

La adherencia al tratamiento en pacientes crónicos

Alicia Rivero García

TRABAJO DE FIN DE GRADO
Curso 2015-2016



Grado en Medicina
Facultad de Medicina
Universidad de Valladolid

Tutores: Profesora María Nieves López Fernández
Profesora Natalia Jimeno Bulnes

La adherencia al tratamiento en pacientes crónicos

Therapeutic adherence in chronic patients

Resumen

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas es esencial por las implicaciones médicas, sociales y familiares que tiene. El objetivo de este trabajo es analizar los factores relacionados con la adherencia con objeto de llevar a cabo estrategias generales en Atención Primaria para mejorarla. Se realiza un análisis de la adherencia terapéutica atendiendo a sus factores; personales, actitud a la medicación y enfermedad, relación médico-paciente y a los factores sociales a través de la administración de un cuestionario a 30 personas con enfermedades crónicas. Resultados: Existe una relación directa entre los factores y la adherencia al tratamiento y así mismo, solo la polimedicación se relaciona directamente con la adherencia. Finalmente, se plantean medidas para aplicar en Atención Primaria con objeto de mejorarla.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, consecuencias clínicas, consecuencias económicas, consecuencias psicosociales, cumplimiento de prescripciones médicas, enfermedades crónicas.

Introducción

Cuando hablamos de enfermedades crónicas nos referimos, tal y como definió Nobel en 1991⁽¹⁾, a un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo progresando de manera lenta. Las principales causas de mortalidad en el mundo son las enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedades respiratorias y el cáncer, suponiendo un 60% de los fallecimientos. La importancia de las enfermedades crónica reside en su elevada mortalidad y morbilidad y la enorme trascendencia económica que conlleva ha hecho que su tratamiento tenga un papel fundamental en las consultas de Atención Primaria. El aumento de la esperanza de la vida también ha hecho que aumente la incidencia de enfermedades crónicas. Son la causa del 80% de las consultas de los centros de Atención Primaria y del 60% del consumo de las camas hospitalarias. El

comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso, y el hecho de que los pacientes cumplan con las prescripciones médicas toma un papel primordial ⁽²⁾. Actualmente no existe un acuerdo sobre la definición de adherencia terapéutica. La definición más difundida es la de Sackett y Haynes⁽³⁾ quienes conceptualizan la adherencia como una situación en que la conducta del paciente se corresponde con las instrucciones clínicas entregadas e incluyen la capacidad del paciente para: asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas. De este modo se confiere un papel principal al médico del cual depende la conducta del paciente y así mismo, se permite una mayor participación al paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud tomando un papel activo.

Se describen como conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento las siguientes: dificultades para comenzar, suspensión prematura del tratamiento, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), ausencias a consultas e interconsultas, y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad así mismo, se destaca también la práctica de la automedicación⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%, cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de cumplimiento es incluso más elevada ⁽⁶⁾. La no-adherencia al tratamiento, es un problema que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos. Se observa en casi todas los estados de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia. ⁽⁷⁾

La efectividad de los tratamientos de las enfermedades crónicas es un fenómeno complejo y ampliamente estudiado, que todavía está lejos de ser resuelto. Uno de los mayores retos a los que se enfrenta un médico es

conseguir que sus pacientes crónicos consigan una buena adherencia al tratamiento. Es importante señalar que gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por una agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad por lo que es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no el tratamiento. Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento del costo sanitario.

En cuanto a los factores asociados a la no-adherencia, éstos son variados. Pudiéndolos clasificar en factores personales, del tratamiento, de la enfermedad, del sistema o equipo de asistencia sanitaria y factores sociales. En la práctica clínica todos aparecen superpuestos, por esta razón deben evaluarse de manera multifactorial.

