones que influyen en la adherencia son la disponibilidad de tiempo, la distancia y el desinterés.

Conclusiones. La población estudiada posee un alto porcentaje de adherencia terapéutica y guarda una relación directa con los factores coadyuvantes, tanto los factores limitantes como los que la refuerzan se centran en la posibilidad y cobertura de los servicios de salud junto con la claridad de las indicaciones médicas.

Palabras Claves: adherencia terapéutica, hipertensión, factores coadyuvantes.

Therapeutic adherence of patients with systemic hypertension and adjuvant factors of the colony “Juan Escutia”, Iztapalapa, D.F. Mexico. 2013

ABSTRACT

Introduction. The adherence of patients is an indicator that predicts cardiovascular morbidity and mortality found.

Objective. Knowing the frequency of adherence of patients presenting with hypertension and factors adjuvants.

Methodology. A descriptive, observational, cross-sectional study. Data collection was performed by means of the certificate of survey. The instrument assessed socioeconomic, health services, therapy and patient data were analyzed using version 21.0 SPSS DR.

Results. The average age of respondents is 60 years, 69 % take their medications regularly, while 66% always attends query. As factors influencing 64 % always have health coverage, 67 % always have moral and instrumental support from family and friends, 85 % stated clearly in the instructions. Other situations that influence adherence are the availability of time, distance and disinterest.

Conclusions. The study population has a high percentage of adherence and a direct relationship with both contributing factors such as those limiting the focus on reinforcing the possibility and coverage of health services along with the clarity of the medical indications factors.

Key Words: Therapeutic Adherence, Hypertension, Adjuvant Factors.

ARTÍCULO RECIBIDO EL 07 DE OCTUBRE DEL 2013 Y ACEPTADO EL 06 DE NOVIEMBRE DEL 2013.

¹Profesora titular de Epidemiología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. E-mail: mauraanyelicfes@hotmaail.com

²Profesor de Sociales, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

³Alumnos de la Carrera de Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (HAS), define la hipertensión arterial sistémica como el padecimiento multifactorial caracterizado por el aumento sostenido de los valores de la presión arterial mayores o iguales a 140/90 mmHg, ya sea únicamente sistólica, diastólica o ambas. Cuando coexiste acompañado de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus u obesidad, se vuelve un problema de salud grave, ya que conforme avanza la enfermedad pueden presentarse complicaciones como infarto al miocardio, cardiomegalia, trombosis o embolia.¹

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que la HAS provoca la muerte de 7.5 millones de personas. En México contribuye con un 12.8% del total mundial de muertes¹. Según el INEGI, del 2006 a 2011, se incrementó la tasa de mortalidad observada, aumentando de 17.67 a 23.06 por cada 100 mil personas de 15 años y más.²

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2012, en México la prevalencia de HAS en la población general fue de 31.5%. Por otra parte, la mitad de la población que la padece lo ignora, solo del 13.4% al 22.7% del total de pacientes han sido diagnosticados, en tanto solo el 20% llevan a cabo su tratamiento para controlar sus valores de presión arterial.³

La prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años de edad o más, en el Distrito Federal, fue de 22.0%, el 25.9% en mujeres y 17.5% en hombres. De acuerdo con la edad se observó una mayor prevalencia a partir de los 40 años (18.8% en hombres y 26.4% en mujeres), aumentando considerablemente en el grupo de mayores de 60 años (43.4% en hombres y 53.2% en mujeres).³

La HAS, como un padecimiento crónico, representa riesgo de complicaciones si no se llevan a cabo las indicaciones del tratamiento correctamente, ya que un elemento insustituible para el control y manejo de la hipertensión arterial sistémica es un adecuado seguimiento del tratamiento.

La OMS define el término Cumplimiento o Adherencia Terapéutica como el grado con que el paciente sigue las indicaciones médicas; se trata de un proceso dinámico y multidimensional, donde el médico realiza ciertos acuerdos con el paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación en su estilo de vida;⁴ a esto se agregan otros factores que pueden alterar el grado de adherencia del paciente, como factores socioeconómicos, los relacionados con los sistemas de salud, con la enfermedad misma, con la terapia y factores relacionados con el propio paciente.

