



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

El problema de la no iniciación del tratamiento farmacológico: evaluación con métodos cualitativos

M^a Montserrat Gil Girbau

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



FACULTAT DE FARMÀCIA I CIÈNCIES DE L'ALIMENTACIÓ

EL PROBLEMA DE LA NO INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO :

EVALUACIÓN CON MÉTODOS CUALITATIVOS

M^a Montserrat Gil Girbau

2019

UNIVERSITAT DE BARCELONA
FACULTAT DE FARMÀCIA I CIÈNCIES DE L'ALIMENTACIÓ

DOCTORAT DE RECERCA, DESENVOLUPAMENT I CONTROL DE MEDICAMENTS

“EL PROBLEMA DE LA NO INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:
EVALUACIÓN CON MÉTODOS CUALITATIVOS”

Memòria presentada per M^a Montserrat Gil Girbau per optar al títol de doctora per la
Universitat de Barcelona

Directores:

Maria Rubio Valera

Maria Antonia March Pujol

Doctoranda:

M^a Montserrat Gil Girbau

Tutora:

Maria Antonia March Pujol

M^a MONTSERRAT GIL GIRBAU, 2019

Simplement us la dedico a vosaltres que ho heu fet posible.

Fuentes de financiación en la tesis doctoral

Los estudios que conforman la presente tesis se han podido llevar a cabo gracias a las siguientes ayudas.

- Fondo de Investigación en Salud del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Salud de España (PI12/01914; PI12/001616; PI12/02608; PI12/01974; PI12/02774; PI12/02635; PI12/02379; PI14/00052).
- Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Salud de España (CB16/02/00322).
- Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Salud de España. (RD16/0007/0012).
- Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) de la Unión Europea.
- "Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut" (PERIS) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (SLT002/16/00190).
- Ajuts de recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu 2018 (PIC-66-18).

Artículos publicados de la tesis doctoral

- **Gil-Girbau M**, Aznar-Lou I, Peñarrubia-María MT, Moreno-Peral P, Fernández A, Bellón J.À, Jove A.M, Fernández-Vergel R, Figueiras A, March-Pujol M, Rubio-Valera A. Reasons for medication non-initiation: A qualitative exploration of the patients' perspective. *Res Social Adm Pharm.* 2019 Aug 6. pii: S1551-7411(19)30059-2. doi: 10.1016/j.sapharm.2019.08.002. [Epub ahead of print]. **IF: 2,719 (Q1)**
- **Gil-Girbau M**, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, Murrugarra G, Masluk B, Rodríguez-Martín B, García Pineda A, Vidal Tomás C, Conejo-Cerón S, Recio JI, Martínez C, Pujol-Ribera E, Berenguera A. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gac Sanit.* 2019 Nov 18. pii: S0213-9111(19)30215-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.06.011. [Epub ahead of print] Spanish. **IF:1.656 (Q2)**

Pósters de la tesis doctoral

- **Gil-Girbau M**, Aznar-Lou I, Peñarrubia-María M, Fernandez A, Fajó-Pascual M, Moreno-Peral P, et al. El problema de la no-iniciación al tratamiento farmacológico: resultados preliminares de un estudio cualitativo. VII Congreso El Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios. Zaragoza; 2016.

Comunicaciones orales y divulgación científica de la tesis doctoral

- Peñarrubia-María MT, **Gil-Girbau M**, Fernández A, Moreno-Peral P, March-Pujol P, Serrano-Blanco A, Fajó-Pascual M, Rubio-Valera M. Initial medication adherence: the patients' perspective. ESPACOM. Budapest; 2017.
- **Gil-Girbau M**, Peñarrubia-María MT, Aznar-Lou I, Gallardo González MC, Bagaría de Casanova G, Planchuelo Calatayud D, Jiménez Muñoz B, March Pujol M, Rubio-Valera M. No iniciación del tratamiento para la enfermedad cardiovascular y la diabetes: Intervención multidisciplinaria en Atención Primaria y Farmacia Comunitaria. Primer Congreso Nacional Médico-Farmacéutico. SEMERGEN-SEFAC. Madrid;2019
- **Gil-Girbau M**, Peñarrubia-María, MT, Carbonell Duacastella C, Gallardo González MC, Planchuelo Calatayud d, Jimenez Muñoz B; March-Pujol M, Rubio-Valera M. Intervención en Atención Primaria y Farmacia Comunitaria para mejorar la No iniciación farmacológica en la diabetes y la enfermedad Cardiovascular. Encuentro Europeo de Farmacia. INFARMA. Barcelona; 2019.Formato póster y comunicación oral.
- Festival Pint of Science (charlas sobre las últimas investigaciones científicas, en un formato accesible al público). “Segur que m'he de prendre això?” **Maria Montserrat Gil-Girbau** i Maite Peñarrubia.Barcelona; Mayo del 2019.

Premios concedidos relacionados con la tesis doctoral

- Premio a la mejor comunicación en formato poster en su categoría en el VII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitario celebrado en Zaragoza del 23 al 26 de mayo del 2016: El problema de la no-iniciación al tratamiento farmacológico: resultados preliminares de un estudio cualitativo. Gil-Girbau M et al.
- Premi Sanitat Baix Llobregat Edició 2016 (Col.legi de Metges d Barcelona) otorgat al treball: El problema de la no-iniciación al tratamiento farmacológico: resultados preliminares de un estudio cualitativo. Gil-Girbau M et al.
- Tercer premio a la mejor comunicación oral del congreso Infarma 2019: Intervención en Atención Primaria y Farmacia Comunitaria para mejorar la No iniciación farmacológica en la diabetes y la enfermedad Cardiovascular. Gil Girbau et al.

Agraïments

Quantes vegades he visualitzat aquest moment i sempre he pensat que era un somni i que no es faria mai realitat. El trajecte ha estat dur, més aviat molt dur, i sobretot l'ascensió final. Aquest projecte és gràcies a moltes persones a les que aprecio i estimo i a les que m'agradaria dedicar unes paraules.

Gràcies a les meves directores de tesis. Moltes gràcies Maria, el meu "àngel" és així com ho sento. Fa 7 anys que em fas costat i sempre ajudant-me a créixer professionalment i a tirar endavant en constants situacions en que jo hagués tirat la tovallola. Has confiat en mi en tot moment i ara es veuen els fruits en els que hi tens molt a veure i en els que desitjo siguin d'utilitat per moltes persones. A la Marian March pel seu suport en totes les tasques de tutora i directora a la Universitat de Barcelona.

A la Dra. Marisa Garcia i als membres de la Comissió de Seguiment de la tesi, el Dr. Suñer, el Dr. Cendros i el Dr. Domènech per les aportacions fetes durant el seguiment i que de ben segur l'han millorada.

Al Toni, per la seva consideració i comprensió. Sempre t'agrairé la confiança que has dipositat en mi per iniciar el camí d'investigadora després d'haver estat forces anys treballant en l'àmbit de la farmàcia comunitària.

Als companys del projecte no iniciadors, especialment la Maite i l'Ignacio, amb els que hem fet viu aquest estudi.

A tots aquells que han estat companys de despatx, especialment l'Eli, el Marcos i la Cristina, ja que sempre m'heu fet sentir com una més i sempre esteu disposats a donar-me un cop de mà. A la meva "compi" de travesses, la Montse Iracheta, qui ens ho hagués dit, mare meva!. A tots els companys de la unitat de recerca de la Fundació de Sant Joan de Déu per totes les estones que hem compartit i en les que m'heu fet riure moltíssim.

Als professionals clínics que col·laboren amb nosaltres, ja que en tot moment han estat disposats a aportar la seva expertesa clínica de forma totalment desinteressada. Als metges d'atenció primària, l'Anna Maria, l'Ana, la Patricia, la Rita, el Juan i el Juantxo, que van participar com a porters a l'estudi de no-iniciadors i el de professionals sanitaris. També als coautors dels articles que amb les seves revisions han millorat els articles considerablement.

Al grup de treball del Col·legi de Farmacèutics de Girona per la seva disposició com a porteres del primer estudi de no iniciadors. A la Montse Moral que com a membre de SEFAC, em va ajudar a trobar participants d'origen immigrant. Al Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona per cedir les sales per les entrevistes grupals dels farmacèutics del segon estudi de no iniciadors. Al Guillermo Bagaria per contactar amb participants farmacèutics del segon estudi de no iniciadors. A tots els participants del estudis, ja que sense ells, aquesta tesi no tindria raó de ser.

A les meves "ANNIMMS" (Asun, Núria, Nuri, Isabel, Miriam i Susanna) que portem juntes des de fa tan de temps, gràcies per escoltar-me i gracies per plorar juntes. A la Ceci, Carla, Clara, Joan D, Maria D, Maria I, Maite T, Marta B, Marta C, Pilar, Ruth, Victòria M, Victòria P, Sara , Rosa i Tamarius que formeu part de la meva vida.

I el més important per mi, la meva gran família a la que li dec tot. Als meus pares, que em van ensenyar valors tant importants com el respecte a les persones i saber apreciar totes les coses per petites que siguin. Als meus germans, la M^a Emília i el Santi als que sempre porto dins el meu cor. A la Sílvia i al Joan, els meus segons pares, que tant d'afecte i estimació m'heu donat. Als meus cunyats i tots els meus nebots als que estimo molt.

Sílvia, Carlus i Mariona, sou el regal més important de la meva vida, heu estat al meu costat, per ajudar-me i animar-me a seguir endavant amb aquest projecte que tant important ha sigut per mi.

Per últim, la raó de ser ara aquí, Joan, gràcies per la paciència que has tingut amb mi, sé que no ha estat fàcil però de ben segur que sense el teu suport, ajuda i estimació això mai hagués estat possible.

A tots, MOLTES GRÀCIES!

Índice y contenidos

Resumen.....	19
Introducción	21
Objetivos.....	21
Métodos	22
Resultados	23
Conclusiones.....	24
Summary.....	25
Introduction.....	27
Objectives	27
Methods	28
Results	29
Conclusions.....	30
Prefacio.....	31
CAPÍTULO 1.....	33
Introducción	33
1.1 Estructura sanitaria en España: el contexto de la atención primaria.....	35
1.1.1 Historia y descentralización de la atención primaria en España.....	35
1.2 Competencias sanitarias en España.....	35
1.3 Criterios de ordenación sanitaria en España	36
1.3.1 Áreas de salud	36
1.3.2 Zonas básicas de salud o áreas básicas de salud.....	37
1.4 Niveles de atención en salud	37
1.4.1 Atención primaria en Salud.....	38
1.4.2 Circuito del paciente en el nivel primario de la atención sanitaria	41

1.5	Relación médico-paciente y modelos de atención médica.....	43
1.6	Enfermedad cardiovascular y diabetes: epidemiología y manejo en atención primaria 46	
1.6.1	Enfermedad Cardiovascular.....	46
1.6.2	Diabetes.....	48
1.7	Adherencia a las recomendaciones en salud: comportamientos en salud y toma de medicación	50
1.7.1	Modelos de comportamiento en salud.....	50
1.8	Adherencia a los tratamientos farmacológicos.....	56
1.8.1	Clasificación de falta de adherencia a la medicación.....	57
1.8.2	Medición y seguimiento de la adherencia.....	60
1.8.3	Epidemiología de la adherencia.....	60
1.8.4	Consecuencias clínicas y económicas de la adherencia a la medicación	61
1.8.5	Factores asociados a la falta de adherencia	62
1.8.6	Modelos de adherencia a la medicación	65
1.8.7	Estrategias de mejora de adherencia	69
1.9	Adherencia primaria	72
1.9.1	Definición falta de adherencia primaria o no iniciación.....	72
1.9.2	Consideraciones en los estudios de no iniciación	73
1.9.3	Prevalencia de no iniciación.....	74
1.9.4	Consecuencias clínicas, sociales y económicas de no iniciación	75
1.9.5	Factores asociados a la no iniciación	76
1.9.6	Motivaciones de no iniciación	78
1.9.7	Estrategias de mejora en la no iniciación.....	79
	CAPÍTULO 2.....	83
	Objetivos.....	83
	CAPÍTULO 3.....	87
	Material y métodos	87

3.1	Contexto de los estudios	89
Capítulo 3: <i>Estudio 1</i>		91
Material y métodos		91
3.1.1	Diseño	93
3.1.2	Criterios de selección de participantes	93
3.1.3	Acceso a la muestra	94
3.1.4	Muestra	96
3.1.5	Análisis	97
3.1.6	Validación y rigor	98
3.1.7	Aspectos éticos	99
Capítulo 3: <i>Estudio 2</i>		101
Material y métodos		101
3.2	103
3.2.1	Diseño	103
3.2.2	Criterios selección participantes	103
3.2.3	Acceso a la muestra	103
3.2.4	Muestra	103
3.2.5	Análisis	104
3.2.6	Validación y rigor	105
3.2.7	Aspectos éticos	105
Capítulo 3: <i>Estudio 3</i>		107
Material y métodos		107
3.3	109
3.3.1	Diseño	109
3.3.2	Criterios de selección de participantes	109
3.3.3	Acceso a la muestra	109
3.3.4	Muestra	109
3.3.5	Análisis	112

3.3.6	Validación y rigor	112
3.3.7	Aspectos éticos.....	113
Capítulo 3:	<i>Estudio 4</i>	117
Material y métodos		117
3.4		119
3.4.1	Diseño de la intervención IMA.....	119
CAPÍTULO 4.....		121
Resultados		121
Capítulo 4:	<i>Estudio 1</i>	123
Resultados		123
4.1		125
4.1.1	Participantes.....	125
4.1.2	Balance riesgo-beneficio.....	127
4.1.3	Relacionado con el paciente (factores intrapersonales).....	130
4.1.4	Relación del paciente con el sistema de salud (factores interpersonales).....	133
4.1.5	Influencias externas (factores interpersonales y factores contextuales).....	135
4.1.6	Perfiles de tratamiento.....	136
4.1.7	Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación.....	137
Capítulo 4:	<i>Estudio 2</i>	139
Resultados		139
4.2		141
4.2.1	Participantes.....	141
4.2.2	Balance beneficio/riesgo	142
4.2.3	Relacionado con el paciente (factores intrapersonales).....	145
4.2.4	Relación del paciente con el sistema de salud (factores interpersonales).....	147
4.2.5	Influencias externas (factores interpersonales y factores contextuales).....	149
4.2.6	Modelo Teórico de Iniciación de la Medicación	149
Capítulo 4:	<i>Estudio 3</i>	151

Resultados	151
4.3	152
4.3.1 Participantes.....	153
4.3.2 Modelos Interpersonales.....	159
4.3.3 Modelos Macro o Comunitarios	164
Capítulo 4: <i>Estudio 4</i>	167
Resultados	167
4.4	169
4.4.1 Diseño final de la intervención IMA.....	169
4.4.2 Elementos Fijos. La intervención del médico de atención primaria y soporte dóptico. 171	
4.4.3 Elementos Flexibles. Intervención del personal de enfermería, intervención del farmacéutico comunitarios y soporte web.....	172
CAPÍTULO 5.....	175
Discusión.....	175
5.1 No iniciación: Determinantes i comparación con la literatura previa.....	177
5.2 Balance beneficio-riesgo.....	177
5.2.1 Percepción de enfermedad	178
5.2.2 Percepción de medicación.....	180
5.3 Factores intrapersonales (relacionados con el paciente)	182
5.3.1 Connotación emocional.....	183
5.4 Factores interpersonales (Relación paciente-sistema sanitario)	184
5.4.1 Relación Paciente-Médico de atención primaria	184
5.4.2 Otros profesionales sanitarios	185
5.5 Influencias externas (factores interpersonales y contextuales).....	187
5.6 El rol del tipo de fármaco en la toma de decisiones sobre la primera prescripción ..	187
5.7 Adherencia de los profesionales a los modelos teóricos de intervenciones en salud. 188	

5.8	Investigación con métodos mixtos: importancia para el diseño de intervenciones de mejora	190
5.9	Intervención IMA: comparación con la literatura previa	191
5.9.1	Modelos de práctica de promoción y prevención de la salud escogidos en la intervención.....	191
5.9.2	Componentes clave de la intervención IMA	192
5.9.3	Intervención IMA: comparación con intervenciones de mejora de la iniciación	193
5.10	Limitaciones y fortalezas.....	195
5.10.1	Limitaciones.....	195
5.10.2	Fortalezas	197
5.11	Investigación futura.....	198
CAPÍTULO 6.....		201
Conclusiones.....		201
Referencias		205
ANEXO 1		229
Publicaciones incluidas en la tesis doctoral		229
ANEXO 2		257
Publicaciones no incluidas en la tesis doctoral		257

Índice de tablas y figuras

Tabla 1.1. Distribución de competencias en el SNS	36
Tabla 1.2. Funciones que se realizan en atención primaria	39
Tabla 1.3 Funciones que se realizan en farmacia comunitaria	40
Tabla 1.4. Modelos de atención médica	45
Tabla 1.5. Modelos de comportamiento en salud según niveles micro, meso o macro	55
Tabla 1.6. Modelos de comportamiento en salud según niveles de actuación	70
Tabla 3.1. Copago de los medicamentos	90
Tabla 3.2 Segmentos terapéuticos en función de la patología del participante	94
Tabla 3.3. Reflexividad y circularidad del diseño	96
Tabla 3.4 Guion temático entrevista individual	97
Tabla 3.5. Guion temático de las entrevistas grupales	111
Tabla 3.6. Resumen de los principales modelos sobre el cambio de conducta aplicadas en Atención Primaria de Salud analizadas en este estudio.....	114
Continuación Tabla 3.6. Resumen de los principales modelos sobre el cambio de conducta aplicadas en atención primaria de salud analizadas en este estudio.....	115
Continuación Tabla 3.6. Resumen de los principales modelos sobre el cambio de conducta aplicadas en atención primaria de salud analizadas en este estudio.....	116
Tabla 4.1. Características de los participantes.....	126
Tabla 4.2. Características de los participantes en las entrevistas grupales.....	141
Tabla 4.3. Aspectos emergentes y no emergentes de los profesionales sanitarios.....	142
Tabla 4.4. Características de los participantes del estudio.	153
Tabla 4.5. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos intrapersonales de salud.....	155
Continuación Tabla 4.5. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos intrapersonales de salud.....	156
Continuación Tabla 4.5. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos intrapersonales de salud.....	157