En los factores personales asociados al paciente destacan el deterioro sensorial consistente principalmente en la pérdida de la visión y/o audición, que puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas. También hay que señalar el deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo llevan a que la información no se procese o se elabore de manera alterada como ocurre con demencias, depresiones y ansiedad, entre otras. En ocasiones el paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento. Tampoco hemos de olvidar los factores ambientales, el paciente que vive solo (en la mayoría mujeres en avanzada edad), con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento. También hay que tener en cuenta las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar, o vulnerabilidad percibida ^{(8), (9), (10)} y los mitos en salud (tomar medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor). Así como la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de su cumplimiento. ⁽¹¹⁾

En cuanto a los factores asociados al tratamiento cabe señalar que en general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por

tiempo limitado. La adherencia al medicamento disminuye en procesos crónicos, cuando son varios los medicamentos tomados al mismo tiempo (polifarmacia), cuando el esquema de administración es complicado, cuando la vía de administración requiere personal especializado así como cuando el medicamento no exhibe eventos adversos de consideración. Además, cuando la terapia implica cambio en los hábitos o exige pautas nuevas, produce una tasa de cumplimiento baja ⁽⁶⁾. Los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos tal y como señalaban Macía y Méndez. ⁽¹²⁾

En los factores asociados a la enfermedad, destaca que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas, y sobre todo en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones ^{(13), (14)}. Los principales factores asociados a la enfermedad son la frecuencia de dosificación, los conocimientos sobre la enfermedad, su gravedad y consecuencias así como los factores relacionados con el acceso y costo de la atención y tratamiento.

En cuanto al factor relación médico-paciente, es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. La adherencia puede verse afectada si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente. No se debe olvidar que muchos profesionales de la salud usan un lenguaje técnico y científico que los pacientes no entienden. La duración de la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone del suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo. ⁽⁷⁾

Parece ser que los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento ⁽¹²⁾. La comunicación permite al paciente comprender la prescripción o recomendación que se está dando siendo el primer paso para que pueda aceptarlo y recordarlo ⁽⁶⁾.

En último lugar, en los factores sociales, destacarían los demográficos como edad, género, estado civil y nivel socioeconómico sin olvidar el apoyo social y familiar que también puede contribuir a incrementar la ejecución de las

prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico, de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitararlo.

Martín y Grau ⁽²⁾ entendían la adhesión al tratamiento como una conducta que debe ser comprendida a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud.

Las consecuencias de la no adherencia terapéutica se pueden clasificar en médicas, psicosociales y económicas. Las consecuencias médicas de una mala adherencia terapéutica son diversas destacando retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos para la salud que pueden propulsar la aparición de efectos secundarios agudos o dependencia a largo plazo del uso del medicamento. En las consecuencias económicas, la no adherencia supone que el gasto en salud se pueda incrementar con una atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas que finalmente no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento de servicios de emergencia como de cuidados intensivos ⁽¹⁵⁾. La OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos un 20% los costos de la sanidad pública. Por último lugar, en las consecuencias psicosociales, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas llegando incluso a provocar alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis.

Debido a las importantes consecuencias descritas que tiene la no adherencia terapéutica son múltiples las investigaciones en el ámbito internacional que se han realizado sobre el cumplimiento terapéutico. En España, nos encontramos con investigaciones en diferentes campos como en pacientes hipertensos ⁽¹⁶⁾, en pacientes asmáticos ⁽¹⁷⁾, o incluso en pacientes tuberculosos ⁽¹⁸⁾.

En esta investigación se pretende estudiar los factores principales implicados en la no adherencia en el colectivo de enfermos crónicos debido a que como se señala al principio, es en este colectivo donde mayores tasas de incumplimiento se encuentran llegando a alcanzar un 45%. Posteriormente se pretenden exponer estrategias comunes que desde Atención Primaria se puedan llevar a cabo para mejorar la adherencia y proceder a continuación con estrategias concretas según corresponda a cada paciente.

La hipótesis principal que se propone es que a mayor presencia de factores para la adhesión terapéutica; ya sean personales, de tratamiento, enfermedad, relación médico-paciente o factores sociales, mayor será la probabilidad para mostrar conductas que reflejen adherencia al tratamiento. Tras esta hipótesis general, también se proponen otras secundarias siendo éstas:

1. Las personas con avanzada edad tendrán menor adhesión al tratamiento que las personas más jóvenes.
2. No hay diferencias en sexo (hombre o mujer) ni en ocupación (empleado/desempleado/estudiante) en adhesión terapéutica.
3. Las personas con más de una enfermedad crónica tendrán menor adhesión al tratamiento que las personas con solo una enfermedad crónica.
4. Las personas con más años con enfermedades crónicas tendrán menor adhesión que las personas con pocos años con enfermedades crónicas.
5. A mayor número de medicamentos como parte del tratamiento, menor adhesión.