La OMS menciona que la adherencia terapéutica, a largo plazo, de las enfermedades crónicas solo se realiza en un 50%

de los pacientes. Esta falta de seguimiento es menor en los países subdesarrollados, dado principalmente por la escasez de recursos en los sistemas de salud. En el paciente la falta de adherencia causa descontrol de su padecimiento con la presencia de complicaciones a órganos blanco, colocándolo en una situación de riesgo, tales como recaídas más intensas, un efecto rebote, un sobreuso de los medicamentos, riesgos de dependencia, desarrollo de resistencia al tratamiento y toxicidad. Cabe mencionar que una buena adherencia terapéutica es la clave para abordar los procesos crónicos.⁵

El apego de los pacientes con HAS a su tratamiento farmacológico es muy escaso. Se ha estimado que del 15% al 50% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año. Y más aún, es muy frecuente que quienes continúan el tratamiento se olviden de su dosis diaria en al menos una ocasión.

Según Mc Donald, los pacientes que tienen adherencia terapéutica, logran normalizar su presión arterial; con ello aumenta su esperanza de vida entre 5 a 9 años más que quienes no lo siguen adecuadamente. Las mujeres tienden a realizar una mejor adherencia en comparación con los hombres.⁶

El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no solo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo; no es un asunto solamente voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento. Para Cáceres,⁷ las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Meichenbaum y Turk⁸ identificaron algunas variables relacionados con las características del paciente, por ejemplo, la falta de comprensión de las indicaciones, apatía y pesimismo, no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación, la falta de apoyo social, desembolso económico. Otras relacionadas con la terapéutica como la supervisión inadecuada por parte de los profesionales, la forma de hacer las recomendaciones por parte del terapeuta, la complejidad del régimen terapéutico, y la empatía pobre con el paciente.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema universal, ante lo cual los expertos se hallan incapacitados para predecir el porcentaje de cumplimiento.

Por su parte, Rodríguez⁹ plantea que la probabilidad de un cumplimiento adecuado del tratamiento es realmente muy baja dados los cambios en el estilo de vida que provoca el régimen. Con frecuencia, la toma de medicamentos puede causar molestias y efectos secundarios. Además, menciona que a medida que el tratamiento se prolonga los sujetos tienden a

VERTIENTES

desertar, especialmente en tratamientos para enfermedades asintomáticas, pues el resultado de sus esfuerzos no es perceptible a sus sentidos.

Un tratamiento farmacológico adecuado para los pacientes hipertensos, debe tener un esquema muy fácil de seguir y por intervalos no muy largos, es decir, alternando los fármacos al menos cada mes o cada dos meses.

Algunos de los factores que aumentan la posibilidad de apego al tratamiento son: tener un muy alto valor de presión arterial, ser del sexo femenino, tener una mayor escolaridad e ingresos económicos y ser casado. Por otro lado, algunos de los factores que propician el abandono al tratamiento son: que el tratamiento sea muy complejo o esté prescrito por un periodo demasiado extenso, que los fármacos tengan efectos secundarios muy marcados o que sean muy caros, que el paciente sea fumador y/o alcohólico, que sea muy joven y que consuma alimentos con alto contenido de sal, entre otros.^{10,11}

El presente trabajo tiene como propósito analizar el tratamiento farmacológico como elemento principal de la adherencia terapéutica y los factores coadyuvantes que favorecen o limitan la adherencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. En una muestra de 100 personas diagnosticadas con HAS, de la colonia Juan Escutia, delegación Iztapalapa, México, Distrito Federal, las cuales participaron previamente en un estudio de prevalencia de HAS realizado en 374 personas. La muestra de estudio se seleccionó por medio del muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador. Se consideraron como criterios de inclusión haber sido diagnosticado con HAS por un facultativo y la participación de las personas de manera voluntaria.

La recolección de datos se realizó por medio de una cédula de encuesta, la cual fue una adecuación de otro estudio,⁴ la cual consideró a evaluar los aspectos relacionados con la situación del paciente, como regularidad con la cual toma sus medicamentos, asistencia al médico, disposición de recursos

económicos y cobertura de salud, apoyo moral, claridad de las indicaciones del médico, situaciones que influyen en la inasistencia a consulta médica.

La escala de medición utilizada tipo Likhert, consideró los indicadores “siempre”, que se entiende como constante e ininterrumpidamente, “a veces”, como intermitente y que no tiene la seguridad de contar con el tratamiento cuando lo ha requerido y “nunca”, como en ningún momento invariablemente.