Continuación Tabla 4.5. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos intrapersonales de salud.....	158
Tabla 4.6. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos interpersonales de salud.....	160
Continuación Tabla 4.6. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos interpersonales de salud.....	161
Continuación Tabla 4.6. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos interpersonales de salud.....	162
Continuación Tabla 4.6. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos interpersonales de salud.....	163
Tabla 4.7. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos comunitarios de salud.....	165
Tabla 4.8. Características de los participantes de los grupos discusión.....	170
Figura 1.1 Modelo de Creencias de Salud.....	51
Figura 1.2 Modelo de Promoción de la Salud de Pender.....	53
Figura 1.3. Clasificación de la adherencia farmacológica según temporalidad.....	59
Figura 1.4 Factores asociados a la falta de adherencia.....	63
Figura 1.5. Adaptación del modelo de toma de decisiones respecto a la medicación de Pound	67
Figura 1.6 Protocolo de detección de falta de adherencia según perfiles de actitud.....	69
Figura 1.7. Interacciones edad y nacionalidad en no iniciadores.....	78
Figura 4.1. Modelo de Iniciación a la Medicación.....	138
Figura 4.2. Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación completo.....	150
Figura 4.3. Algoritmo de intervención IMA.....	169

Resumen

Introducción

La no iniciación ocurre cuando se le prescribe un nuevo tratamiento farmacológico a un paciente y este, toma la decisión de no empezarlo. La prevalencia de no iniciación oscila entre el 6% y el 28% en atención primaria y se asocia con peores resultados clínicos, más días de baja por enfermedad y costos más altos. Las patologías cardiovasculares y la diabetes tienen altas tasas de prevalencia, morbilidad y falta de adherencia secundaria. En España, la prevalencia de no iniciación en atención primaria de tratamientos farmacológicos para estas enfermedades se sitúa entre el 6% y el 13%.

Objetivos

1. Conocer y entender las motivaciones que llevan a una persona a no iniciar un tratamiento prescrito en atención primaria desde la perspectiva del paciente, teniendo en cuenta distintos perfiles de tratamiento (agudo, crónico asintomático, crónico sintomático y mental).
2. Conocer y entender las motivaciones que llevan a una persona a no iniciar un tratamiento prescrito en atención primaria desde la perspectiva del profesional sanitario, teniendo en cuenta distintos perfiles de tratamiento.
3. Comprender a qué modelos teóricos se ajusta la práctica actual de la prevención primaria y promoción de la salud en atención primaria en España desde la perspectiva de los profesionales sanitarios de distintas disciplinas de este ámbito asistencial.
4. Diseñar una intervención de mejora de la no iniciación que sea factible y aplicable en atención primaria y comunitaria.

Métodos

Para dar respuesta a los objetivos se desarrollaron cuatro estudios que se describen a continuación.

Estudio 1: Estudio cualitativo exploratorio explicativo basado en la Teoría Fundamentada. A través de un muestreo teórico de conveniencia, entre marzo del 2015 y diciembre del 2016, se realizaron 30 entrevistas individuales semi-estructuradas a pacientes no iniciadores de centros de atención primaria de Barcelona, Girona y Málaga siguiendo un diseño circular de inclusión, análisis y reflexión. El análisis de datos se realizó siguiendo procedimientos del análisis de contenido temático de comparación constante. El análisis fue triangulado para asegurar los criterios de credibilidad, consistencia y reflexividad. Se realizaron entrevistas hasta saturar la información.

Estudio 2: Estudio cualitativo interpretativo-explicativo basado en la Teoría Fundamentada. A través de un muestreo teórico de conveniencia, entre abril y julio del 2018, se realizaron 6 entrevistas grupales semi-estructuradas con profesionales del primer nivel asistencial (médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales de los centros de atención primaria y farmacéuticos comunitarios) de la provincia de Barcelona siguiendo un diseño circular de inclusión, análisis y reflexión. El análisis de datos se realizó siguiendo procedimientos de análisis de contenido temático de comparación constante. El análisis fue triangulado para asegurar los criterios de credibilidad, consistencia y reflexividad.

Estudio 3: Se realizó un análisis secundario de un estudio cualitativo descriptivo interpretativo que se realizó en el marco del diseño, implementación y evaluación de una intervención compleja multirriesgo para mejorar los estilos de vida de la población española (Proyecto EIRA). Entre noviembre de 2013 y mayo de 2014 se realizaron 14 entrevistas grupales en centros de salud de 7 comunidades autónomas de España (Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-la Mancha, Castilla-León, Cataluña y País Vasco). En 2018, se realizó una revisión bibliográfica consensuando siete modelos de cambio de conducta que frecuentemente se utilizan para diseñar intervenciones de prevención y promoción de la salud y posteriormente se realizó el análisis secundario de datos

siguiendo procedimientos de análisis de contenido temático y de acuerdo con 7 modelos teóricos de promoción de la salud a nivel micro, meso y macro. El análisis fue triangulado para asegurar los criterios de credibilidad, consistencia y reflexividad.

Estudio 4: En base a la evidencia encontrada, los resultados obtenidos de los anteriores estudios y siguiendo los criterios para el diseño de intervenciones complejas, se elaboró una primera versión de la intervención. Con la finalidad de aumentar la aceptabilidad y transferibilidad de la intervención, entre abril y julio del 2018, se realizaron 8 grupos de discusión con profesionales del primer nivel asistencial y especialistas. Los resultados de los grupos de discusión se utilizaron para optimizar la intervención IMA.

Resultados

Estudio 1: Los resultados fueron similares para todos los grupos terapéuticos. Ante una nueva prescripción farmacológica, los pacientes realizan una evaluación de riesgo-beneficio basada en múltiples factores. La evaluación está influida por las percepciones de los pacientes sobre la patología y la medicación, la reacción emocional, la alfabetización en salud y factores culturales. La toma de decisiones, además, puede estar condicionada por el contexto del paciente y su relación con el sistema de salud. A raíz de los resultados obtenidos se genera el Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación.

Estudio 2: El discurso generado por los profesionales de atención primaria coincide casi al completo con el de los pacientes y confirma el Modelo Teórico de Iniciación. Se completó el modelo añadiendo algunos factores que influyen en la iniciación a la medicación como el nivel educativo del paciente, el apoyo social y familiar y el papel del personal de enfermería y de los auxiliares de farmacia.

Estudio 3: Las actividades de prevención primaria y promoción de la salud que los profesionales de los centros participantes aplican más en su práctica diaria coinciden mayoritariamente con modelos intrapersonales, en menor grado con modelos interpersonales y raramente con modelos comunitarios. Los profesionales se centran en empoderar al paciente aumentando la percepción de riesgo y de los beneficios del cambio en los comportamientos y guiándoles en la implementación de hábitos y actitudes saludables.

Estudio 4: La intervención compleja IMA es multicomponente y multidisciplinaria. Está basada en la toma de decisiones compartidas e informadas y centrada en tratamientos farmacológicos relacionados con la patología cardiovascular y la diabetes en atención primaria. Los elementos fijos están formados por la intervención del médico de atención primaria y un soporte informativo relacionado con la enfermedad y la medicación prescrita. Los elementos flexibles son el apoyo del personal de enfermería de atención primaria y del farmacéutico comunitario. Además, cuenta con un soporte web que aporta información contrastada en todas las fases de la intervención.

Conclusiones

El Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación explica que la decisión de no iniciar un fármaco está influida por múltiples factores. Ante una nueva prescripción el paciente realiza una valoración beneficio-riesgo afectada por la percepción que tiene sobre la patología y la medicación. A su vez, esta percepción viene condicionada por factores intrapersonales e interpersonales y por factores externos.

Los profesionales de la salud deben explorar las creencias de los pacientes sobre los beneficios y los riesgos para ayudarlos a tomar decisiones informadas y promover la toma de decisiones compartidas. Los médicos generales deben asegurarse de que los pacientes comprendan los beneficios y los riesgos de la enfermedad y el tratamiento, a la vez que explican todos los tratamientos alternativos, animando a los pacientes a que hagan preguntas y apoyen las decisiones de su tratamiento.

Se ha diseñado una intervención compleja específica de IMA para patología cardiovascular y la diabetes para minimizar el impacto negativo que produce la no iniciación de estos fármacos en la salud de las personas a largo plazo.

Summary

Introduction

Non-initiation occurs when a new pharmacological treatment is prescribed to a patient who decides not to start it. The prevalence of non-initiation ranges from 6% to 28% in primary care and it is associated with worse clinical outcomes, more days on sick leave and higher costs. Cardiovascular disease and diabetes have high rates of prevalence, morbidity and lack of secondary adherence. In Spain, the prevalence of non-initiation in primary care of pharmacological treatments for these diseases is between 6% and 13%.

Objectives

1. To explore and understand the motivations that lead a person not to initiate a prescribed treatment in primary care from the patient's perspective, taking into account different treatment profiles (acute, chronic asymptomatic, chronic symptomatic and mental).
2. To explore and understand the motivations that lead a person not to initiate a prescribed treatment in primary care from the perspective of the healthcare professional, taking into account different treatment profiles.
3. To explore the theoretical models that fit the current practice of primary prevention and health promotion in primary care in Spain from the perspective of health professionals from different disciplines.
4. To design a non-initiation improvement intervention that would be feasible and applicable in primary and community care.

Methods

To respond to the objectives, four studies were developed and described below.

Study 1: Exploratory explanatory qualitative study based on Grounded Theory. Through a theoretical sampling of convenience, between March 2015 and December 2016, 30 semi-structured individual interviews were conducted with non-initiating patients in primary care centres in Barcelona, Girona and Malaga following a circular design of inclusion, analysis and reflexivity. Data analysis was performed following thematic content analysis procedures with constant comparison. The analysis was triangulated to ensure credibility, consistency and reflexivity. Interviews were conducted until the information was saturated.

Study 2: Exploratory interpretive qualitative study based on Grounded Theory. Through a theoretical sampling of convenience, between April and July 2018, 6 semi-structured group interviews were carried out with professionals of the first level of care (doctors, nurses and social workers of primary care centres and community pharmacists) of the province of Barcelona following a circular design of inclusion, analysis and reflexivity. The data analysis was performed following procedures of thematic content analysis with constant comparison. The analysis was triangulated to ensure credibility, consistency and reflexivity.

Study 3: Secondary analysis of a qualitative descriptive study that was carried out in the framework of the design, implementation and evaluation of a complex multi-risk intervention to improve the lifestyles of the Spanish population (EIRA Project). Between November 2013 and May 2014, 14 group interviews were conducted in health centres from 7 autonomous communities in Spain (Andalusia, Aragon, Balearic Islands, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Catalonia and the Basque Country). A bibliographic review was carried out and seven models of behaviour change that are frequently used to design health prevention and promotion interventions were selected. Subsequently, the secondary data analysis was carried out following procedures of thematic content analysis and in accordance with 7 theoretical models

of health promotion at micro, meso and macro level. The analysis was triangulated to ensure the criteria of credibility, consistency and reflexivity.

Study 4: Based on the evidence founded, the results obtained from previous studies and following the criteria for the design of complex interventions, a first version of the intervention was developed. In order to increase the acceptability and transferability of the intervention, between April and July 2018, 8 discussion groups with professionals of the first level of care and specialists were conducted. The results of the discussion groups were used to optimize the intervention of Adherence to the Initiation to Medication (IMA).

Results

Study 1: The results were similar for all therapeutic groups. Facing a new pharmacological prescription, patients perform a risk-benefit evaluation based on multiple factors. The evaluation is influenced by the patient's perceptions of the pathology and medication, the emotional reaction, health literacy and cultural factors. In addition, decision making may be conditioned by the context of the patient and their relationship with the health system. Following the results obtained, the Theoretical Model of Medication Initiation was generated.

Study 2: The discourse generated by primary care professionals and by patients coincides almost completely, confirming the Theoretical Model of Initiation. The model was completed by adding some factors that influence the initiation of medication such as the educational level of the patient, social and family support and the role of nursing staff and pharmacy assistants.

Study 3: The activities of primary prevention and health promotion that the professionals of the participating centres mainly apply in their daily practice coincide mostly with intrapersonal models, to a lesser extent with interpersonal models and rarely with community models. Professionals focus on empowering the patient by increasing the perception of risk and the

benefits of changing behaviours and guiding them in the implementation of healthy habits and attitudes.

Study 4: The complex IMA intervention is multicomponent and multidisciplinary. It is based on shared and informed decisions making and focused on pharmacological treatments related to cardiovascular disease and diabetes in primary care. The fixed elements include the intervention of the primary care physician and an informative support related to the disease and the prescribed medication. The flexible elements are the support of the primary care nursing staff and the community pharmacist. In addition, it has a web support that provides proven information in all phases of the IMA intervention.

Conclusions

The Theoretical Model of Medication Initiation explains that the decision not to start a pharmacological treatment is influenced by multiple factors. Facing a new prescription, the patient makes a benefit-risk assessment affected by the perception he has about the pathology and medication. In turn, this perception is conditioned by intrapersonal and interpersonal factors and external factors.

Health professionals should explore patients' beliefs about the benefits and risks to help them make informed decisions and promote shared decision making. General practitioners should ensure that patients understand the benefits and risks of disease and treatment, while explaining all alternative treatments, encouraging patients to ask questions and support their treatment decisions.

A specific complex IMA intervention for cardiovascular pathology and diabetes has been designed to minimize the negative impact of non-initiation of these drugs on people's long-term health.

Prefacio

En el capítulo 1 de esta tesis, se describe el marco teórico y social en el que se ha desarrollado la presente tesis. Se describe la organización del sistema de salud en España, con un foco especial en la atención primaria y comunitaria, así como los principales modelos de atención médica y cómo estos influyen en el paciente. Se presenta la epidemiología e impacto de la enfermedad cardiovascular y la diabetes, detallando las estrategias de prevención y manejo de estas enfermedades. Se detalla la epidemiología e impacto de los problemas de adherencia, así como los factores asociados a los problemas de adherencia, los modelos teóricos de comportamiento centrados en adherencia y las intervenciones estudiadas hasta el momento. Se presenta la epidemiología de la no iniciación. Se describen los modelos de comportamiento en salud que guían las estrategias utilizadas por los profesionales sanitarios en la recomendación de estilos de vida saludables y, concretamente, en la recomendación de uso de medicación para la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular y la diabetes en atención primaria y comunitaria. Para acabar de centrar esta tesis, se describe el marco teórico-metodológico de esta tesis, que se enmarca en el paradigma de investigación cualitativa, así como en la teoría de diseño y evaluación de intervenciones complejas.

En el capítulo 2, se presentan los objetivos específicos de la tesis. En el capítulo 3, que se divide en 4 apartados, se presentan los métodos que se han seguido para responder a los objetivos planteados. En el capítulo 4, también dividido en 4 apartados, se presentan los resultados que responden a los objetivos de la tesis.

En el capítulo 5, se presenta la discusión general de la tesis, así como las limitaciones y fortalezas de los estudios desarrollados y proyectos futuros. Finalmente, en el capítulo 6, se describen las conclusiones de la tesis.

En los anexos se incluyen los artículos derivados de la tesis.

CAPÍTULO 1

Introducción

1.1 Estructura sanitaria en España: el contexto de la atención primaria

1.1.1 Historia y descentralización de la atención primaria en España

Durante muchos años, en España, fue imposible adaptar las estructuras sanitarias a las necesidades de los ciudadanos. En el año 1986, se produjo el cambio del sistema Bismarck al sistema Beveridge, generado tras la aplicación de la Ley General de Sanidad con el propósito de asegurar el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud (1). Para ello, se definieron los poderes públicos y la institucionalización de las Comunidades Autónomas (CCAA) con la finalidad de que estas integrasen competencias específicas en sanidad. Como consecuencia de ello, nació el Sistema Nacional de Salud que se define como “el conjunto de los servicios de salud de las CCAA convenientemente coordinados”. El Sistema Nacional de Sanidad está amparado por el artículo 50 de la Ley que dice que “en cada CCAA se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva CCAA” (2).

El traspaso de competencias sanitarias o descentralización a las CCAA se inició de forma progresiva, siendo la CCAA de Cataluña la primera en transferirse. Este proceso de descentralización de los centros, servicios y competencias de asistencia sanitaria pública y de la seguridad social se completó en el año 2002 con el traspaso a las últimas 10 CCAA (Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Islas Baleares, La Rioja, Madrid y Murcia) (3,4).