Resulta difícil consensuar una definición única de adherencia, lo cual a su vez está asociado a una dificultad en la operacionalización y medición. Como un concepto conductual, la adherencia implica acciones complejas, emociones y fenómenos que pueden no ser directamente observables. Los métodos directos para evaluar adherencia, tales como los exámenes de sangre y de orina son cuestionados pues miden resultados más que el proceso de adherencia. La observación directa de la conducta del paciente no es usualmente relevante, debido a que es un proceso muy complicado e incluso resulta imposible seguir al paciente durante todo el día. De este modo, métodos indirectos, como las entrevistas y cuestionarios, son generalmente utilizados, debido a que poseen

la ventaja de presentar la propia evaluación del paciente respecto de su adherencia.⁽¹⁹⁾

Método

Para este trabajo se ha decidido utilizar un método indirecto, consistente en un cuestionario de escala Likert llamado el cuestionario de adherencia Martín Bayarré Grau (MBG)⁽²⁰⁾. La elección de este cuestionario se debe a que nos permite medir las variables que están relacionadas con la adherencia en un mismo cuestionario frente a otros que solo estudian algunos de sus factores (como el Inventario de Actitudes hacia la Medicación, DAI).

Sujetos

Este cuestionario se administró a 30 personas voluntarias que acudían a revisión médica por su enfermedad crónica en centros de Atención Primaria durante el mes de marzo en Valladolid. Se realizó una vez finalizada la consulta programada. A los participantes se les explicó en qué consistía la investigación. Todos los participantes firmaron un consentimiento autorizando la participación. Los criterios de inclusión en esta participación consisten en:

- Ser mayor de edad.
- Aceptar el consentimiento informado.
- Poseer al menos una enfermedad crónica
- Estar siguiendo un tratamiento farmacológico y acudir a revisión médica.

No se estableció un límite de edad para la participación en el estudio. Así mismo se excluirán de la investigación los pacientes que no acepten participar en la investigación. La muestra del estudio está formada por 30 participantes de ellos 13 mujeres (43%) y 17 hombres (57%) con edades comprendidas entre los 18 y los 103 años.

Instrumento

Se administró el cuestionario de adherencia de Martín Bayarré Grau (MBG) el cual, tiene un índice de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,889. Este instrumento está compuesto por 12 afirmaciones que comprenden las categorías que conforman la definición operacional de adherencia terapéutica: cumplimiento del tratamiento (CT), implicación personal (IP) y relación

transaccional (RT). El cuestionario validado de MBG, permite cuantificar con rapidez la respuesta del paciente ya que está categorizado a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, consideran como adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17. Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente, se le da la opción de respuesta en una escala con la selección de una única respuesta de cinco posibles asignándose el valor 0 a la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar ⁽²⁰⁾.

El cuestionario utilizado en la investigación recoge además, datos generales del paciente siendo éstos: edad, sexo (hombre/mujer), ocupación (estudiante, profesional, desempleado/a, jubilado/a, no procede), años de enfermedad diagnosticada y número de enfermedades crónicas que se presentan. En último lugar resulta importante señalar que la decisión de la aplicación de este cuestionario como método de evaluación se debe a que resulta corto y sencillo y de fácil aplicación siendo por tanto la mejor vía para realizar la evaluación rápida del nivel de adhesión o no que tiene el paciente con enfermedades crónicas al tratamiento médico ⁽²⁰⁾.