Previamente se capacitó a los investigadores para realizar la entrevista. Los datos obtenidos se decodificaron y analizaron por medio del paquete estadístico SPSS^{DR} VERSION 21.0. Para el análisis de las variables se utilizaron medidas de frecuencia y proporciones, así como cruce de variables por sexo.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 100 personas, de las cuales 50 son hombres (50%) y 50 mujeres (50%). El promedio de edad fue de 60 años con una desviación estándar de ± 15.3 .

El 69% de la población toma con regularidad los medicamentos indicados por el médico, en tanto que el 25% lo hace de forma inconstante y 5% no lo hace (cuadro 1).

En cuanto a la regularidad de asistencia a consulta médica, 66% asiste siempre, 26% a veces y el 8% nunca (gráfico 1).

Con respecto a los factores coadyuvantes:

Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia, el 63% de la población encuestada siempre cuenta con cobertura de instituciones de salud que proporcionan consulta y medicamentos, mientras que 37% lo reporta a veces y nunca (cuadro 2).

Dentro de la población que no cuentan con cobertura de salud el 51.3% siempre tiene la posibilidad de acceder a consulta médica y a adquirir medicamentos, mientras que el 29.7% nunca y 18.9% y a veces (cuadro 3).

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Siempre	35	35	34	34	69	69
A veces	11	11	14	14	25	25
Nunca	3	3	2	2	5	5
Total	50	50	50	50	100	100

Fuente: Encuestas realizadas por los alumnos del grupo 1303, de la Carrera de Médico Cirujano, en la Colonia Juan Escutia, Delegación Iztapalapa, México, D.F., 2013.

Cuadro 1. Regularidad en la toma de los medicamentos según las indicaciones del médico.

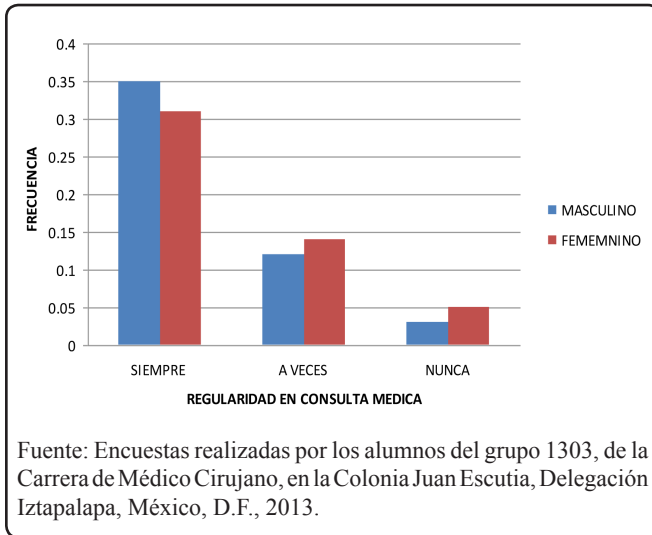


Gráfico 1. Asistencia con regularidad a consulta médica de acuerdo con lo indicado por el médico.

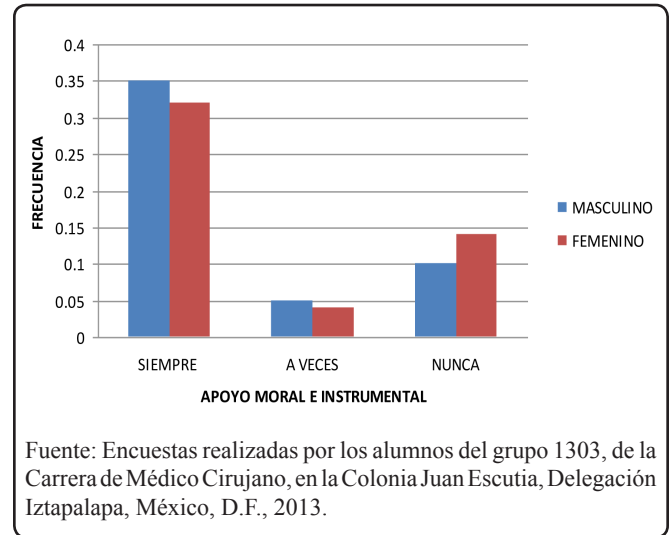


Gráfico 2. Apoyo moral e instrumental proporcionado por familiares y amigos.

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	33	33	30	30	63	63
A veces	2	2	8	8	10	10
Nunca	15	15	12	12	27	27
Total	50	50	50	50	100	100

Fuente: Encuestas realizadas por los alumnos del grupo 1303, de la Carrera de Médico Cirujano, en la Colonia Juan Escutia, Delegación Iztapalapa, México, D.F., 2013.