1.2 Competencias sanitarias en España

La gestión del Sistema Nacional de Sanidad español se realiza desde tres vértices (ver la distribución de competencias del Sistema Nacional de Sanidad en España en la **Tabla 1.1**)

- el primero es el Gobierno Central (Administración Central), que tiene la responsabilidad de coordinar el Sistema Nacional de Sanidad, la Sanidad Internacional y las políticas de medicamentos,

- el segundo son los Departamentos de Salud de las 17 CCAA de España, que se encargan de la legislación regional, la planificación de los servicios y la gestión de servicios sanitarios entre otros y
- el tercero son las Autoridades locales que colaboran con los proveedores de los servicios sanitarios.

Tabla 1.1. Distribución de competencias en el SNS

Autoridad	Competencias
Gobierno Central	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación básica y coordinación de SNS • Sanidad internacional • Política de medicamentos • Gestión del sistema de salud de las dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla)
Departamentos de Salud de las CCAA	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación regional • Aseguración médica • Planificación de los servicios de salud • Gestión y provisión de servicios sanitarios • Salud Pública
Autoridades Locales	<ul style="list-style-type: none"> • Saneamiento • Colaboración con los proveedores de servicios sanitarios, pudiendo llegar a gestionar servicios sanitarios públicos o comunitarios de forma residual

Fuente: Spain: Health system review (3); CCAA: Comunidades autónomas

1.3 Criterios de ordenación sanitaria en España

La estructura sanitaria en las CCAA se ordena en dos niveles: el área de salud y, dentro de ella, la 2) zona básica de salud o área básica de Salud, como se conoce en la CCAA de Catalunya (5).

1.3.1 Áreas de salud

Las áreas de salud, según el artículo 56 de la Ley 14/1986, son las estructuras fundamentales del sistema sanitario. Agrupan el conjunto de centros de salud y profesionales sanitarios de atención primaria y atención especializada de todas las CCAA, gestionando las prestaciones y los programas sanitarios. Las áreas de salud están delimitadas por cada CCAA teniendo en cuenta

factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación (6). Todos los datos sanitarios de los usuarios de las áreas de salud están gestionados por el sistema de información de atención primaria del Sistema Nacional de Sanidad de España.

1.3.2 Zonas básicas de salud o áreas básicas de salud

Las áreas básicas de salud, según el Real Decreto 137/1984, son estructuras básicas de salud y se definen como una “demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”. Su delimitación por CCAA se basa en criterios demográficos, geográficos y sociales(6). Las áreas básicas de salud pueden disponer de uno o más centros sanitarios (centros de atención primaria) para garantizar la accesibilidad de ciudadanos, especialmente en las zonas rurales(5).

La red de atención primaria española es pública en la mayoría de CCAA, aunque también se pueden encontrar contratos con proveedores privados, como en Catalunya (7) que dispone de un sistema mixto público-privado garantizando el acceso gratuito a la sanidad a toda la población que lo requiera.

1.4 Niveles de atención en salud

La atención sanitaria en España se divide en tres niveles:

1. Nivel de atención primario que permite resolver la mayoría de necesidades de atención más básicas.
2. Nivel de atención secundario donde se prestan servicios de medicina especializada.
3. Nivel de atención terciario que ofrece atención a problemas patológicos complejos que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

1.4.1 Atención primaria en Salud

La atención primaria en salud se considera el primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria de los individuos, la familia y la comunidad garantizando la atención en salud de un paciente a lo largo de toda su vida (8). En este nivel se llevan a cabo todas las funciones para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento de patologías agudas y crónicas, así como programas educativos de promoción y prevención de la salud (3). La atención primaria dispone de centros de salud o centros de atención primaria y consultorios (establecimientos de baja complejidad) distribuidos uniformemente por todo el país y cercanos a los lugares de residencia y trabajo de la población.

1.4.1.1 Centros de atención primaria

En estos centros se resuelven aproximadamente un 85% de los problemas más prevalentes (9,10). Se muestra en la **Tabla 1.2** las principales funciones que se realizan en los centros de atención primaria de España.

El equipo de atención primaria es el conjunto pluridisciplinar de profesionales sanitarios de medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, trabajo social y atención al ciudadano, responsables de desarrollar sus actividades y funciones en los centros de atención primaria (11). Cada equipo ofrece servicio a una población de referencia y se encuentra ubicado en un centro de atención primaria. Estos equipos también se desplazan a los consultorios locales que forman parte de la misma área básica de salud.

El médico de atención primaria lleva a cabo la medicina general o de familia, disciplina académica y científica orientada a la atención primaria. Se responsabiliza de la atención inicial de los individuos con competencias clínicas. Atiende al individuo de forma integral con un enfoque biopsicosocial para resolver sus problemas de salud en el contexto familiar y comunitario (12).

El personal de enfermería complementa las funciones del médico de atención primaria contribuyendo a que los individuos adquieran hábitos y conductas de autocuidado dentro de una atención integral y comunitaria. También tienen competencias de prescripción de medicamentos (13) que permiten al personal de enfermería prescribir medicamentos y productos sanitarios con plena seguridad jurídica siguiendo los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial.

Tabla 1.2. Funciones que se realizan en atención primaria

Atención sanitaria	A demanda, programada y urgente en el centro de atención primaria, consultorio o domicilio del paciente
	A todos los grupos de población (detección y tratamiento de maltrato y violencia de género)
	A la salud mental coordinado con los servicios de atención especializada. A la salud bucodental
	Atención paliativa a enfermos terminales
Prevención y promoción de la salud	Actividades de prevención y promoción de la salud, atención familiar y comunitaria, de información y vigilancia en la protección de la salud
Diagnóstico	Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
Investigación	Investigación clínica en la práctica habitual

Si un individuo requiere de una atención más especializada, es derivado al segundo nivel de atención, donde se ubican los hospitales que prestan servicios relacionados con la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la población.

El tercer nivel cubre las necesidades más complejas de la asistencia y los procesos más urgentes. En él se encuentran los hospitales más completos del país y donde se concentra el mayor volumen de la investigación y la docencia (14).

1.4.1.2 Farmacia Comunitaria

La farmacia comunitaria es un establecimiento sanitario privado de interés público y la sede física donde el farmacéutico comunitario, ayudado por auxiliares y técnicos de farmacia realiza sus funciones (2,15). Se muestran en la **Tabla 1.3** las principales funciones que se realizan en la farmacia comunitaria.

La actividad principal del farmacéutico comunitario es la prestación farmacéutica, que se define, según el artículo 16 de la Ley 16/2003, como “el conjunto de actuaciones orientadas a que los pacientes reciban adecuadamente y según sus necesidades clínicas los medicamentos y productos sanitarios, en las dosis precisas en el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad”(4).

El farmacéutico comunitario, como integrante del Sistema Nacional de Sanidad, debe garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos (16) junto con el resto de profesionales

sanitarios, los pacientes y las autoridades sanitarias. Además, debe difundir información contrastada sobre los medicamentos, autocuidado y salud pública, participar en servicios y actividades de prevención y apoyar las políticas nacionales en la mejora de la salud (16).

Los medicamentos prescritos en el centro de atención primaria pueden estar financiados o no, siendo la receta electrónica el formato habitual a través del cual el médico extiende la receta médica oficial del Sistema Nacional de Salud. La receta electrónica, aparte de generar la relación de medicamentos y productos sanitarios prescritos, incluye datos de consignación obligatoria donde queda todo registrado.

La identificación del paciente se realiza con su tarjeta sanitaria y la identificación del prescriptor a través de la validación de su firma electrónica. También existen recetas en formato papel, tanto del Sistema Nacional de Salud, como aquellas que corresponden a mutuas privadas como Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Mutualidad General Judicial y recetas privadas además de aquellas que hacen referencia a medicamentos que no están subvencionados por el SNS (16,17).

Tabla 1.3 Funciones que se realizan en farmacia comunitaria

Dispensación	Adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios y recetas médicas dispensadas
	Elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales
	Colaboración y control en la detección y notificación de los efectos adversos de los medicamentos
Indicación farmacéutica	Optimización del uso de la medicación en procesos autolimitados. Ayuda al paciente en la correcta toma de decisiones para el autocuidado de su salud
Seguimiento farmacoterapéutico	Información y seguimiento farmacoterapéutico
Colaboración	Actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las CCAA
	Colaboración en prevención y promoción de la salud, formación a profesionales sobre el uso racional de medicamento
	Garantía de la atención farmacéutica, en su radio de cobertura y a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia

Fuente. Foro de Atención Farmacéutica y Ley 16/1997 (16,18)

1.4.2 Circuito del paciente en el nivel primario de la atención sanitaria

El usuario accede al centro de atención primaria solicitando cita previa en la misma área básica de salud, por vía telefónica o por internet. Las visitas en atención primaria, tanto para el médico como para enfermería, pueden ser de diferentes tipos:

- Cita previa: son visitas solicitadas a demanda del paciente por un problema de salud o por un trámite burocrático, a las que se da respuesta según la lista de espera del médico/enfermera titular del paciente. También pueden ser programadas por el médico o la enfermera a petición de ellos mismos o de otros profesionales, para realizar seguimiento de alguna patología o por protocolos establecidos para control de patologías crónicas.
- Cita espontánea (urgencias): son solicitadas a demanda del paciente en el día en curso y se les da una respuesta en el mismo día. Estas visitas suelen ser realizadas por el médico, residente o enfermera que ese día atienden las visitas espontáneas, que en algunos centros de atención primaria no tiene por qué ser el médico/enfermera titular del paciente, esto dependerá de la manera de organizarse de cada centro.
- Consultas telefónicas: pueden ser a demanda del paciente para resolver alguna duda clínica o a demanda de los profesionales sanitarios para dar resultados de pruebas complementarias o para hacer seguimiento de patologías.
- Consultas a domicilio: Hay dos tipos de visitas, a) los domicilios agudos, solicitados por el paciente y atendidos por el médico y/o enfermera que ese día atiende los domicilios agudos que, según la organización del centro de atención primaria, será o no el médico/enfermera titular del paciente; b) los domicilios crónicos, solicitados por pacientes o por los profesionales titulares del paciente, que han sido previamente incluidos en el programa de atención domiciliaria. En este programa se incluyen pacientes que por la patología avanzada que presentan no pueden acudir a las citas previas al centro de atención primaria.

Tipos de consulta en función del objetivo de la visita:

- Asistencial: promoción y prevención de la salud, diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad, así como seguimiento de ésta.

- Administrativa: tareas burocráticas, expedición de recetas, partes de incapacidad temporal, informes médicos.
- Otras: revisiones y recogida de resultados.

El paciente es atendido en el mostrador de información por el personal administrativo que, según el tipo de demanda del paciente, indicará cómo debe proceder:

- Consulta enfermería donde se realizan procesos de atención individualizada al: 1) individuo sano como, por ejemplo, las vacunaciones, programas de prevención y promoción de la salud y educación sanitaria; 2) paciente agudo como por ejemplo cirugía menor, cura de lesiones menores y diagnóstico de patologías de baja complejidad según protocolos establecidos; 3) paciente crónico como controles de glucemia, tensión arterial, ostomías, úlceras, etc. También se realizan técnicas de diagnóstico como los electrocardiogramas, espirometrías, índice tobillo-brazo, etc.
- Consulta asistencial médico, donde se realizará una anamnesis y exploración física del paciente con ayuda de la historia clínica informatizada. Se determinará el diagnóstico médico y se planteará una propuesta terapéutica. Esta propuesta puede ser farmacológica o no farmacológica. Si se decide realizar la prescripción de uno o varios fármacos, el médico expedirá una receta electrónica con todo el tratamiento con la que el paciente se dirigirá a la farmacia para retirar los medicamentos.

Cuando el paciente abandona la consulta del médico, puede dirigirse al personal de enfermería (pruebas o test adicionales a petición de médico), al personal administrativo (solicitar cita próxima visita, tramitación de derivaciones a otros profesionales, cita enfermería, programación de pruebas diagnósticas) o salir del centro de atención primaria. Una vez fuera, el paciente retira la medicación prescrita en una farmacia comunitaria o pospone esta última fase para más tarde.

En la farmacia comunitaria el paciente es atendido por el personal (farmacéutico titular, sustituto, adjunto, técnico en farmacia y/o auxiliar de farmacia) donde entrega la receta electrónica y la tarjeta sanitaria identificadora. Con la identificación del paciente y el programa informatizado, el personal de la farmacia y bajo supervisión del farmacéutico, dispensará la medicación prescrita autorizada para retirar aquel día. Realizar una dispensación activa significa dispensar la medicación, informar sobre ella y detectar posibles problemas relacionados con la medicación del paciente (16). Si el farmacéutico comunitario detecta algún problema relacionado con la medicación, se activa un proceso protocolizado de resolución. En caso

contrario, se recortan los cupones precinto de la medicación retirada, se registran los medicamentos dispensados con el código nacional y se entrega la medicación al paciente.

1.5 Relación médico-paciente y modelos de atención médica

La consulta médica es considerada como una pieza clave de la medicina por lo que, para explorarla y mejorarla, se han desarrollado distintos modelos de atención médica (19). Estos modelos ayudan a entender la perspectiva del paciente y a mejorar la concordancia médico-paciente. Se presenta a continuación un breve resumen cronológico de los principales modelos de atención médica y sus características más importantes. La **Tabla 1.4** muestra los Modelos de atención médica.

Balint (20), entre 1950 y 1960, desarrolló un modelo centrado en explorar los sentimientos previos del paciente a la consulta médica ya que la podría condicionar. Este modelo no ofrecía un marco de trabajo idóneo, pero, según Silverman (21), alertaba de la importancia de la escucha del médico hacia el paciente.

Byrne(20), en 1970, teorizó un modelo a través de la escucha de más de 2000 audios entre médicos y pacientes de Reino Unido y Nueva Zelanda. El modelo establecía 6 pasos y proporcionaba una estructura metodológica de apertura y cierre. Aunque empezaba a considerar al paciente, este modelo estaba centrado básicamente en el médico.

Becker y Maiman (22), generaron, en el año 1975, el modelo de creencias de salud. Estos investigadores teorizaron que las creencias sobre la enfermedad y los beneficios de tratar de evitarla influían en la toma de decisiones sobre la salud. De este modo, elaboraron un marco con 6 constructos: 1) susceptibilidad percibida; 2) percepción de gravedad; 3) beneficios percibidos, 4) barreras percibidas; 5) clave para la acción; y 6) autoeficacia. Este modelo está considerado como punto de partida para el diseño de estrategias de cambio de comportamiento en salud.

El modelo de Pendleton (19) del año 1984 estableció 7 pasos: 1) el médico se interesa por el motivo de consulta y las ideas del paciente, preocupaciones, expectativas y consecuencias del problema; 2) el médico considera otros problemas como los factores sociales y los factores de riesgo que pueden incidir; 3) el médico, junto con el paciente, elabora un plan de manejo

apropiado para el problema; 4) el médico y el paciente trabajan juntos para lograr un entendimiento compartido de cada problema; 5) el médico involucra al paciente en el plan y le ayuda a definir sus responsabilidades; 6) el médico y el paciente acuerdan sobre cómo usar el tiempo y los recursos de forma eficiente tanto en la consulta como a largo plazo; finalmente 7) el médico aprovecha la consulta para desarrollar y promover una relación duradera creando lazos de confianza y cooperación. En este modelo se empieza a vislumbrar el prototipo de modelo centrado en el paciente. De todas formas, el tiempo en consulta es una limitación importante para ejecutar los 7 pasos planteados.

En el año 1987 Neighbour (23) desarrolló un modelo con 5 fases: 1) la conexión en la cual el médico intenta ver las cosas desde el punto de vista del paciente; 2) el resumen donde el médico sintetiza y se pregunta si ha entendido todo lo que le ha dicho el paciente y si sabe lo que tiene, 3) la entrega en la que el médico y el paciente formulan un plan de manejo conjunto que incluye comprensión, habilidades de negociación y la asunción de responsabilidad del paciente, 4) la red de seguridad a través de la cual el médico y el paciente formulan un plan de contingencia y 5) la limpieza en la que una vez finalizada la consulta, el médico realiza una limpieza de emociones de la consulta realizada antes de empezar con la siguiente.

Neighbour consideraba la cuarta fase como un plan de protección para el paciente en el supuesto caso de un diagnóstico erróneo o si algo que se hubiera dicho o planeado no se llevase a cabo. Este modelo fue ratificado por Moulton en el año 2007 (24). Se trataba de un modelo centrado en el paciente teniendo en cuenta los sentimientos del médico. Las principales barreras de este modelo son el factor tiempo, las limitaciones clínicas y la finalización de la consulta.

El modelo de Calgary-Cambridge (25), desarrollado en el 1998, es actualmente uno de los más utilizados. Consta de 5 etapas centradas en el paciente e incorpora dos procesos transversales (“construyendo la relación” y “estructura proveedora”) que se trabajan a lo largo de todas las etapas: 1) inicio de la sesión en la que comienza la relación médico-paciente; 2) recopilación de información; 3) exploración física del paciente, 4) explicación y planificación, y finalmente 5) cierre de sesión.