Resultados

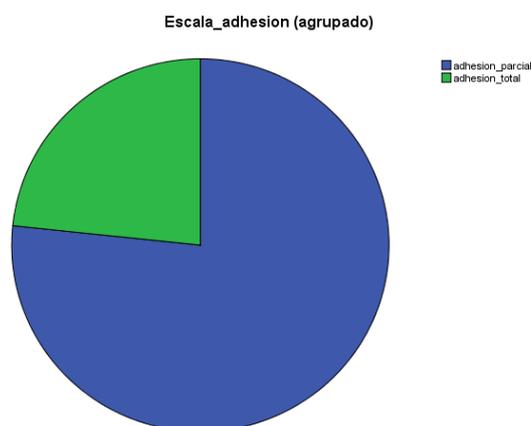
En el siguiente apartado se muestra el análisis del procedimiento que he realizado utilizando el programa estadístico SPSS. En la hipótesis principal se proponía que a mayor presencia de factores para la adhesión terapéutica, ya fueran personales, de tratamiento, enfermedad, relación médico-paciente o factores sociales, mayor será la probabilidad para mostrar conductas que reflejen adherencia al tratamiento. Con las puntuaciones directas obtenidas en el cuestionario, se creó una variable categórica llamada "Escala_Adhesión" en el que se agrupaban las puntuaciones de todos los participantes en "No adheridos", "Adhesion_parcial" y "Adhesión_total". Podemos observar que el 76,7% de los participantes están adheridos parcialmente al tratamiento y el 23,3% tienen una adhesión total. Habiendo así mismo un 0% de personas no adheridas al tratamiento. Como una mayor puntuación en el cuestionario significa una mayor adhesión al tratamiento ya que está formado por diferentes

ítems que tienen en cuenta los factores de adhesión, podríamos aceptar la hipótesis relación directa.

Tabla 1- Porcentajes de adhesión al tratamiento en la muestra utilizada.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos adhesión parcial	23	76,7	76,7	76,7
adhesión total	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Figura 1- Gráfico de adhesión al tratamiento en la muestra utilizada.



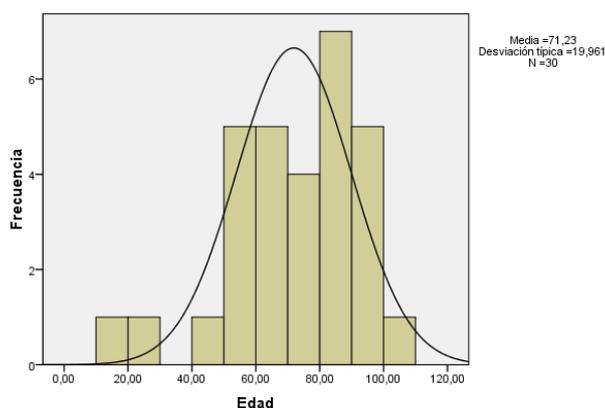
En relación a los factores que forman la variable adhesión al tratamiento en la muestra utilizada, podemos observar cómo el factor que más peso da es la implicación personal seguida del cumplimiento terapéutico y la que menos peso tiene, es la relación transaccional.

Tabla 2- Peso de los factores que forman la variable adherencia terapéutica

	CT	IP	RT
N Válidos	30	30	30
Perdidos	0	0	0
Media	10,2667	16,5000	5,8333

En cuanto a las hipótesis secundarias que se habían planteado, la primera de las hipótesis pretendía estudiar si las personas con avanzada edad tendrán menor adhesión al tratamiento que las personas más jóvenes. En primer lugar, se muestra la distribución de la población según la variable edad. Se puede observar que la distribución está ligeramente desplazada hacia la derecha. La media de edad en la población es de 71,23 siendo una muestra poblacional algo más anciana.

Figura 2- Histograma de la variable edad de la muestra utilizada.



Para el contraste de hipótesis, se analiza a través de una correlación. El índice de correlación de Pearson entre ambas variables es -0,128 siendo éste negativo lo cual indica que la relación entre edad-adhesión es indirecta. En esta variable no se encuentran diferencias significativas ($\text{sig} > \alpha$) por lo que no se puede decir que haya relación entre la edad y la adhesión al tratamiento.

Tabla 3- Correlaciones de la variable edad y puntuación en la escala de adhesión

		Edad	Escala_adhesion
Edad	Correlación de Pearson	1	-,128
	Sig. (bilateral)		,502
	N	30	30
Escala_adhesion	Correlación de Pearson	-,128	1
	Sig. (bilateral)	,502	
	N	30	30

En la siguiente hipótesis, se comparan las diferencias en adhesión entre sexos (hombre o mujer) y en función de la ocupación (estudiante, profesional, desempleado/a, jubilado/a, no procede). En cuanto al sexo, esta variable dicotómica se codifica siendo 0 mujer y 1 hombre. Se realiza una prueba T de Student para muestras independientes que estudia si esas diferencias a nivel de muestra pueden ser generalizables a la población.