Cuadro 2. Cobertura de alguna institución de salud que le proporcione: consulta médica y medicamentos.

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	11	29.7	8	21.6	19	51.3
A veces	0	0	7	18.9	7	18.9
Nunca	6	16.2	5	13.5	11	29.7
Total	17	45.9	20	54	37	100

Fuente: Encuestas realizadas por los alumnos del grupo 1303, de la Carrera de Médico Cirujano, en la Colonia Juan Escutia, Delegación Iztapalapa, México, D.F., 2013.

Cuadro 3. Población que no cuenta con cobertura de salud: posibilidad de acceder a consulta médica frecuente y adquisición de medicamentos.

VERTIENTES

Otro factor influyente en la adherencia es el apoyo moral e instrumental, proporcionado por familiares y amigos, donde un 67% reportan tenerlo siempre, 24% nunca y 9% a veces (gráfico 2).

Al evaluar la claridad en las indicaciones del médico y animar al paciente a seguir el tratamiento, el 87% reporta que siempre, 11% a veces y 2% nunca (cuadro 4).

Finalmente, dentro de las situaciones que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, 56% de la población reporta falta de disponibilidad de tiempo, 27.7% mencionan la distancia entre el centro de salud y el domicilio y 22.2% muestra desinterés (cuadro 5).

DISCUSIÓN

La muestra de población encuestada nos refleja una adherencia al tratamiento del 69%. Sabate señala un porcentaje del 50% en las enfermedades crónicas, mientras que en México, estudios realizados mencionan que solo el 44% de los pacientes con HAS presentan una adherencia.¹¹ En tanto que los factores coadyuvantes también mostraron respuestas mayoritariamente positivas, lo que se muestra, al menos en esta población, que

la adherencia se correlaciona directamente con las condiciones favorables para su cumplimiento.

Como sabemos, disponer de un servicio de salud que proporcione servicio médico y medicamentos gratuitos es muy importante para este tipo de población, ya que los libera de distraer el dinero escaso para otros usos en la familia. Aunque el 19% de la población cuenta con recursos propios para poder cumplir con el tratamiento y medidas generales especificadas por su médico.^{10,12,13}

Lo anterior indica que la disposición de recursos en especie o servicios tiende a cumplir con la adherencia en pro de su salud.

En orden de importancia sigue la actitud del médico tratante en cuanto al interés que muestra la comunicación con el paciente, ya que un porcentaje alto de los entrevistados (89%) encontró entendible las indicaciones y cordial la actitud; es un factor que puede animar a las personas a asistir a sus consultas y, en consecuencia, cumplir con la adherencia.

Por otro lado, un factor importante que pesó en un alto porcentaje de las personas, para no asistir a sus consultas, es la disposición

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Siempre	43	43	44	44	87	87
A veces	7	7	4	4	11	11
Nunca	0	0	2	2	2	2
Total	50	50	50	50	100	100

Fuente: Encuestas realizadas por los alumnos del grupo 1303, de la Carrera de Médico Cirujano, en la Colonia Juan Escutia, Delegación Iztapalapa, México, D.F., 2013.

Cuadro 4. Claridad del médico con las indicaciones y animar al paciente a seguir el tratamiento.

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Distancia	2	11.1	3	16.6	5	27.7
Disponibilidad de tiempo	3	16.6	6	33.3	9	50
Ocupación	3	16.6	1	5.5	4	22.2
Desinterés	0	0	0	0	0	0
Total	8	44.3	10	55.4	18	100

Fuente: Encuestas realizadas por los alumnos del grupo 1303, de la Carrera de Médico Cirujano, en la Colonia Juan Escutia, Delegación Iztapalapa, México, D.F., 2013.

Cuadro 5. Situaciones que influyen para falta de adherencia al tratamiento.

de tiempo, siguiéndole la lejanía con el centro de salud, y con similar porcentaje se encuentra la apatía.

Encontramos un alto porcentaje de personas que manifiestan no tener complicaciones (73%), lo cual, sin pretender asociarlo directamente con el porcentaje de la adherencia (69%), es un dato que llama la atención, dada la similitud de los porcentajes.