Tabla 1.4. Modelos de atención médica

Autor	Año	Etapas
Balint	1950-1960	Alerta de la importancia de la escucha del médico versus el paciente.
Byrne	1970	El médico desarrolla la consulta en base a 6 pasos: <ol style="list-style-type: none"> 1. se relaciona con el paciente, 2. busca los motivos de la consulta, 3. realiza la exploración al paciente, 4. considera/profundiza en el problema, 5. establece el plan terapéutico 6. termina la consulta.
Becker Y Mainman	1975	Los comportamientos relacionados con la salud de los pacientes vienen determinados por los siguientes factores: <ol style="list-style-type: none"> 1. susceptibilidad percibida, 2. percepción de gravedad, 3. beneficios percibidos, 4. barreras percibidas, 5. clave para la acción y 6. autoeficacia.
Pendleton	1984	La consulta médica pasa por 7 fases: <ol style="list-style-type: none"> 1. interés del médico por el motivo de consulta, 2. el médico considera otros problemas relacionados con el paciente, 3. el médico y el paciente elaboran un plan de tratamiento, 4. el médico y el paciente realizan un entendimiento compartido de cada problema, 5. el médico ayuda al paciente a definir sus responsabilidades, 6. el médico y el paciente acuerdan el uso del tiempo y los recursos y 7. el médico genera lazos de confianza y cooperación durante la consulta.
Neighbour	1987	La consulta médica se desarrolla en 5 fases: <ol style="list-style-type: none"> 1. conexión del médico con el paciente, 2. resumen del médico relacionadas con el motivo de consulta del paciente, 3. entrega del plan de tratamiento planeado por el médico y el paciente, 4. red de seguridad para el paciente y 5. limpieza de emociones del médico antes de la siguiente consulta.
Calgary-Cambrige	1998	La consulta médica pasa por 5 etapas: <ol style="list-style-type: none"> 1. inicio de la sesión (relación médico-paciente), 2. recopilación de información, 3. exploración física, 4. explicación y planificación y 5. cierre de sesión.

1.6 Enfermedad cardiovascular y diabetes: epidemiología y manejo en atención primaria

Reducir la carga mundial de los problemas de salud es el reto más importante que la mayoría de países se plantean actualmente. La Organización Mundial de la Salud refiere que las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, son la causa del 71% de las muertes en el mundo, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa, seguidas por el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Se ha estimado que, en el año 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. En consecuencia, ocho de los nueve retos mundiales establecidos por la Organización Mundial de la Salud para el 2025 están dirigidos a disminuir en un 34% la mortalidad cardiovascular prematura (26,27).

Las estadísticas de salud deben ayudar a las autoridades sanitarias de los países a tomar tanto medidas de salud pública para prevenir la aparición de las enfermedades como detener su avance y atenuar las consecuencias una vez instauradas (9). La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) en España, publicada por primera vez en el año 2016, muestra que los cuadros clínicos agudos ya no lideran el ranking de enfermedades más prevalentes en atención primaria en España. Estos han dado paso a las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, las alteraciones del metabolismo lipídico y/o la diabetes como enfermedades de mayor prevalencia (28).

1.6.1 Enfermedad Cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es un término que engloba muchos trastornos relacionados con el corazón y los vasos sanguíneos (29). Se trata de una enfermedad con una fase previa asintomática donde es clave considerar los factores de riesgo del individuo que se puedan modificar. Una vez adquirida, en la mayoría de los casos, cursa con cuadros asintomáticos hasta su diagnóstico. Según la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (30,31) los grandes grupos de las enfermedades del aparato circulatorio son:

- Cardiopatías reumáticas crónicas
- Fiebre reumática aguda
- Enfermedades hipertensivas durante el embarazo
- Cardiopatía isquémica (infarto de miocardio, angina de pecho)
- Enfermedad cardiopulmonar

- Otras enfermedades del corazón (arritmias e insuficiencia cardíaca entre otras)
- Enfermedades cerebrovasculares (hemorragia, derrame, embolia, trombosis, apoplejía cerebral o ictus)
- Arteriopatías (aterosclerosis, aneurisma, embolia y trombosis arteriales entre otras).
- Enfermedades de las venas (tromboflebitis)
- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio
- Muerte súbita

Los factores de riesgo cardiovascular son el tabaco, el colesterol en sangre, la diabetes, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y el estrés (32).

1.6.1.1 Prevalencia y morbimortalidad asociadas a la enfermedad cardiovascular

Según datos de la European Heart Network las enfermedades cardiovasculares representan aproximadamente el 45% de todas las muertes en Europa (33). Estas enfermedades afectan principalmente a los países de ingresos bajos y medios, donde se producen más del 80% de las defunciones por esta causa, siendo muy similar en hombres y en mujeres. Las tasas de cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular son más altas en Europa central y oriental (33).

Además, la cardiopatía isquémica y el ictus son la primera y segunda causa de discapacidad en Europa (34). La elevada prevalencia e impacto en la funcionalidad hacen que la enfermedad cardiovascular suponga también una elevada carga para el sistema sanitario. En el año 2014, los costes totales de estas enfermedades en España supusieron 7,7 billones de euros y se estima que en el año 2020 se incrementarán a 10,9 billones de euros (35).

La base de datos de los centros de atención primaria de España destaca la alta prevalencia de la enfermedad cardiovascular en la población mayor de 64 años que triplica los resultados registrados en la franja de población mayor de 14 (28). En referencia a los factores de riesgo cardiovascular, aparecen altos valores de prevalencia como, por ejemplo, un 17% cuando el individuo presenta hipertensión arterial, un 7% si padece diabetes, un 20% cuando existe un trastorno metabólico lipídico, un 22% cuando el individuo fuma a diario, un 37% si tiene sobrepeso y un 17% si presenta obesidad (28).

1.6.1.2 Prevención primaria y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares

La prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares puede realizarse modificando los principales factores de riesgo. El ejercicio físico, una dieta saludable y dejar de fumar pueden reducir la incidencia de estas enfermedades(36). También es posible disminuir la incidencia controlando la hipertensión arterial y las concentraciones lipídicas con fármacos antihipertensivos y hipolipemiantes (37). En la población con diabetes es necesario añadir a estas medidas el control de los niveles plasmáticos de glucosa con antidiabéticos. Una vez diagnosticada una enfermedad cardiovascular, las guías de práctica clínica recomiendan añadir al régimen de tratamiento, antiagregantes plaquetarios para evitar nuevos eventos (38).

El riesgo de hospitalización por infarto de miocardio aumenta un 15% en aquellos pacientes que discontinúan los antihipertensivos en prevención primaria, mientras que en prevención secundaria los pacientes menos adherentes a las estatinas tienen un 25% más de probabilidad de fallecer en comparación con los más adherentes (39).

1.6.2 Diabetes

Según el *National Institute of Diabetes and Digestives and Kidney Diseases* (38) la diabetes aparece cuando los niveles de glucosa en plasma en ayunas son iguales o superiores a 126 mg/dl. Estos valores pueden provocar importantes problemas de salud como enfermedad cardiovascular, neuropatía, nefropatía o enfermedades graves oculares. Los principales tipos de diabetes son la diabetes tipo 1, la diabetes mellitus o tipo 2 y la diabetes gestacional, aunque existen otros tipos menos frecuentes como la diabetes monogénica y la diabetes relacionada con la fibrosis quística.

En la diabetes tipo 1, la capacidad para producir suficiente insulina se ve mermada porque el sistema inmunitario del propio cuerpo ataca las células de páncreas que la generan. Suele aparecer durante la infancia o en adultos jóvenes y el tratamiento es insulina de forma sistemática cada día.

En la diabetes tipo 2 o diabetes mellitus el cuerpo genera insulina, aunque esta no es utilizada adecuadamente, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física. Suele aparecer en personas de mediana edad y edad avanzada. Es el tipo de diabetes más común y está asociada a factores modificables como el sobrepeso, la obesidad y estilos de vida inadecuados, aunque también puede aparecer por factores genéticos, siendo estos últimos no modificables. Las personas con la tensión arterial alta, con dislipemia y obesidad suelen ser más

propensas a padecer diabetes mellitus. Muchas personas no presentan manifestaciones clínicas durante tiempo antes de ser diagnosticadas (38). Según la federación internacional de la diabetes, aproximadamente la mitad de las personas diabéticas a nivel mundial que tienen entre 20 y 79 años no son conscientes de que padecen esta enfermedad (40). Además, las personas no diagnosticadas de diabetes utilizan más recursos sanitarios que las personas con diabetes (41).

La diabetes gestacional aparece durante la gestación y suele desaparecer con el parto, aunque se sabe que una mujer que ha padecido diabetes gestacional tiene más probabilidades de padecer diabetes tipo 2 en un futuro.

1.6.2.1 Prevalencia y morbilidad asociada a la diabetes tipo 2

Según Baena-Diez et al., la diabetes se relaciona con la muerte anticipada debida a enfermedad cardiovascular, cáncer y otras causas, siendo la enfermedad cardiovascular la principal causa de mortalidad en esta población (42). En las personas entre 20 y 79 años la diabetes es responsable de un 11% de la mortalidad mundial (40).

1.6.2.2 Prevención primaria y tratamiento de la diabetes

Debido a las consecuencias crónicas de la diabetes tipo 2 y que se la relaciona con factores que llevan al riesgo cardiovascular, no es de extrañar que la OMS (43) y las políticas sanitarias de los países desarrollados extremen precauciones (44). Para ello se están promoviendo estrategias de prevención primaria de la enfermedad y prevención secundaria, que incluyen la detección precoz y la minimización de la aparición de complicaciones una vez diagnosticada.

Existen muchos estudios donde se demuestra que la prevención primaria a través de intervenciones con ejercicio físico, dieta saludable y tratamiento farmacológico disminuye o retrasa la aparición de esta enfermedad de forma significativa (44). Por lo que se refiere a la prevención secundaria, el hecho de que un 50% de las personas con diabetes desconocen el diagnóstico y que aproximadamente la mitad de los recién diagnosticados presentan complicaciones relacionadas con la diabetes hacen pensar que los cribados serían una de las mejores opciones. No obstante, los estudios demuestran que los cribados no son del todo efectivos; por el contrario, el tratamiento precoz de la dislipemia y de la hipertensión arterial en estados pre-diabéticos o diabéticos asintomáticos ha sido más eficaz y eficiente que el control de la glucemia en reducir las complicaciones futuras (44).

1.7 Adherencia a las recomendaciones en salud: comportamientos en salud y toma de medicación

Ante la situación anteriormente descrita, se están desarrollando intervenciones complejas de prevención y promoción de la salud en atención primaria. Estas intervenciones implican a muchos actores y se realizan en distintos contextos con la finalidad de promover cambios conductuales en las personas. Es importante comprender los comportamientos en salud que tienen las personas y con ello poder generar conductas saludables (45).

1.7.1 Modelos de comportamiento en salud

Se han desarrollado numerosos modelos y teorías del cambio de conducta de salud que pueden ayudar a comprender las actitudes de los pacientes en relación a las recomendaciones de mejora de hábitos de vida y a los tratamientos farmacológicos. Con ellos se han desarrollado programas de actividades de promoción y prevención de la salud en centros de atención primaria.

Los modelos se pueden agrupar en tres niveles (nivel micro, meso y macro) según si se consideran sólo constructos relacionados con la persona (nivel micro o modelos intrapersonales), si explican comportamientos del individuo cuando interacciona con profesionales de atención primaria y otros agentes de su contexto (nivel meso o modelos interpersonales) o si se dan en la interacción del individuo con elementos del contexto social de la actividad (nivel macro o modelos comunitarios) (46).

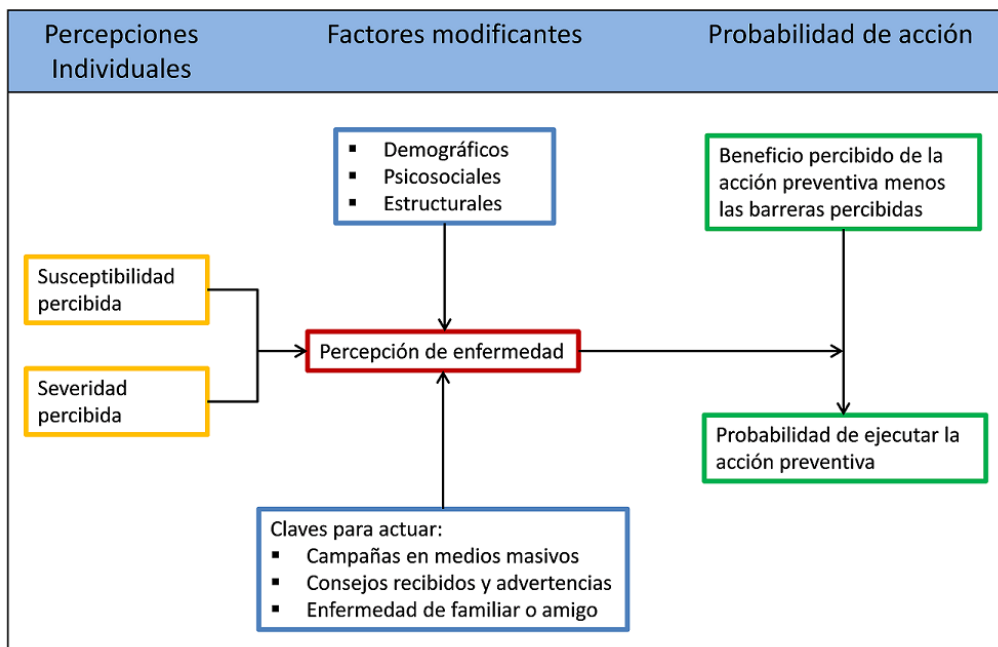
Se presenta a continuación una lista de los principales modelos y teorías del cambio en conductas en salud, siguiendo un orden cronológico. La **Tabla 1.5** presenta los modelos clasificados en los niveles micro, meso y macro (47).

- Becker y Maiman (1966) (22,48) desarrollaron una de las primeras teorías relacionadas con los comportamientos de salud, el **Modelo de Creencias de Salud**. Los investigadores teorizaron que las creencias sobre la enfermedad y la percepción de beneficios para tratar de evitarla influían en la toma de medidas para prevenir, curar y controlar la enfermedad. De este modo, elaboraron un marco con 6 constructos: susceptibilidad percibida, percepción de gravedad, beneficios percibidos, barreras percibidas, clave para la acción y autoeficacia. Este modelo fue y es actualmente un punto de partida para el diseño de

estrategias de cambio de comportamiento en salud. La **Figura 1.1** muestra el Modelo de Creencias de Salud.

- Ajzen (1975) es el padre de la **Teoría de la Acción Razonada** (49) , resultado de explorar la relación que existe entre las conductas y las creencias, actitudes e intenciones. De acuerdo con esta teoría, la intención de la conducta viene influida por tres aspectos, la intención conductual (actitudes, la norma social y la percepción de control), la actitud de la persona hacia la realización de un comportamiento y las normas subjetivas (creencias que tiene esta persona sobre la aprobación o no de este comportamiento de las personas de su entorno que le importan).

Figura 1.1 Modelo de Creencias de Salud



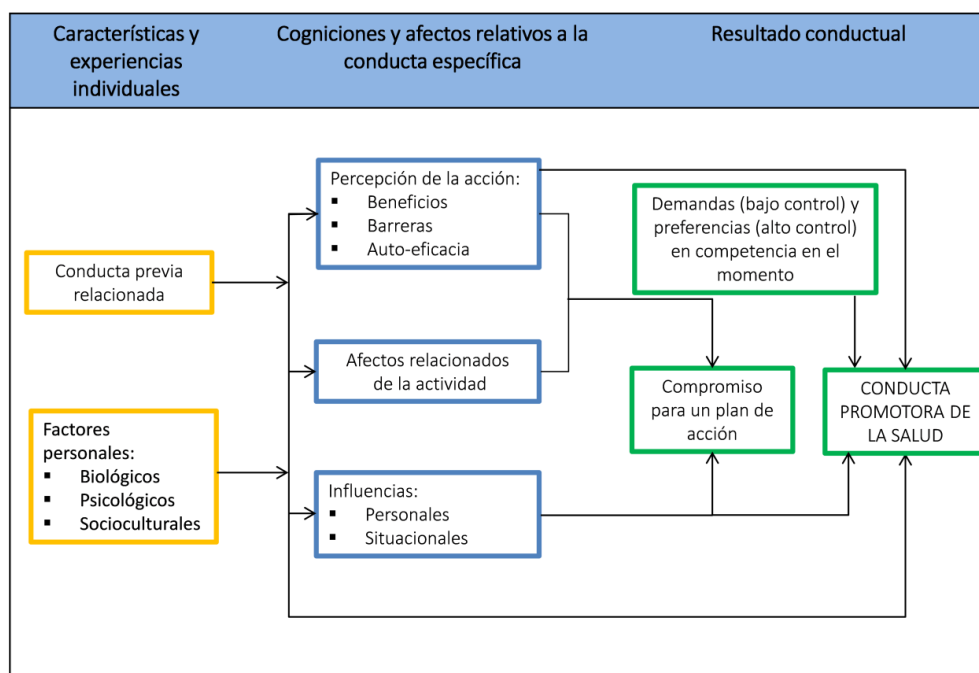
Modificado de Becker y Maiman (22)

- Bandura (1977) desarrolló la **Teoría Cognitivo Social** (50,51), una de las teorías de comportamiento en salud más robusta y más utilizada. Describe un proceso en continuo movimiento explorando las interacciones recíprocas de las personas, su entorno y los determinantes psicosociales del comportamiento en salud. De acuerdo con este modelo, hay cuatro condiciones que se deben cumplir para que una persona pueda modificar su comportamiento de salud: la atención (capacidad de observar lo que hacen otros), la retención (retener lo que ha observado), la reproducción (tener la habilidad de reproducir lo aprendido) y la motivación (tener una buena razón para hacer algo). De acuerdo con el modelo, aunque la persona se encuentre con dificultades, si esta se percibe como autoeficaz y a la vez, está motivada para conseguir

su propósito, será capaz de llevar a cabo cambios en el comportamiento de salud. Bandura afirma que cuando una persona tiene más confianza en sí misma y se cree capaz de hacer algo, tendrá más posibilidades de conseguirlo. Las personas aprenden de las experiencias de otras personas por lo que su entorno va a determinar en gran medida su comportamiento en salud.