Tabla 4- Estadísticos descriptivos de la variable sexo.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Escala_adhesion (agrupado)	,00	13	2,31	,480	,133
	1,00	17	2,18	,393	,095

Tabla 5- Prueba T de Student de la variable sexo.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				
		Prueba T para muestras independientes				
		F	Sig.	T	GI	Sig. (bilateral)
Escala_ adhesion (agrupado)	Se han asumido varianzas iguales	2,618	,117	,823	28	,417
	No se han asumido varianzas iguales			,801	22,92 1	,431

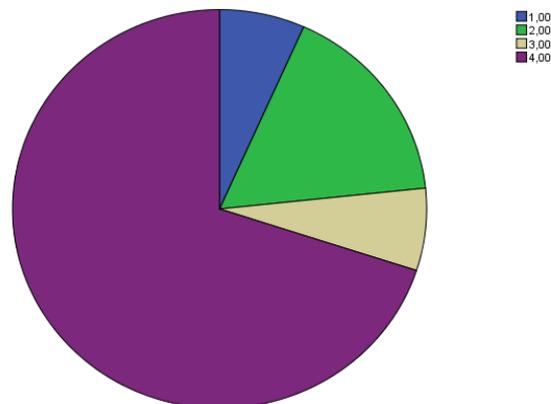
El valor de Sig. es de 0,117, es decir, mayor que α (0,05) por lo que se asumen varianzas iguales. Para este caso, el sig. (0,417) es mayor que α . Se acepta la hipótesis nula de que no hay diferencia en función de sexo en la adhesión al tratamiento.

En cuanto a la ocupación, se clasificó en el SPSS como estudiante con el valor de 1 a profesional, 2 para desempleado/a, 3 a jubilado/a, 4 y no procede, 5. En los siguientes gráficos, podemos ver la distribución de la muestra en la variable ocupación siendo la gran mayoría del grupo de jubilado/a (valor 4).

Tabla 6- Distribución de la variable ocupación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	2	6,7	6,7	6,7
	2,00	5	16,7	16,7	23,3
	3,00	2	6,7	6,7	30,0
	4,00	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Figura 3- Gráfico representativo de la distribución de la variable ocupación.



La ocupación al ser una variable categórica, para el contraste de hipótesis se realiza una Anova de un factor, siendo el factor dependiente la puntuación en la escala de adhesión y el independiente, la ocupación. Sig (0,286) es mayor que α por lo que no hay diferencias en ocupación en cuanto a adhesión al tratamiento.

Tabla 7- Anova de un factor de la variable ocupación

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	129,762	3	43,254	1,330	,286
Intra-grupos	845,738	26	32,528		
Total	975,500	29			

En la hipótesis de las personas con más de una enfermedad crónica tendrán menor adhesión al tratamiento que las personas con solo una enfermedad crónica, se utiliza una correlación nuevamente para su estudio ya que las dos variables son cuantitativas. La hipótesis nula es que no hay diferencias en adhesión al tratamiento por número de enfermedades que se tengan. Se observa una correlación directa pero las diferencias no son significativas ($0,158 > \alpha$). Por lo que se mantiene H_0 de no hay diferencias en adhesión en función del número de enfermedades que se tenga.

Tabla 8- Correlaciones de la variable número de enfermedades y puntuación en la escala de adhesión.

		Escala_ adhesión	Numero_ enfermedad
Escales_ adhesión	Correlación de Pearson	1	,264
	Sig. (bilateral)		,158
	N	30	30
Numero_ enfermedad	Correlación de Pearson	,264	1
	Sig. (bilateral)	,158	
	N	30	30

En cuanto a la hipótesis de las personas con más años con enfermedades crónicas tendrán menor adhesión que las personas con pocos años con enfermedades crónicas, se realiza de nuevo una correlación entre años enfermedades crónicas y la variable adhesión. Nuevamente el coeficiente de Correlación de Pearson es positivo pero su nivel de significación es mayor que α por lo que se mantiene H_0 , no hay diferencias significativas entre los años con enfermedades crónicas y la adhesión al tratamiento.

Tabla 9- Correlaciones de la variable años de enfermedad y puntuación en la escala de adhesión.