Por las expresiones de los pacientes, la atención médica recibida es eficiente. Sin lugar a dudas, el aspecto anterior refuerza la adherencia, hecho manifestado en el correcto diagnóstico y tratamiento oportuno al paciente, en 70% de los casos. Cabe mencionar que la atención médica proporcionada, en su mayoría, es la del primer nivel de atención, ya que el 72% no ha sido enviado a una especialidad.^{7,8,9,12,13,10}

El aspecto económico es de gran importancia, ya que determina la posibilidad de adquirir o no el tratamiento, así como del asistir o no a consulta médica. Es importante señalar, por lo mencionado anteriormente, que por lo visto, poco más de la mitad de la población cuenta con cobertura de un servicio de salud, lo que reduce el porcentaje de población que tiene que acudir a un servicio particular, por lo que este remanente debe realizar una inversión mayor, lo que disminuye sus recursos para obtener el tratamiento farmacológico.

Sin embargo, los resultados también denotan cuáles son los principales factores que están a favor de la adherencia terapéutica, los cuales deben reforzarse. Por otro lado, aquellos factores que la impiden tienden a disminuirla, por lo que es necesario poner especial atención en ellos.^{12,13,14}

Como consecuencia de la buena adherencia, el 73% de la población no ha manifestado complicaciones; sin embargo, la hipertensión arterial en sí misma puede convertirse en un factor incapacitante y generar gastos tanto para el individuo como para la sociedad, adherirse al tratamiento, por tanto, influirá en aumentar los años de vida saludable.^{10,13,15}

Destaca la importancia del individuo en sí mismo, ya que el seguimiento o no de su tratamiento adecuadamente dependerá del interés y autocuidado que tenga respecto a su salud. Por ello, es importante centrarse en el primer nivel de prevención enfocado a actividades de educación para la salud en la población.^{10,15,16,17}

CONCLUSIONES

La actual transición epidemiológica y demográfica se refleja en el notable crecimiento de enfermedades crónico-degenerativas. Su tratamiento y control exige la necesidad de adherencia al tratamiento para evitar las complicaciones.

Otro factor es el tratamiento prescrito que, aunado a la relación médico-paciente, debe ser claro y estar disponible para el paciente.

En este trabajo encontramos una relación directa entre la adherencia y sus factores coadyuvantes, los recursos materiales

son muy importantes; aunque detrás de ellos se encuentra el apoyo y el estímulo de la familia para que los pacientes cumplan con la adherencia.

Observamos, por otro lado, un porcentaje significativo de personas que se resisten a su tratamiento por diversas razones superables.

Esto nos habla de que, una vez superado el problema de los recursos, del tipo de atención recibida y, proporcionada la información sobre las implicaciones del padecimiento, finalmente cuenta la voluntad de las personas para actuar en pro de su salud. En esto es importante buscar los factores para una verdadera concientización, a fin de que las personas actúen ante un problema que tiene graves complicaciones como el caso de la hipertensión arterial sistémica.

Aunque dadas las condiciones sociales, económicas, culturales y de la capacidad de los servicios de salud en el país, es difícil pensar en alcanzar el 100% de la adherencia; es necesario continuar con los esfuerzos de educación y promoción por parte de las personas vinculado con los servicios de salud, en este caso, los médicos en formación y de los servicios de todos los niveles.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud (SSA). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Diario Oficial de la Federación (Mex). Tercera Sección. Poder Ejecutivo. STPS. 2009.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Salud. [Consultado el 23 noviembre de 2013 en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf>].
3. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México: 2012. p. 113-4.
4. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. (2004) Ginebra, Suiza. p. 111-7
5. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Ginebra. World Health Organization. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 2):141-6.
6. Mc Donald, H., Garg, A., & Haynes, B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. Scientific review. JAMA. 2002; 288:2868-79.
7. Cáceres, F. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia)

VERTIENTES

del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*, 7, 172.

8. Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Madrid: Desclée de Brouwer.

9. Rodríguez, R. (1994). Programa psicológico para la modificación de factores psicosociales y comportamentales que constituyen un riesgo de hipertensión arterial esencial en pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital San Juan de Dios. *Psicología de la salud en Colombia*, 3, 188-204.

10. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. [On line]. Ginebra: World Health Organization. Illustrated Edition. 2003 [Consultado 23 noviembre 2013]. p. 14-29.

11. Olvera Arreola S, Salazar Gómez T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2009; 17 (1-3): 10-13.

12. Martín, L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2006; 32 (3).

13. Secretaria de Salud (SSA). Programa Nacional de Salud 2007-2012: Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud. México; 2007. p. 69.

14. Fernández C. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. *Iber Psicología: Revista Electrónica de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*; 1996; 1 (1).