- Pender (1980) desarrolló el **Modelo de Promoción de la Salud** (52,53), considerado como un modelo integrativo que expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta, llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. El Modelo de Promoción de Salud está formado por tres pilares. El primer pilar son las características y experiencias individuales, el pilar central engloba las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica y el tercer pilar es la consecuencia de los dos anteriores considerado como el resultado conductual (La **Figura 1.2** muestra el Modelo de Pender). Las características y experiencias individuales son la suma de la conducta previa relacionada (experiencias vividas anteriormente) y los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales) que pueden influir en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. Las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica se relacionan con la percepción de beneficios y barreras para la acción, la percepción de autoeficacia (percepción de uno mismo de ser capaz o no de ejecutar una conducta), el afecto relacionado con la actividad (pensamientos positivos o negativos generados hacia la conducta), las influencias interpersonales (la influencia positiva que pueden ejercer los individuos importantes para la persona) y las influencias situacionales de su entorno. Todos estos componentes interactúan entre sí generando un compromiso para llevar a cabo un plan de acción, antesala de la conducta promotora de la salud.
- Feather (1982) desarrolló el **Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana** (54). Este modelo persigue la idea de que lo que realmente conduce al cambio es la intencionalidad. Si existe una idea clara y bien definida es muy probable conseguir el objetivo. Feather entiende la intencionalidad como que el paciente se compromete con el cambio de comportamiento.

Figura 1.2 Modelo de Promoción de la Salud de Pender



Adaptado de Pender NJ (53).

- Leventhal et al. (1991) desarrollaron el **Modelo de Autorregulación** (55) que explica que los pacientes se basan en cinco aspectos que influirán en las creencias sobre su enfermedad y definen un modelo mental que es capaz de predecir comportamientos: 1) los síntomas (en los que también incluyen la experiencia personal del paciente sobre su enfermedad y cómo la vive), 2) las consecuencias esperadas y potenciales de la enfermedad, 3) la evolución temporal de la enfermedad (aguda, crónica, estable o cíclica), 4) la percepción de la variación de la enfermedad respecto de otros eventos importantes para el paciente y 5) el control sobre la enfermedad o cura.
- Fisher (1994) (56) estableció el **Modelo de Organización Comunitaria**. Este modelo explica que la comunidad se organiza para identificar problemas de salud, movilizar recursos e implementar estrategias para responder a objetivos colectivos. Desde la perspectiva de salud, este modelo se ha adaptado para reflejar que los programas de salud que se establecen son consecuencia de las prioridades de la comunidad cumpliendo o no la agenda de objetivos.
- Prochaska et al. (1997) (57) definieron el **Modelo Transteorético del Cambio** centrando el foco en la persona y explicando que, para que una persona ponga en marcha una nueva conducta, esta sigue un proceso de maduración de 5 etapas: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Este modelo fue diseñado para entender cómo se produce el cambio de actitud de las personas frente a las conductas

adictivas del tabaco. Las etapas definidas son también aplicables a otras situaciones como adquirir nuevos hábitos saludables o adherirse a la medicación.

- Cohen et al. (2001) elaboraron el **Modelo de Apoyo Interpersonal Social**. Este modelo explica la influencia que las relaciones sociales ejercen en la salud de las personas (58). La relación médico-paciente es clave en las actitudes, emociones y cambio de conducta. De acuerdo con este modelo, el médico debe potenciar la comunicación, la credibilidad y el calor emocional. A nivel social, la calidad de relación de la familia, amigos, redes de ayuda, voluntarios y otros recursos de la comunidad es fundamental.
- Wigfield et al (2004) (59) describieron la **Teoría de la Motivación por Incentivos** en la que explican que la conducta del individuo viene condicionada por las expectativas sobre los beneficios o recompensas consecuencia de esta conducta implicando la recompensa y los estímulos que la preceden.

Tabla 1.5. Modelos de comportamiento en salud según niveles micro, meso o macro

NIVELES MICRO (Intrapersonal)		
Modelo de Creencias Salud	Becker y Maiman	Susceptibilidad-Severidad percibidas (individual)+ factores modificantes (demográficos, psicosociales, estructurales) +Claves actuar=Percepción enfermedad. Condiciona la Probabilidad de acción (creencias sobre el tratamiento y su noción en la salud)
Modelo de Promoción de la Salud	Pender	Las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud
Teoría de la Acción razonada	Ajzen	El balance entre lo que uno cree que debe hacer y la sensación que tiene de lo que los demás esperan de él conduce a llevar a cabo una conducta o no.
Modelo Trans-teórico	Prochaska	Pre-contemplación-Contemplación-Preparación-Acción-Mantenimiento
NIVELES MESO (Interpersonal)		
Teoría Cognitivo Social	Bandura	Conducta individuo factores personales +factores ambientales= Determinismo recíproco . (Parecido al modelo de creencias de salud +recursos comunitarios+ ambiente construido+ norma social).
Modelo de Auto-regulación	Leventhal	Empoderamiento (El paciente se hace responsable del cuidado de su salud obtenido por la mejora de conocimiento, habilidades y autorregulación).
Modelo de Apoyo interpersonal/Social	Cohen	El papel del médico y las relaciones sociales claves en las actitudes, emociones y cambios de conducta del paciente
Teoría de la Motivación por Incentivos	Wigfield	Conducta=manipulación ambiental antes y después
NIVELES MACRO (Comunidad)		
Organización comunitaria	Fisher	Los enfoques comunitarios son esenciales para resolver problemas de salud y sociales de la misma (se nutre de la socio-cognitiva, modelo de difusión y las Novedades a nivel grupal).

1.8 Adherencia a los tratamientos farmacológicos

La adherencia es un comportamiento en salud que se define, según la OMS, como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (60). Así pues, el concepto adherencia es un concepto amplio que hace referencia no sólo al comportamiento del paciente en relación a su tratamiento farmacológico sino también a otras recomendaciones de salud que pueden complementar o ser alternativas a este. La ISPOR o Sociedad Internacional de Investigación en Farmacoeconomía y Resultados define la adherencia farmacológica, centrándose en el medicamento, como “el grado en que un paciente actúa de acuerdo con un régimen de dosificación, referido a dosis y pauta” considerando sinónimos los términos adherencia y cumplimiento farmacológico (61).

Vrijens et al. (62) después de una exhaustiva revisión sistemática sobre la terminología relacionada con la adherencia, propuso una nueva taxonomía (taxonomía ABC) para describirla y definirla. Según este autor, la adherencia a la medicación es el proceso por el cual los pacientes toman la medicación prescrita por el médico y contempla tres aspectos: 1) iniciación, 2) implementación y 3) discontinuación. El proceso empieza con la iniciación del tratamiento que se produce cuando el paciente toma la primera dosis de la medicación prescrita. Continúa con la implementación del régimen de dosificación, definido como el grado en el que la dosis real de un paciente coincide con el régimen de dosificación prescrito, desde el inicio hasta la última dosis. La discontinuación se produce cuando se omite la siguiente dosis y no se administran más dosis. Finalmente, describe que la no adherencia a los medicamentos puede suceder en varias situaciones o combinación de las mismas: no iniciación del tratamiento prescrito, iniciación tardía, implementación sub-óptima del régimen de dosis o temprana discontinuación del tratamiento.

Las palabras cumplimiento, persistencia y concordancia son otros términos relacionados con la adherencia farmacológica y que algunas veces se usan indistintamente, aunque, unos más que otros, contienen diferentes matices. Inicialmente, cumplimiento era el término más utilizado. Según Horne et al. (63), se define cumplimiento como “el grado en el que los resultados de la intervención del paciente y el comportamiento coincide con las recomendaciones del prescriptor”. Dicha expresión está en desuso por contener un matiz un tanto paternalista en cuanto que el paciente asume todas las instrucciones proporcionadas por el médico o personal

sanitario prescriptor (64) ajustándose más a un papel pasivo por parte del paciente. Se prefiere hablar de adherencia, entendiéndolo como “el grado en el que el comportamiento del paciente se ajusta a las recomendaciones acordadas con el prescriptor”, realzando así el papel activo del paciente y dándole visibilidad. El paciente puede decidir si sigue las recomendaciones del prescriptor o no, entendiéndose más como un acuerdo médico-paciente que como una orden de no retorno. Haynes también utilizaba la palabra persistencia refiriéndose a ella como “el grado de continuidad en el proceso de toma de medicamentos” y algunos autores la han descrito como “el acto de continuar el tratamiento durante la duración prescrita” (64) lo que ha propiciado que este término haya tomado más relevancia en los últimos tiempos (65). No obstante, el término “persistencia” define un tipo concreto de comportamiento adherente tal y como propone la taxonomía de Vrijens et al. (62). Estos autores definen persistencia como “el tiempo que transcurre entre la iniciación y la última dosis, que precede inmediatamente la discontinuación”. Finalmente, el término “concordancia”, más novedoso y utilizado principalmente en el Reino Unido, fue propuesto por la Royal Pharmaceutical Society of Great Britain para potenciar el modelo de medicina centrada en el paciente. Este modelo se basa en el respeto mutuo y el empoderamiento del paciente para incentivar su participación en el tratamiento (66). La definición de concordancia ha estado sujeta a varias modificaciones por su complejidad, ya que intenta describir el grado de consideración desde el punto de vista del paciente y su impacto en la toma de decisiones.

Dado que debemos movernos hacia un modelo de medicina centrada en el paciente, el término concordancia es el más adecuado para referirnos a las decisiones del paciente en relación con la toma de su medicación. Sin embargo, medir u observar la concordancia es complejo, ya que requeriría evaluar no sólo el comportamiento del paciente sino el grado de implicación que ha tenido en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Por ello, a lo largo de esta tesis, se utilizará el término adherencia para describir el comportamiento del paciente sobre la toma de su medicación tal y como propuso Vrijens et al. (62).

1.8.1 Clasificación de falta de adherencia a la medicación

La toma de medicación es un proceso complejo y, según la literatura, existen diferentes formas de clasificar la falta de adherencia a la medicación teniendo en cuenta la intencionalidad del paciente, el momento en que se produce, en qué forma se produce y el periodo de seguimiento.

1.8.1.1 Falta de adherencia a la medicación según intencionalidad

El problema de falta de adherencia a la medicación se puede dar de forma no intencionada o involuntaria o de forma intencionada. La falta de adherencia involuntaria se produce cuando el paciente falla en la toma de medicación por motivos que escapan a su control como el olvido, la complejidad del tratamiento, el coste del tratamiento o el desabastecimiento. La falta de adherencia intencionada se produce cuando el paciente decide conscientemente no adherirse al tratamiento o modificar las instrucciones de la medicación prescrita (67).

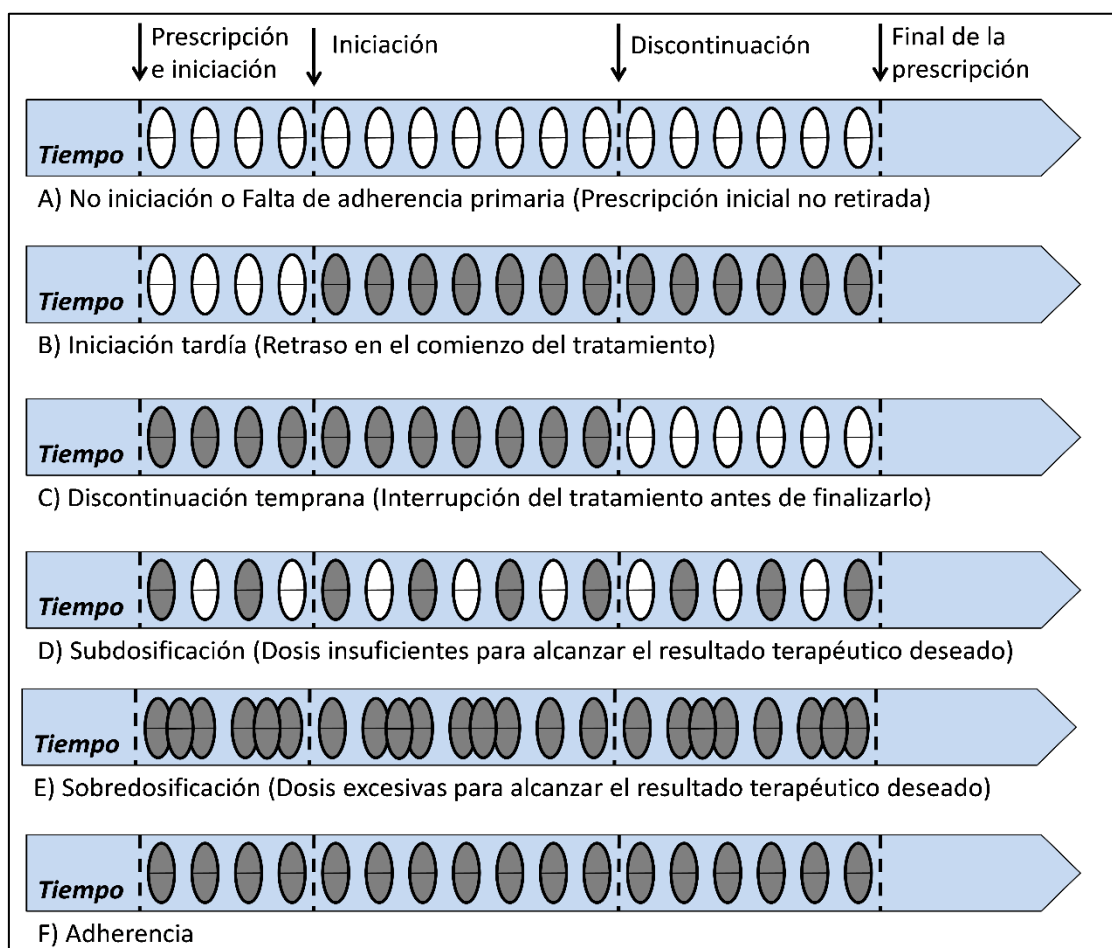
1.8.1.2 Falta de adherencia a la medicación según temporalidad

Atendiendo al momento en que se produce, la falta de adherencia puede ser primaria o secundaria. La falta de adherencia primaria o no iniciación se produce cuando el paciente no llega a iniciar la medicación (no la retira de la farmacia o la retira y no la consume, en función de la definición) (68) y la no adherencia secundaria o post-iniciación se produce cuando el paciente inicia el tratamiento, pero no se adhiere a la pauta pactada (lo inicia de forma tardía, toma menos dosis, etc) (62,69).

1.8.1.3 Falta de adherencia a la medicación según en qué forma se produce

Dentro de falta de adherencia secundaria o post-iniciación podemos considerar otra clasificación atendiendo a la forma en cómo se produce el problema de adherencia: si el inicio del tratamiento no coincide con el momento indicado (iniciación tardía), si se deja de tomar antes del plazo establecido (discontinuación temprana o anticipada), si se toma menos medicación de la prescrita (subdosificación) o si se toman más dosis de la prescrita (sobredosificación). La **Figura 1.3** muestra la clasificación de falta de adherencia atendiendo a la temporalidad y la forma en qué se produce (69).

Figura 1.3. Clasificación de la adherencia farmacológica según temporalidad



Fuente: Rubio-Valera2012 (69).

1.8.1.4 Falta de adherencia a la medicación según el periodo de seguimiento

Otros autores clasifican la falta de adherencia a la medicación como incumplimiento parcial, esporádico, secuencial, completo y de bata blanca. Cuando el paciente se adhiere algunas veces se trata del cumplimiento parcial. Cuando lo hace de forma esporádica se trata de incumplimiento esporádico. Si el paciente toma la medicación de forma intermitente según su sintomatología, se produce el incumplimiento secuencial. Cuando el paciente cesa definitivamente la medicación se trata de incumplimiento completo. Finalmente, si el paciente se adhiere al tratamiento solo cuando se acerca la visita médica se conoce como incumplimiento de bata blanca (65,70).

1.8.1.5 Otras clasificaciones de adherencia

Algunos autores utilizan fórmulas más complejas para clasificar la adherencia, basándose en parámetros que dependen del tipo de tratamiento y de los criterios clínicos del problema de

salud para el que el tratamiento ha sido prescrito. Estas definiciones nacen a raíz de la disponibilidad de herramientas de análisis cada vez más sofisticadas lo que lleva a redefinir la adherencia de una forma cada vez más compleja. Este es el caso por ejemplo de la herramienta AdhereR, diseñada para dar soporte a la computación basada en bases de datos electrónicos relacionados con la adherencia y en la visualización de las historias individuales de medicación y los patrones de adherencia (71).

1.8.2 Medición y seguimiento de la adherencia

Existen diversos métodos de detección y seguimiento de los problemas de adherencia que se clasifican en métodos directos e indirectos. Los métodos directos para medir la adherencia incluyen la medición de parámetros biológicos (pej. Hemoglobina glicosilada o la razón normalizada internacional) y la terapia directamente observada llevada a cabo por profesionales sanitarios o personas del entorno del paciente (método poco utilizado). En los métodos indirectos se agrupan métodos de medición como el empleo de dispositivos manuales o electrónicos de recuento de comprimidos sobrantes y las entrevistas clínicas al paciente en los que se incluyen cuestionarios validados (72).