		Escala_ adhesión	Años_ enfermedad
Escala_ adhesión	Correlación de Pearson	1	,228
	Sig. (bilateral)		,226
	N	30	30
Años_ enfermedad	Correlación de Pearson	,228	1
	Sig. (bilateral)	,226	
	N	30	30

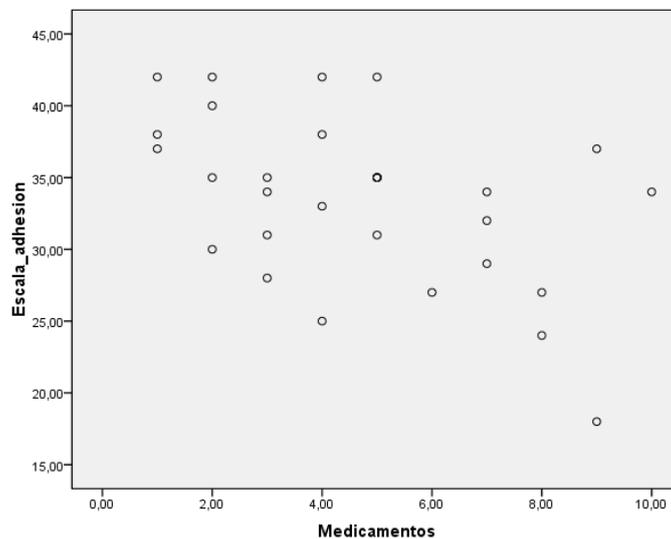
Por último, en la última de las hipótesis de a mayor número de medicamentos como parte del tratamiento, menor adhesión, se realiza nuevamente una correlación. Se puede observar que el índice de correlación de Pearson es negativo, lineal y muy significativo. $\text{Sig} < \alpha$ (0,05) por lo que se rechaza H_0 . Por tanto, a mayor número de medicamentos como parte del tratamiento, menor adhesión terapéutica habiendo una correlación inversa entre las variables.

Tabla 10- Correlaciones entre número de medicamentos y puntuación en la escala de adhesión.

		Escala_ adhesión	Numero_ medicamentos
Escala_ adhesión	Correlación de Pearson	1	-,464**
	Sig. (bilateral)		,010
	N	30	30
Número_ medicamentos	Correlación de Pearson	-,464**	1
	Sig. (bilateral)	,010	
	N	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Figura 4- Gráfico de la correlación entre el número de medicamentos y la puntuación en la escala de adhesión



Discusión

Una vez estudiados factores relacionados con la adherencia y tras la realización del análisis, vemos que la única variable asociada al incumplimiento terapéutico en nuestra muestra es el número de medicamentos. Lo cual se apoya en estudios previos que sostienen que solo existe evidencia de la no adherencia al tratamiento factores de polimedicación, así como otros factores no analizados en el presente estudio como son la complejidad de la pauta posológica, la depresión, el deterioro cognitivo y el deterioro funcional. Existen por otra parte pocas evidencias para los factores sociodemográficos, conocimiento de la pauta posológica o si el prescriptor es o no un especialista (21).

Para ello, en las consultas se deberán disminuir la complejidad del tratamiento, ya que la mala adherencia está directamente relacionada con el número de medicamentos prescritos, el número de administraciones diarias de cada medicamento y la duración del tratamiento. Es importante adaptar la pauta de tratamiento a los hábitos de la vida cotidiana del paciente haciendo que la administración de los medicamentos se incorpore como una rutina diaria más. Trabajar sobre el establecimiento de rutinas adaptadas a su estilo de vida y sobre la detección de las barreras experimentadas hacia el tratamiento, podrían constituirse en estrategias útiles (22).

Es importante también destacar que en la construcción de la variable adhesión terapéutica, el factor que más peso tenía era la implicación personal y el que menos peso, la relación transaccional, lo cual se podría decir que los pacientes perciben tener un mejor concepto de sí mismos y achacan posibles fallos en la adhesión a factores externos siendo primordialmente la relación médico-paciente. Es por ello que, como parte de las acciones generales de la atención primaria en todos los pacientes con enfermedades crónicas, se deberá facilitar información verbal y escrita, estrategias educativas como una buena comunicación verbal y una información escrita complementaria en un lenguaje entendedor para disminuir errores de medicación y potenciar la adherencia al tratamiento. El médico deberá incidir especialmente en este punto ya que es evidente que no basta con que el clínico entregue las indicaciones adecuadas a cada paciente en una consulta sino que el paciente deberá entenderlas.