En estudios de farmacoepidemiología, frecuentemente se utilizan datos basados en registros de prescripción y/o dispensación obtenidos a partir de las historias clínicas informatizadas de los centros de salud y las farmacias (73). También es frecuente la utilización de cuestionarios validados, como por ejemplo el test de Morisky-Green, el de Haynes-Sackett o el de Arms (74–76). En estudios de seguimiento de pacientes es habitual encontrarse con métodos basados en el recuento de comprimidos.

Todos los métodos tienen fortalezas y limitaciones, por lo que, en función del método utilizado, pueden observarse diferencias en las tasas de adherencia. Los sistemas electrónicos de monitorización son uno de los que ofrecen mejores datos (72).

1.8.3 Epidemiología de la adherencia

La falta de adherencia a la medicación se considera actualmente un problema sanitario a nivel mundial tanto por sus consecuencias clínicas como económicas y sociales (77). Este problema es especialmente preocupante en patologías crónicas donde, según la OMS (60), la adherencia se mueve en torno al 50%.

En España, varios estudios reportaron tasas de adherencia similares a las reportadas por la OMS. Un estudio realizado en 43 hospitales señaló que sólo el 56,4% de los pacientes eran cumplidores (77). Otro estudio realizado con pacientes polimedcados mayores de 65 años en centros de atención primaria de Málaga reportó que la adherencia se situaba alrededor del 50% (78).

Si nos centramos en grupos específicos por patologías como el asma, la enfermedad psiquiátrica o las enfermedades infecciosas, observamos tasas de falta de adherencia de hasta el 70%, el 75% y el 45%, respectivamente (79). Por grupos específicos de medicamentos, como por ejemplo los antihipertensivos, los hipolipemiantes y los antidiabéticos, las tasas de adherencia son del 59%, el 54% y el 69%, respectivamente (80–82).

Aunque existe menos evidencia de falta de adherencia pediátrica que en adultos, se sabe que la falta de adherencia en la población pediátrica es uno de los principales motivos de fracaso de los tratamientos de enfermedades. Más del 50% de este grupo poblacional presenta problemas de adherencia. La adherencia secundaria a los tratamientos crónicos es menor en la población pediátrica que en la población adulta (83,84).

1.8.4 Consecuencias clínicas y económicas de la adherencia a la medicación

La falta de adherencia farmacológica comporta peores resultados en salud y está ligada aun a mayor probabilidad de recaídas y complicaciones (77). El aumento considerable en los últimos años de la esperanza de vida en los países industrializados no ha comportado una mayor esperanza de vida saludable o con calidad de vida (60). Esto se debe a que se acrecientan las patologías crónicas y los pacientes polimedcados, por lo que la adherencia farmacológica adquiere un papel trascendente ante esta situación. Por otro lado, la falta de adherencia farmacológica dificulta la evaluación de los resultados terapéuticos esperados de los fármacos en relación a los observados en los ensayos clínicos (85).

A nivel de políticas sanitarias, la falta de adherencia farmacológica supone a los países europeos un coste estimado de 125.000 millones de euros anuales y contribuye a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos cada año (86). El número de hospitalizaciones, visitas a urgencias, pruebas complementarias y prescripciones de otros fármacos aumentan como consecuencia de la falta de adherencia, lo que incrementa los costes para el sistema sanitario (77).

La falta de adherencia a las tres enfermedades crónicas más prevalentes, la diabetes, la hipertensión y el asma, es un ejemplo claro de las consecuencias que comporta no solo a nivel clínico sino de gasto sanitario. Los costes directos que suponen las complicaciones de una diabetes mal controlada son de 3 a 4 veces mayores que cuando está bien controlada. Una pobre adherencia al tratamiento antihipertensivo conduce a un mal control de la presión arterial en más de dos terceras partes del total de hipertensos, representando una importante carga económica en atención en salud. Esto supuso alrededor del 13% del gasto total en atención de salud en 1998 en los Estados Unidos. Las tasas de falta de adherencia en el asma presentan una importante variación según el país de estudio y se mueven entre el 30% y el 70%. Se ha calculado que, en casos de asma grave, el ahorro de los costos médicos sería de un 45% si se consiguiera un control óptimo de la patología (60).

1.8.5 Factores asociados a la falta de adherencia

La falta de adherencia a la medicación es un problema complejo donde intervienen múltiples factores, concretamente Haynes et al. (64) determinaron más de 250. En su revisión, Dilla et al. (65) describen cuatro macro-factores que influyen en la falta de adherencia a la medicación y que pueden estar relacionados entre sí: 1) factores relacionados con el paciente, 2) factores relacionados con la medicación, 3) factores relacionados con la enfermedad y 4) factores relacionados con sistema sanitario. La OMS (60) describe los factores socio-económicos como un quinto macro-factor argumentando que las condiciones sociales del paciente dependen también de las políticas sanitarias. Atendiendo al estudio de Gadkari y McHorney (87), estos factores afectan tanto a la falta de adherencia involuntaria como a la intencionada. La **Figura 1.4** muestra los factores asociados a la falta de adherencia. Atendiendo al estudio de Marcks et al. (88) estos factores afectan tanto a la falta de adherencia involuntaria como la intencionada.

1.8.5.1 Factores relacionados con el paciente

Los factores sociodemográficos como la edad, el entorno cultural y social, el nivel educativo, las enfermedades comórbidas y la personalidad del paciente son algunos de los principales condicionantes de la adherencia.

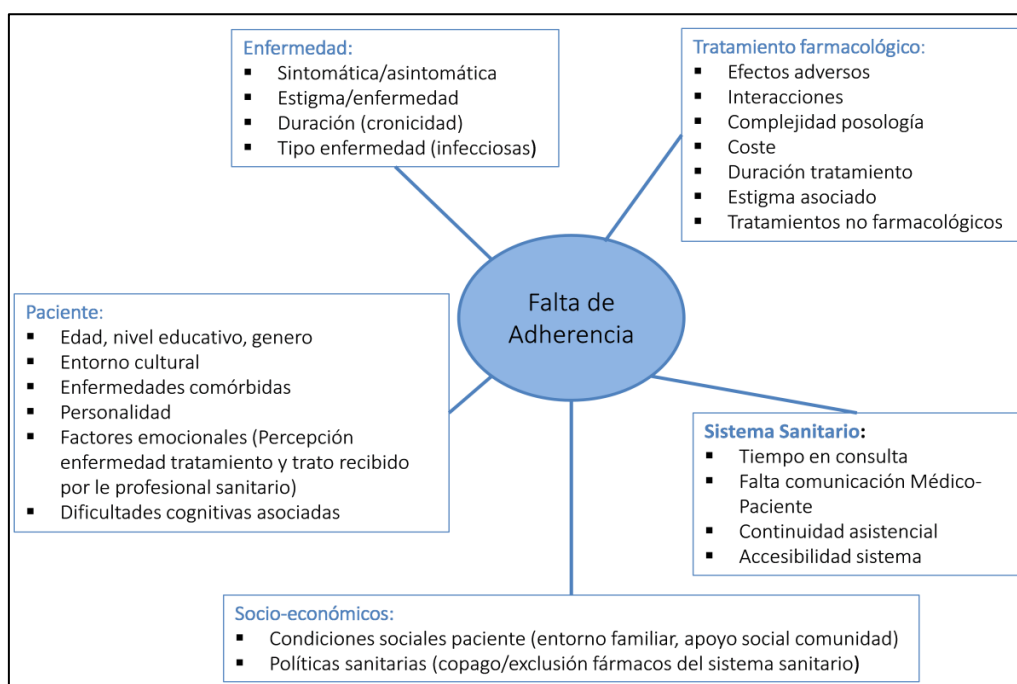
Por grupos de población, observamos grupos que requieren de una atención especial por su mayor probabilidad de falta de adherencia, como la población joven, la población inmigrante y personas con patologías concretas, como las demencias o la enfermedad mental (89,90). Se ha

constatado que los hombres jóvenes abandonan más fácilmente la medicación que los hombres de mayor edad (91). Las personas jóvenes tienden a cuestionar los tratamientos que se les prescriben y las personas mayores suelen olvidar y confundir las prescripciones farmacológicas; por lo que se puede afirmar que existe una relación en forma de U, ya que los jóvenes y adultos menores de 50 años y personas mayores de 70 años muestran tasas mayores de falta de adherencia (92).

1.8.5.2 Factores relacionados con el tratamiento

En esta categoría encontramos factores que pueden influir en la falta de adherencia (65,88) relacionados principalmente con el medicamento, como son los efectos adversos, las interacciones, la complejidad de la posología y el coste del medicamento. Otros factores destacables relacionados con la medicación serían la duración del tratamiento, el estigma asociado al tratamiento, los cambios constantes de fármacos y las modificaciones en el aspecto de la medicación (93). No obstante, también influye la presencia de tratamientos no farmacológicos alternativos, como la modificación de estilos de vida (88).

Figura 1.4 Factores asociados a la falta de adherencia



Adaptado de Dilla2009 (65).

1.8.5.3 Factores relacionados con la enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad para la que ha sido prescrito el tratamiento incluyen el que esta sea asintomática o sintomática, su cronicidad y el estigma asociado a la enfermedad, entre otros (94). Las enfermedades que presentan mayores tasas de falta de adherencia son las crónicas (diabetes y la hipertensión arterial), las enfermedades mentales (94) y las enfermedades infecciosas, así como las relevantes tasas de abandono del tratamiento del SIDA (91).

1.8.5.4 Factores relacionados con el sistema sanitario

El principal factor en este punto es la relación médico-paciente (69), a pesar de que la relación del paciente con otros profesionales sanitarios como el farmacéutico y el personal de enfermería también son factores relevantes (69,95). Otros factores relacionados con el sistema incluyen el tiempo de espera, la continuidad asistencial, el seguimiento farmacoterapéutico y la accesibilidad al sistema (96). La salud centrada en el paciente, las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios y la percepción que tiene el paciente sobre el control y seguridad del médico respecto a su trabajo son elementos clave (97).

1.8.5.5 Factores socio-económicos

Este apartado engloba las condiciones sociales que rodean al paciente y las políticas sanitarias. La situación laboral, el entorno familiar y el apoyo social influyen en la adherencia farmacológica que, ligadas a las políticas sanitarias de algunos países, como el copago, la exclusión de financiación de algunos medicamentos y la planificación sanitaria aumentan los problemas de adherencia farmacológica (98,99), impactando directa e indirectamente en el paciente (100,101) y afectando a la toma de medicación y los resultados clínicos (102).

Por último, algunas de las políticas sanitarias que se están aplicando actualmente en varios países, entre ellos España, conducen a desigualdades en salud relacionadas con la medicación. Según Hernández-Aguado et al. se han constatado desigualdades socio-económicas en salud por clase social, sexo, etnia o país de origen. Estas variables se asocian a peores condiciones de vida y trabajo y afectan directamente en su salud, entre otros motivos, por las dificultades para asumir el coste de los medicamentos prescritos (103).

1.8.6 Modelos de adherencia a la medicación

Las investigaciones sobre factores asociados a la falta de adherencia que utilizan metodología cuantitativa se centran en el estudio de la mayor o menor probabilidad de adherirse a un fármaco en base a la presencia o ausencia de determinados factores relacionados con el medicamento, el paciente o su contexto. Esta información es útil para la detección de pacientes a riesgo, pero no permite comprender la complejidad e interrelación de todos los factores que intervienen cuando un paciente tiene que decidir tomar un medicamento. Los modelos de comportamiento en salud, algunos de los cuales han sido descritos anteriormente, intentan explicar cómo las personas toman decisiones sobre su enfermedad y tratamiento. Estos modelos reflejan la complejidad de estas decisiones, identificando los factores que las influyen y cómo se interrelacionan entre ellos. A pesar de que la gran mayoría de estos modelos se desarrollaron para patologías o comportamientos específicos, casi siempre son aplicables a otros comportamientos relacionados con la salud, como la adherencia (47). Por ejemplo, el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska (57) que se desarrolló para pacientes que querían dejar de fumar pero puede ser aplicable a pacientes que deben hacer un cambio de hábitos como hacer ejercicio o iniciar un tratamiento con insulinas.

Por otro lado, existen modelos que se han creado específicamente para entender la adherencia farmacológica, atendiendo a la variedad de influencias que el paciente puede recibir ante una prescripción farmacológica. En algunos casos, los autores, a partir de la creación del modelo, que tiene en cuenta la actitud del paciente frente a su medicación y enfermedad, definen perfiles de comportamiento en los que agrupar a los pacientes. Se realiza a continuación un breve resumen de los modelos de adherencia publicados por orden cronológico:

- Koocher et al. (1990) (104) realizaron una revisión a través de experiencias de pacientes con fibrosis quística, clasificando tipologías básicas de pacientes no adherentes. Determinaron 3 tipos de pacientes no adherentes:
 - Tipo I: Con inadecuados conocimientos. En este grupo se encontraban pacientes que no comprendían bien las instrucciones debido a las barreras idiomáticas, adultos con baja educación sanitaria y adolescentes que no habían entendido bien la información.
 - Tipo II: Resistente psicosocialmente. Dentro de este grupo, los autores incluyeron perfiles de pacientes que se sentían presionados por su entorno familiar en relación a su enfermedad y medicación desarrollando un efecto emocional contrario, también personas que por razones culturales no tenían

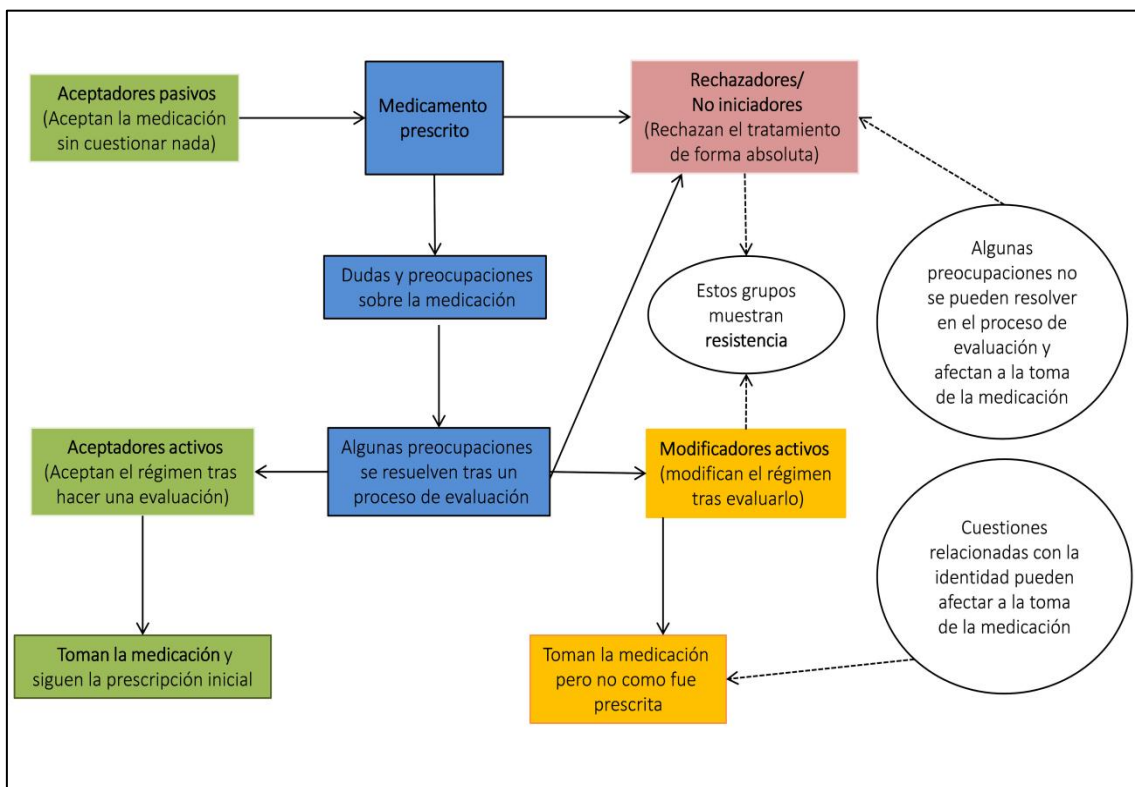
tendencia a tomar fármacos y el estigma generado por padecer una enfermedad entre otros.

- Tipo III: Informado, pero no adherente. Este grupo incluía pacientes que tomaban la decisión informada y compartida de no adherirse a la medicación. Por ejemplo, personas cansadas de medicarse o personas que tras una valoración riesgo-beneficio decidían no adherirse a la medicación.

- Lask(1994) (105) definió tres perfiles de pacientes en relación a la falta de adherencia: los rechazadores (rechazaban la medicación por considerar peor el remedio que la enfermedad), los indecisos (aquellos que no seguían rigurosamente la prescripción médica y en algunos ocasiones ni llegaban a iniciar los tratamientos) y los denegadores (no se adherían bien a la medicación pero lo negaban).
- Horne y Weinman (1999) (106) llegaron a la conclusión de que el paciente realiza un balance entre sus creencias positivas y negativas relacionadas con la toma de la medicación. Según los autores el resultado de analizar la necesidad de tomar la medicación y los efectos negativos que le podía comportar al paciente, tenía un peso mucho mayor que la influencia de los factores socio-demográficos.
- Pound et al. (2005) (107) definieron un modelo de toma de decisiones respecto a la medicación diferenciando distintos comportamientos de decisión cuando un paciente recibe una prescripción (la **Figura 1.5** muestra el Modelo de toma de decisions de Pound). Estos autores elaboraron un modelo genérico aplicable a cualquier tratamiento farmacológico. Este es uno de los modelos más utilizados en relación al comportamiento del paciente y la toma de su medicación. Este modelo explica el comportamiento del paciente en función del proceso que sigue ante una prescripción farmacológica. Ante una prescripción, se pueden presentar tres situaciones: que el paciente acepte la medicación sin cuestionar nada (Aceptador pasivo), que al paciente se le generen dudas y preocupaciones sobre la medicación, por lo que a priori no aceptará ni rechazará la prescripción y; que el paciente rechace el tratamiento de forma inmediata (Rechazador Absoluto o No Iniciador).En el segundo caso, si las preocupaciones se resuelven tras un proceso de evaluación, se suceden tres nuevas situaciones: que el paciente acepte la prescripción inicial tras la evaluación (Aceptador activo), que el paciente modifique el régimen de prescripción inicial tras la evaluación (Modificador Activo) y que el paciente decida rechazar la prescripción inicial (Rechazador Absoluto o No Iniciador). Si el paciente es un Modificador Activo, como se ha comentado, el paciente decide tomar el tratamiento tras realizar lo que los autores denominan una “evaluación lega” de la medicación. Esta evaluación lega implica

primero probar el fármaco y experimentar los beneficios y/o los daños para posteriormente tomar una decisión: aceptar tomar la medicación tal y como ha sido prescrita o realizar cambios en el régimen posológico para intentar ajustar la dosis que genere más beneficios y menos daños, incluso hacer unas “vacaciones” para evaluar los beneficios de descansar del tratamiento. Este tipo de evaluación solo será aplicable si el tratamiento se inicia. Ante una nueva prescripción farmacológica, el paciente debe tomar la decisión de tomar la medicación en base a otros factores pues no tiene la opción de evaluar la decisión en función de los daños/beneficios que haya experimentado tomándolo temporalmente.

Figura 1.5. Adaptación del modelo de toma de decisiones respecto a la medicación de Pound



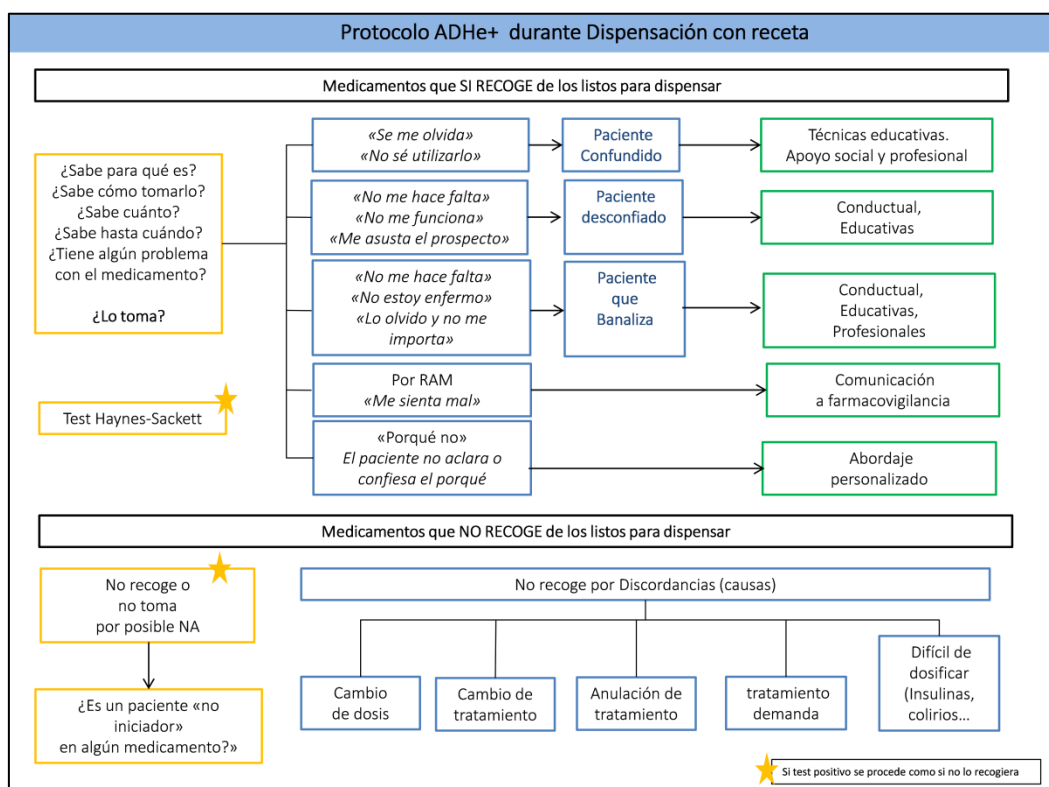
Fuente: Pound 2005 (107).

- Bader et al. (2006) (108) realizaron un estudio mixto centrado en medicación antiretroviral y, a partir de los resultados cualitativos, definió varias tipologías de paciente en relación a la adherencia: pacientes tradicionales, o que no cuestionaban nada, que clasificaba como adherente tradicional (aquel paciente obediente con respecto a todas las decisiones del médico) y no adherente tradicional (aquel que siguiendo el modelo paternalista rechaza la prescripción sin cuestionarla) y pacientes críticos, o que mantienen un proceso de toma de decisiones compartidas con el

médico, existiendo el adherente crítico (que acepta la prescripción inicial) y no adherente crítico (que no la acepta).

- Aikens et al. (2005) (109) y Mann et al. (110) realizaron estudios de adherencia con pacientes que recibían prescripciones de antidepresivos en AP (109) y pacientes con diabetes tipo 2 (110). Estos autores determinaron distintos perfiles de pacientes adherentes, aquellos que sienten una elevada necesidad de tomar el tratamiento, pero también una gran preocupación a los que llamaron pacientes ambivalentes, aquellos que sienten una gran necesidad por la toma del tratamiento y baja preocupación por la medicación a los que llamaron pacientes aceptadores y aquellos que sienten poca necesidad de tomar el tratamiento y también pocas preocupaciones por su toma a los que llamaron pacientes indiferentes. Por lo que se refiere a tipologías no adherentes, denominó pacientes escépticos aquellos que sienten baja necesidad de tomar el tratamiento y muchas preocupaciones por su toma.
- Farmaindustria (2016) (85) elaboró un documento de adherencia en la que definió 5 perfiles de pacientes relacionados con la adherencia, incumplidores dependientes (pacientes mayores de 65 años con muchas patologías asociadas y complejidad de tratamientos), incumplidores críticos (pacientes menores de 45 años asociado a escasa confianza con el médico y percepción de autogestión), incumplidores absolutos (pacientes que banalizan su enfermedad con malos hábitos de salud y que modifican las instrucciones de los profesionales sanitarios), cumplidores clásicos (pacientes mayores de 65 años con buenos niveles de adherencia a la medicación con pocos conocimientos relacionados con su tratamiento) y pacientes modélicos (pacientes crónicos, adherentes a su tratamiento y con actitud colaborativa con los profesionales sanitarios).
- La Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios y de Familia (2017) (111), diseñó una guía práctica para el Farmacéutico Comunitario con un protocolo de actuación durante el servicio de dispensación (la **Figura 1.6** muestra el protocolo ADHe+). El objetivo era detectar pacientes no adherentes durante la dispensación, identificar el perfil de actitud del paciente ante cada medicación y actuar a través de un algoritmo de mejora de adherencia adaptado a cada perfil de actitud. Los autores definieron tres perfiles de pacientes no adherentes: paciente confundido (paciente dependiente, mayor y crónico), paciente desconfiado (paciente de mediana edad, muy crítico con todo y mala relación con el sistema sanitario) y paciente que banaliza (paciente joven, con poca percepción de enfermedad y falta de compromiso).

Figura 1.6 Protocolo de detección de falta de adherencia según perfiles de actitud



Fuente: Dispensación, Adherencia y Uso adecuado del Medicamento. Guía Adhe+ (111).

1.8.7 Estrategias de mejora de adherencia

Se han desarrollado un gran número de intervenciones para mejorar la adherencia, no obstante, la evidencia muestra que los resultados de efectividad son muy heterogéneos (76,112). Debido a la complejidad que suponen los factores que influyen en la falta de adherencia a la medicación, no existe una estrategia claramente definida de mejora de adherencia, aunque parece observarse cierta eficacia en las intervenciones combinadas.

Las estrategias de mejora de la adherencia pueden clasificarse en técnicas, conductuales, educativas, de apoyo social, dirigidas a los profesionales sanitarios y las estrategias combinadas (111,113–115). Las estrategias técnicas tienen como objetivo disminuir el número de tomas y/o reducir el número de fármacos diarios. Esto puede conseguirse a través de formulaciones de liberación retardada y utilizando fármacos combinados.

- Las estrategias conductuales intentan evitar los olvidos de toma de medicación a través de recordatorios como llamadas telefónicas, Sistemas Personalizados de Dosificación, y Tratamientos con Observación Directa entre otros.

- Las estrategias educativas buscan informar al paciente en relación a su enfermedad y medicación para que pueda tomar una actitud positiva frente a ello.
- Las estrategias de apoyo social tienen como objetivo que el entorno del paciente pueda proporcionar al paciente soporte a través de programas de atención domiciliaria, ayudas económicas para la medicación a través de servicios sociales, etc.
- Las estrategias orientadas a los profesionales sanitarios intentan mejorar la relación con el paciente, la coordinación entre niveles asistenciales, la implicación de los distintos profesionales sanitarios en proyectos multidisciplinarios.
- Las estrategias combinadas están consideradas por varios autores como la mejor opción para la mejora de la adherencia a la medicación. Entre otras tareas, se informa al paciente sobre su enfermedad, tratamiento, adherencia al mismo y simplificación posológica (116,117).

La **Tabla 1.6** que se presenta a continuación, muestra un resumen de las principales estrategias de mejora de adherencia a la medicación con sus objetivos específicos y los métodos utilizados.

Tabla 1.6. Modelos de comportamiento en salud según niveles de actuación

Estrategia	Objetivo específico	Método
Técnica	Disminuir el nº tomas diarias Disminuir el nº fármacos	Liberación retardada o controlada Fármacos combinados
Conductuales	Evitar olvidos	Recordatorios, SPD, TOD
Educativas	Paciente más empoderado	Información de enfermedad y medicamentos basada en evidencia
Sociales	Paciente apoyado por el entorno	Programas de Atención Domiciliaria Ayudas en pago de los medicamentos
Profesionales sanitarios	Mejorar la relación y confianza con el paciente, coordinación niveles asistenciales, implicación profesionales	Formación en técnicas comunicativas
Combinadas	Engloba todos los objetivos	Varias estrategias simultáneas

*Según la OMS (117), el empoderamiento “es un elemento importante del desarrollo humano. Es un proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar la totalidad de su capacidad (autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto y pertenencia y contribución a una sociedad más plural).

En 2005, la revisión sistemática de Haynes et al. concluyó que el refuerzo de los pacientes y los recordatorios regulares eran las intervenciones más prometedoras para mejorar la adherencia. Los autores definieron que una combinación de estrategias que incluyen recordatorios, refuerzo, y el énfasis en apreciar la perspectiva del paciente podría ser una de las estrategias más efectivas (118). De manera similar, la Comisión Nacional del Centro Colaborador de atención primaria (119) realizó una revisión sistemática de la literatura sobre la mejora de la adherencia en 2009 y abogó por las siguientes recomendaciones a los profesionales de la salud :1) adaptar su estilo de consulta a las necesidades de pacientes individuales, 2) hacer que la información sea más accesible y fácil de entender para sus pacientes, 3) aumentar el número de pacientes en la toma de decisiones, 4) ser consciente de que los pacientes pueden tener preocupaciones relacionadas con los medicamentos recetados y que la última decisión la tiene el paciente y 5) reconocer que la no adherencia es bastante común y que debe ser evaluada de forma rutinaria y sin juzgar.

1.9 Adherencia primaria

1.9.1 Definición falta de adherencia primaria o no iniciación

Realizando un repaso cronológico de lo que entienden los investigadores sobre no iniciación, Pound et al. (107) en su modelo de toma de decisiones ya hablaba del rechazador absoluto o no iniciador atendiendo a la decisión del paciente de no iniciar la medicación prescrita por el médico. Otro término que se utilizaba, era el de incumplimiento primario refiriéndose a cuando el paciente no obtiene la prescripción inicial (120). Jackevicius et al. (121) aplican el término falta de adherencia primaria entendiéndolo como un comportamiento voluntario de rechazo a la medicación desde el inicio del tratamiento. Vrijens et al. (62) definen la no iniciación como no tomar la primera dosis de un medicamento prescrito.

Sin embargo, existe cierta confusión en el término adherencia primaria, ya que algunos autores se refieren a la falta de adherencia primaria como a no retirar una medicación, aunque no sea la primera vez que ha sido prescrita. Este es el caso del estudio de da Costa et al. (122) que define como incumplimiento primario no retirar medicamentos prescritos sin diferenciar si estos estaban prescritos por primera vez o no.

Otros términos utilizados para referirse a este comportamiento son adherencia inicial, cumplimiento inicial, concordancia inicial, primera dispensación, adherencia temprana y cumplimiento temprano (68).

En 2013, el grupo de buenas prácticas en investigación sobre adherencia farmacológica de la ISPOR realizó una profunda revisión sistemática de la literatura relacionada con la terminología de adherencia primaria publicada desde el 1966 hasta el 2014. A raíz de los resultados obtenidos los autores llegaron a la conclusión (68) de que el concepto de adherencia primaria no estaba correctamente definido y propusieron una nueva nomenclatura de iniciación (en inglés, *initial medication adherence*).

Para Hutchins et al. (61) la adherencia primaria es el resultado de la suma de dos circunstancias y se enmarca dentro de un contexto temporal. La primera, o fase previa, engloba el encuentro del prescriptor con el paciente. En ella se tiene en cuenta: la interacción que se produce, en qué ámbito se produce (urgencias, atención primaria, hospital...), la prescripción propiamente dicha y si ésta es una primera y nueva prescripción (de un grupo terapéutico no prescrito nunca o en un periodo determinado a este paciente). La segunda, o fase de seguimiento, está compuesta

por: la intervención del farmacéutico, la dispensación (si esta se produce) y el tiempo que transcurre desde la prescripción hasta la dispensación (si esta se produce). Si el medicamento no ha sido dispensado dentro del periodo de seguimiento se considerará no iniciación.

Ante esta explicación los autores propusieron una nueva definición del término iniciación del tratamiento farmacológico como “la obtención de un medicamento que ha sido prescrito por primera vez por un facultativo”. Esta definición es muy útil cuando se explora la no iniciación utilizando bases de datos sanitarias, pero no tiene en cuenta a aquellos pacientes que obtienen el medicamento y no lo toman.

1.9.2 Consideraciones en los estudios de no iniciación

Hutchins et al. (61) postularon que los estudios relacionados con la no iniciación deberían considerar varios parámetros que podrían influir en los resultados de los mismos. Los parámetros básicos eran el marco temporal, la medicación considerada, la perspectiva, a los que habría que sumar los parámetros contextuales. Además, recomiendan definir de forma precisa la población de estudio para minimizar el sesgo de selección y/o de muestreo (123).

Parámetros básicos

1. El marco temporal. Es el momento donde se define la no iniciación y que está compuesto por el período previo y el período de seguimiento. Si en el periodo previo a la prescripción del fármaco, el paciente no ha tenido una prescripción similar, se considerará el fármaco prescrito como una nueva prescripción. El periodo de seguimiento será útil para observar si el nuevo fármaco prescrito se llega a retirar o no de la farmacia.
2. Medicación considerada. Es importante especificar en los estudios de no iniciación si se trata de marcas comerciales, principios activos o se habla de grupos terapéuticos para reducir sesgos de estimación.
3. La perspectiva. También hay que tener en cuenta desde que óptica se ha obtenido la información. Desde una visión únicamente clínica (profesional sanitario), visión del paciente o una combinación de ellas. Por ejemplo, en las combinadas, si se recoge a través de bases de datos, pueden producirse sesgos ya que las bases de datos no recogen datos que estén fuera del sistema.

Parámetros contextuales

Los parámetros contextuales son imprescindibles para obtener resultados que puedan ser aplicables en la práctica clínica. La adherencia a la medicación, como se ha comentado anteriormente, tiene un fuerte influjo social por lo que las características sociodemográficas del paciente, sus creencias sobre la enfermedad, la medicación y el entorno familiar o social deben tenerse en cuenta (124).

1.9.3 Prevalencia de no iniciación

La iniciación ha sido pobremente estudiada y con muchos sesgos metodológicos. Uno de los principales motivos es la dificultad de observarla ya que, hasta la incorporación de la receta electrónica en los sistemas sanitarios (17), las recetas se escribían manualmente. Era habitual contar con tan solo información parcial (únicamente información del prescriptor, del dispensador o del paciente), lo que hacía inviable evaluar la relación entre el número de nuevas prescripciones y las dispensaciones realizadas (125).

Existen importantes diferencias entre los estudios de prevalencia de no iniciación principalmente en los parámetros básicos y los contextuales. La variabilidad en el marco temporal, el tamaño de la muestra, los medicamentos estudiados, así como el ámbito de estudio son solo algunos ejemplos. Algunas de estas investigaciones se han realizado desde una perspectiva única mientras otras lo han hecho desde una perspectiva combinada. De ahí se explica el amplio rango (2,4% a un 42,2%) encontrado de no iniciación (126,127).