Es durante el período intermedio entre una atención y la próxima donde realmente se pone en juego la efectividad del tratamiento y la prevención del daño en salud. Para mejorar la adherencia, el médico deberá involucrar al paciente en la decisión de las medidas terapéuticas, así aumentará que éste las tome como propias, permitiéndole que ambos sean capaces de discutir sobre el esquema terapéutico de manera abierta y honesta debiendo existir concordancia entre ellos, la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento requerido y los riesgos y beneficios asociados con el tratamiento planteado. Así mismo, el médico deberá asesorar en la implementación de herramientas de utilidad para disminuir la no-adherencia en función de las características concretas de cada paciente. Con estas medidas se conseguirá a su vez establecer un buen vínculo terapéutico con el paciente. Para ello, se deberá ofrecer al personal médico-sanitario entrenamiento enfocado en la mejora de sus habilidades de comunicación y relación con el paciente para que el profesional de la salud pueda negociar con el paciente la mejor estrategia a seguir en su tratamiento, considerando las expectativas y el contexto en que vive el mismo tal y como señalaba Remor ⁽²²⁾. Por otra parte, uno de los criterios de inclusión en la investigación era acudir a revisión médica por poseer al menos una enfermedad crónica. Este criterio puede que sesgue el resultado de la investigación ya que deja fuera del estudio a aquellos que tienen enfermedades crónicas y que no van a revisiones médicas, los cuales tendrán una menor adhesión y en los que no podremos detectar sus necesidades. En futuras investigaciones sería positivo tratar de abarcar a este colectivo.

Una vez que desde la Atención Primaria se lleven pautas comunes para cualquier tipo de persona que padezca alguna enfermedad crónica, se tendrán en cuenta factores personales para mejorarla ya que conocer al enfermo incumplidor del tratamiento y los factores que favorecen el incumplimiento permite diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar las consecuencias que las que hablábamos al comienzo del trabajo. Existen diversas estrategias para incrementar la adherencia terapéutica las cuales están destinadas al cambio de las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el médico como en el paciente en relación a la adherencia, sus dificultades y consecuencias. También existen otras que proponen incidir en el apoyo social

tanto fomentando el entorno social del paciente como integrándolo a grupos de autoayuda ⁽²³⁾.

Una de las limitaciones en el desarrollo del estudio ha sido la dificultad para lograr instrumentos basados en el autoinforme que sean sensibles a la evaluación del cumplimiento, que permitan neutralizar la deseabilidad social inherente a las situaciones de evaluación, y que mantengan una adecuada validez de criterio externo ⁽²²⁾. El test utilizado en esta investigación es un autoinforme y esto conlleva un sesgo de deseabilidad social y de reactividad, es decir, cuando los enfermos saben que están siendo observados, o que forman parte de un estudio, tienden a cumplir mejor que en condiciones normales ⁽²⁴⁾ y a no contradecir las expectativas que el entrevistador pueda tener.

Finalmente como futuras líneas de investigaciones sería interesante desarrollar mecanismos o instrumentos que tiendan a considerar la integración de métodos directos e indirectos para evaluar la adherencia terapéutica, y por el momento complementar ambos métodos. Por otra parte, la muestra utilizada en esta investigación no llega a ser lo suficientemente grande para ser representativa de la población. Para futuras investigaciones sería necesario aumentar la muestra.

Referencias bibliográficas

1. Nobel G. Aspectos psicosociales del enfermo crónico. *Enfermería psicosocial* 1991; 2: 239-241.
2. Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*. 2004; 14 (1): 89-99.
3. Sackett D, Haynes B. *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
4. Ferrer, V. Cumplimiento de prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de psicología de la salud*. 1995; 7 (1): 35-61.
5. Puente S. F. *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México, D.F* (edición de autor). 1984
6. Rodríguez-Marín J. *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis. 1995.
7. Silva G.E, Galeano E, Correa J.O. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta médica colombiana*. 2005; 30 (4): 268-273.
8. Becker M.H. The Health Belief Model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*. 1974; 2, 324- 473.
9. Rosenstock I.M The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*.1974; 2, 354-386.
10. Rosenstock I.M. Understanding and enchanging patient compliance with diabetic regimes. *Diabetic Care*. 1985; 8, 610-616.
11. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 1989; 44 (9).
12. Macía D, Méndez A. *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. 1999; 217-245.
13. Amigó I, Fernández C, Pérez M. *Manual de psicología de la salud*, Madrid: Pirámide. 1998; 13: 229-270.
14. Friedman y Di Matteo. *Health psychology*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc Health. 1989; 13, 450.

15. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2006; 32 (3).
16. Puigventós Latorre F, Llodrà Orotolà V, Vilanova Boltó M, Delgado Sánchez O, Lázaro Ferreruela M, Fortalleza-Rey Borralleras J et al. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. *Med Clin (Barc)*. 1997; 109, 702-706.
17. Campos A, Giner A, Alamar R, Castelló JV, García Y, Hernández D et al. Cumplimiento terapéutico de asmáticos en una consulta de alergia. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin*. 1996; 11, 101-105.
18. Crespo R, Valdés L, Bobé Y, Caylá JA. Dificultades percibidas por el paciente tuberculoso para cumplir el tratamiento. *Aten Primaria*. 1992; 9, 260-262.
19. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*. 2007; 135, 647-652.
20. Martín L, Bayarré, H Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarré-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*. 2008; 34 (1).
21. Palop V, Martínez F. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2004; 28: 113-120.
22. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*. 2002; 14 (2): 262-267.
23. Spilker & Cols. *Patient Recruitment in Clinical Trials*. New York: Raven Press. 1992, 346.
24. Gutiérrez Angulo ML, Lopetegi Uranga P, Sánchez Martín I, Garaigordobil Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Rev Calid Asist*. 2012; 27 (2): 72-77.

Anexos

CUESTIONARIO

Fecha: ___/___/_____

Formulario Nº: _____

Edad: _____

Sexo:

Masculino

Femenino

Ocupación:

Estudiante

Profesional

Desempleado/a

Jubilado/a

No procede

Años de enfermedad diagnosticada: _____

Número de enfermedades crónicas: _____

Número de medicamentos que toma al día: _____

1. ¿Toma los medicamentos en el horario establecido? (CT)

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

2. ¿Se toma todas las dosis indicadas? (CT)

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

3. ¿Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta? (CT)

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

4. ¿Asiste a las consultas de seguimiento programadas? (IP)

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

5. ¿Realiza los ejercicios físicos indicados? (IP)

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

6. ¿Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria? (IP)

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

7. ¿Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir? (RT)

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

8. ¿Puede cumplir el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos? (IP)

Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca

9. ¿Puede llevar a cabo el tratamiento sin llevar a cabo grandes esfuerzos? (IP)
Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
10. ¿Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento? (IP)
Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
11. ¿Usted y su médico conversar acerca de cómo cumplir el tratamiento? (RT)
Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca
12. ¿Tuvo la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento prescrito por su médico? (RT)
Siempre / Casi siempre / A veces / Casi nunca / Nunca



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en la consulta médica del doctor..... del centro de salud y que se les invita a participar en la investigación del estudio de la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas.

Soy Alicia Rivero García, estudiante del último año del grado de Medicina por la Universidad de Valladolid. Estoy estudiando los factores que determinan la no adherencia al tratamiento en personas con al menos una enfermedad crónica. Le voy a dar información e invitarle a participar en esta investigación. Antes de decidirse a participar en esta investigación puede hablar con alguien que se sienta cómodo/a sobre la misma. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, no dude en preguntar. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o a su médico.

Propósito de la investigación

Una enfermedad crónica se identifica como un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo progresando de manera lenta. Aproximadamente el 45% de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen con las recomendaciones terapéuticas lo cual conlleva consecuencias médicas, psicosociales y económicas. Con esta investigación queremos estudiar los factores que influyen en la adherencia terapéutica con objeto de poder desarrollar medidas que mejoren la adherencia.

Tipo de Intervención de Investigación

En esta investigación se pide la contestación del cuestionario que será utilizado únicamente para fines académicos además, se utilizará la información sin dar a conocer la identidad del participante. La selección de los participantes ha sido aleatoria entre aquellos con al menos una enfermedad crónica que acuden a su visita médica.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar conmigo en la dirección Alicia.rivero@alumnos.uva.es

Por ello declaro que he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____
Día/mes/año