Desde la revisión sistemática de Zeber et al. en 2012, en la que se identificaron 24 estudios que evaluaran la no iniciación (68), hasta hoy se han llevado a cabo pocos estudios, los más destacables y con criterios de diseño parecidos se realizaron en contextos de atención primaria. Estos estudios analizaron bases de datos electrónicas de muestras grandes de población donde se estimó una prevalencia de no iniciación entre el 6% y el 28% en atención primaria (128–131).

En 2017, se publicó el primer estudio que evaluaba la no iniciación en España. Este estudio utilizó datos de prescripción y facturación en atención primaria. El estudio encontró que la no iniciación se movía entre el 7% (en el grupo de derivados del ácido propiónico) y el 23% (en el grupo de anilidas). Además, se observó un 10% de no iniciación en el grupo de antibióticos y en torno al 11% en patologías crónicas (131). Estas cifras son superiores a las observadas en otros países europeos, como en Dinamarca, donde la no iniciación en atención primaria se movía en torno a un 9% (129).

Las cifras de no iniciación varían enormemente en otros contextos. En Estados Unidos, se ha reportado una tasa media de no iniciación del 10%, alcanzando cifras del 22% para medicamentos para la osteoporosis y antihiperlipidémicos (130), aunque no se identifica en el contexto sanitario, por lo que estos estudios podrían incluir población hospitalaria o de atención especializada. En Canadá, se han encontrado tasas de no iniciación en general del 31% (132).

Lemstra et al. realizaron en el 2018 una revisión sistemática para cuantificar el grado de no iniciación y los factores asociados para cuatro medicamentos relacionados con patologías crónicas más comunes (antihipertensivos, para el colesterol, diabetes y antidepresivos). Se encontró una tasa global de no iniciación del 14,6% en estos medicamentos. Los estudios que establecieron un marco temporal de estudio de no iniciación de 3 o más meses encontraron más del doble de la tasa de no iniciación que los de seguimiento más corto (3 meses o menos) (133).

La falta de adherencia total es mucho mayor cuando se tiene en cuenta la no iniciación de medicamentos relacionados con la ECV, como son los antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos y antiagregantes plaquetarios. En atención primaria entre un 3,3% y un 42,3% de los pacientes no inician tratamientos para la prevención cardiovascular y la diabetes (131,132). Como consecuencia las altas tasas de prevalencia sumadas a la falta de adherencia total suponen un problema importante en las ECV.

1.9.4 Consecuencias clínicas, sociales y económicas de no iniciación

Existen pocos estudios que evalúen las consecuencias clínicas, sociales y económicas de la no iniciación. Se destacan a continuación, los resultados más relevantes:

1.9.4.1 Consecuencias clínicas

Shan et al. (134) valoraron los parámetros clínicos que podían quedar afectados por la no iniciación en la diabetes y la hipertensión arterial. Se observó que la hemoglobina glicosilada y la tensión arterial era menor en aquellos que sí habían iniciado la medicación. No obstante, los iniciadores presentaban valores más altos de tensión arterial en el momento de la prescripción por lo que, al ajustar el análisis, no se observaban diferencias estadísticamente significativas en los valores finales. También se han encontrado datos relacionados con la mortalidad en dos estudios de no iniciación. En el primero (121), se observaron datos de mortalidad más elevada en pacientes que habían sido dados de alta tras un infarto de miocardio y no habían iniciado la medicación prescrita. En el segundo (135), la mortalidad fue más alta en aquellos pacientes a

los que, tras haber sido sometidos a intervenciones coronarias percutáneas, se les había prescrito Tienopiridina y no lo habían iniciado.

1.9.4.2 Consecuencias económicas

El estudio de Aznar-Lou et al. (136) evaluó por primera vez los costes asociados a la no iniciación. En este estudio se analizaron los costes asociados al comportamiento de tres perfiles: los iniciadores absolutos, los parcialmente iniciadores y los no iniciadores. Las diferencias más relevantes se observaron en el coste de los fármacos, que era superior en los pacientes iniciadores y los parcialmente iniciadores. Por otro lado, los pacientes parcialmente iniciadores y los no iniciadores estuvieron más días de baja laboral. Los pacientes no iniciadores recurrieron menos a los servicios sanitarios, especialmente visitas al médico de familia o enfermería en el centro de atención primaria, al médico especialista y fármacos.

1.9.5 Factores asociados a la no iniciación

De los estudios realizados hasta ahora sobre los factores asociados a la no iniciación se deduce que estos están en la misma línea que los de adherencia secundaria. Siguiendo las temáticas sobre factores relacionados con la adherencia establecidas por varios autores (60,65,88) la no iniciación estaría asociada con factores sociodemográficos, con la percepción sobre la medicación, la enfermedad, la relación con el médico y el sistema sanitario, por factores psicosociales y por factores económicos.

1.9.5.1 Factores sociodemográficos

La edad, el estatus socioeconómico y la nacionalidad son los factores más destacables que influyen en la no iniciación (ser joven favorece la no iniciación) (129,136). Estos factores no deben tenerse en cuenta por separado, ya que la no iniciación suele ser consecuencia de más de uno de ellos. Por ejemplo, la edad ligada a ser inmigrante, encontrarse en riesgo social, con menos ingresos, vivir solo o vivir en zonas rurales influye de forma asociada en la no iniciación (68). Asimismo, en España se han detectado interacciones entre la edad y la nacionalidad en su efecto sobre la iniciación. Por ejemplo, el grupo de población joven de nacionalidad americana y la población asiática de mayor edad presentan unas tasas de no iniciación superiores en comparación con los españoles de sus mismas franjas de edad. Esta circunstancia puede ser debida por un lado, tal y como muestra Velasco et al. (137) y Vázquez et al. (138), a que los usuarios inmigrantes encuentran dificultades en el uso del sistema sanitario español y a una menor adaptación por razones culturales y de comunicación en el caso de pacientes de mayor

edad (139,140). Otra asociación detectada que debe tenerse en cuenta, ya que favorece la no iniciación, es el hecho de tener asociada una patología mental en africanos y asiáticos, probablemente por el mayor estigma en las personas que provienen de estos países (131). La **Figura 1.7** muestra los resultados del estudio llevado a cabo por Aznar et al. donde se pueden observar las interacciones anteriormente comentadas.

1.9.5.2 Factores relacionados con el fármaco

Según el grupo terapéutico al que pertenecía el medicamento, el formato y el coste del medicamento eran algunos de los factores más influyentes en la no iniciación (128,130,131).

1.9.5.3 Factores relacionados con la enfermedad

En cuanto a la enfermedad padecer una patología crónica grave, era un factor protector de la iniciación y por contra en algunas comorbilidades como el dolor y padecer patología mental asociada aumentaba la no iniciación (131).

1.9.5.4 Factores relacionados con el médico prescriptor

La relación médico-paciente es un factor que aparece en la mayoría de los estudios de no iniciación. El hecho de que se realice en buena sintonía, donde el médico aporte información sobre la medicación está ligado a una mayor iniciación (68). El estudio de Aznar et al. evaluó el posible impacto de las características del médico y el centro sanitario donde se realizaban las prescripciones en la iniciación (131). El estudio demostró que una prescripción realizada por un médico residente o sustituto y en un centro de salud docente favorecía la no iniciación. Según la revisión sistemática de Lemstra et al., la única variable sociodemográfica significativa y con una asociación consistente de no iniciación era la falta de apoyo social refiriéndose como tal al apoyo que reciben los pacientes de los médicos, familiares y amigos (133). Estos resultados estaban en línea con otros en los que se constata la importancia de la confianza entre el médico y el paciente (68,141,142).

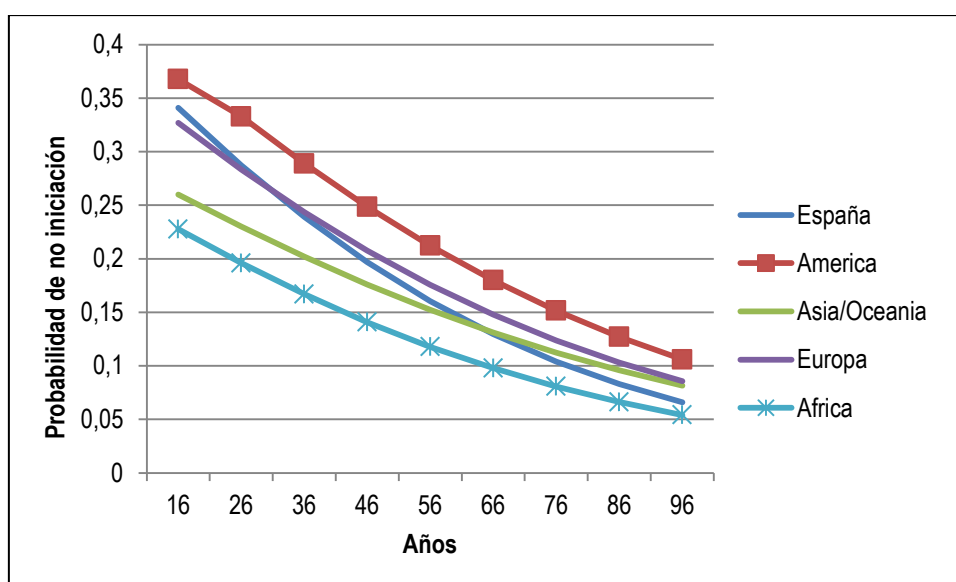
1.9.5.5 Factores de planificación sanitaria

Los acuerdos generados en políticas sanitarias como el coste de los fármacos y los copagos (136) aplicadas en algunos países son factores asociados a la no iniciación (131,143).

1.9.5.6 Factores relacionados con las creencias del paciente hacia la medicación

De acuerdo con la revisión de Shan-Qi Lee et al. (144), los factores relacionados con el paciente son los más frecuentes y entre ellos destacaban las creencias, percepciones, actitudes, conocimientos en salud y conocimientos médicos.

Figura 1.7. Interacciones edad y nacionalidad en no iniciadores



Fuente. Basado en Aznar et al. (131).

1.9.6 Motivaciones de no iniciación

Según Hutchins et al (61), en un estudio de no iniciación deben considerarse los parámetros básicos y los contextuales. Como se ha comentado en el punto anterior, los parámetros contextuales incluyen las características del paciente y del sistema. No solamente se considerarán las características sociodemográficas de los pacientes sino también sus creencias en salud, preocupaciones relacionadas con los efectos secundarios de los fármacos y la influencia tanto de los profesionales sanitarios como de su entorno socio-familiar (88).

Estos parámetros proporcionan un contexto adicional necesario para interpretar resultados que sean aplicables a la práctica real clínica. Sin embargo, alguno de los parámetros contextuales que define Hutchins et al. son difícilmente medibles a través de técnicas cuantitativas.

Esto hace necesario el abordaje de estos parámetros con estudios en profundidad, que utilicen técnicas cualitativas.

Los modelos de adherencia realizados por varios autores han sido creados para entender en profundidad la adherencia farmacológica y los distintos comportamientos de decisión cuando un paciente recibe una prescripción farmacológica (107). Rathbone et al. (145) incluyeron 22 estudios cualitativos en su revisión sistemática extrayendo los temas relacionados con la adherencia farmacológica: 1) la aversión a los medicamentos, 2) el instinto de supervivencia, 3) la percepción de necesidad, 4) los síntomas y efectos secundarios, 5) el coste de los fármacos y 6) la adaptación de la medicación a la rutina. Concluyeron que la adherencia farmacológica es el resultado de una interacción social entre la identidad del paciente y los medicamentos e influida por la familia, amigos, profesionales sanitarios, medios de comunicación y público en general. Esta última conclusión coincide con el estudio de Lemstra et al. centrado en la no iniciación (133).

Algunos de los factores que explican la falta de adherencia post iniciación o secundaria no son aplicables a la no iniciación, como es el caso de la “evaluación lega”, descrita anteriormente.

Se conocen pocos estudios realizados con metodología cualitativa sobre la no iniciación a la medicación y todos ellos lo han hecho en patologías específicas. En 2015, Polinski et al.(146) exploraron los factores que influían en la decisión de no iniciar un tratamiento antihipertensivo, en el 2018 Srimongkon et al. (147) estudiaron los factores protectores y limitantes de la adherencia a los antidepresivos en las fases de inicio, implementación y discontinuación de la adherencia y Swart et al. (148) investigaron los factores que contribuyen a no iniciar intencionadamente bifosfonatos prescritos en pacientes con osteoporosis.

El miedo a los efectos adversos, la incredulidad en la efectividad de la medicación, la carga de la medicación, la preferencia por las intervenciones en el estilo de vida y el coste del tratamiento afectaron a la iniciación (146–148). La percepción del riesgo y la aceptación del diagnóstico influyeron en el inicio de los bifosfonatos y los tratamientos antihipertensivos (146,147) mientras que el estigma y la gravedad de la enfermedad influyeron en el inicio de los antidepresivos (Srimongkon2018). La confianza en el médico y la calidad de la atención también fueron factores determinantes (146–148).

1.9.7 Estrategias de mejora en la no iniciación

Las intervenciones de mejora de la adherencia se pueden clasificar en cuatro categorías (115,149): 1) Educativas, en las que intervienen los profesionales sanitarios y proporcionan información sobre la enfermedad, la medicación y la importancia de la adherencia entre otras;

2) Actitudinales, cuyo objetivo es intentar modificar la actitud del paciente a través de recursos humanos y materiales como cartas, entrevistas individuales y grupales etc.; 3) Técnicas que proporcionan al paciente recursos materiales que faciliten la toma de la medicación, como pueden ser los recordatorios, los sistemas personalizados de dosificación y el automonitoreo; y 4) Económicas, que son todas aquellas intervenciones que premian o penalizan de forma económica la adherencia del paciente a la medicación.

Hasta la fecha se han encontrado 13 estudios (150–162) que han evaluado intervenciones de mejora de la no iniciación y que en comparación con la literatura existente en adherencia secundaria son más bien escasas. Ocho de los 13 estudios que se han realizado en el primer nivel de atención sanitaria y los resultados muestran que no existe una evidencia clara sobre la idoneidad de estas intervenciones, aunque parece que las estrategias que utilizan recursos humanos son más efectivas (154,155,161). Estos estudios son muy heterogéneos, realizados en contextos sanitarios muy concretos, distintos al sistema sanitario español, con fármacos muy específicos y muestras poblacionales pequeñas.

Las intervenciones complejas, cuya definición se describe en el siguiente punto, y que incluyen aspectos educativos, de actitud y técnicos presentan resultados más alentadores de mejora de la adherencia farmacológica (149). Esto es importante teniendo en cuenta que la población cada vez está más envejecida y es necesario aplicar estrategias que a largo plazo sean sostenibles.

1.9.7.1 Las intervenciones complejas

Las intervenciones complejas son intervenciones que contienen varios componentes que interactúan, aunque no hay un límite claro entre las intervenciones simples y las complejas (163). Existen diferentes dimensiones de intervenciones complejas según el:

- Número de las interacciones entre los componentes dentro de las intervenciones experimentales y de control
- Número y dificultad de comportamientos requeridos por aquellos
- Número de grupos o niveles de la organización objeto de la intervención
- Número y la variabilidad de los resultados
- Grado de flexibilidad o la adaptación de la intervención permitida

Es necesaria una revisión completa de la evidencia disponible ya que con ella se identifican los componentes que deben formar parte de la intervención. Este paradigma propone controlar los

elementos fijos y flexibles del contexto de la intervención a través de un proceso de 4 fases y que se describen a continuación:

1. Desarrollo donde se establecen las bases teóricas, se identifican los componentes de la intervención atendiendo a la evidencia científica y se modela la intervención.
2. Pilotaje de la intervención que ayuda a detectar limitaciones y donde se evalúa la factibilidad y viabilidad de la intervención.
3. Evaluación a través de un ensayo clínico en la que se evalúa la efectividad y eficiencia de la intervención.
4. Implementación de la intervención en la práctica clínica con un seguimiento a largo plazo y de forma genérica.

Como demuestran los resultados de Wiecek et al. (149) los componentes técnicos y económicos mejoran la adherencia a corto plazo mientras que los componentes educativos y actitudinales la mejoran a largo plazo por lo que es necesario invertir esfuerzos para conseguir intervenciones complejas que sean rentables y efectivas en el tiempo, lo que indica que las intervenciones de mejora de la adherencia en general requieren de un abordaje complejo.

CAPÍTULO 2

Objetivos

Los objetivos de la presente tesis son:

- 1.** Conocer y entender las motivaciones que llevan a una persona a no iniciar un tratamiento prescrito en atención primaria desde la perspectiva del paciente, teniendo en cuenta distintos perfiles de tratamiento.
- 2.** Conocer y entender las motivaciones que llevan a una persona a no iniciar un tratamiento prescrito en atención primaria desde la perspectiva del profesional sanitario, teniendo en cuenta distintos perfiles de tratamiento.
- 3.** Comprender a qué modelos teóricos se ajusta la práctica actual de la prevención primaria y promoción de la salud en atención primaria en España desde la perspectiva de los profesionales sanitarios de distintas disciplinas de este ámbito asistencial.
- 4.** Diseñar una intervención de mejora de la no iniciación que sea factible y aplicable en atención primaria y comunitaria.

CAPÍTULO 3

Material y métodos

Para dar respuesta a los cuatro objetivos de esta tesis se han desarrollado cuatro estudios, tres de ellos basados en metodología cualitativa. Para asegurar una correcta descripción de los estudios cualitativos, se han seguido los criterios “Consolidated criteria for reporting qualitative research” (COREQ) (164).

Para cada estudio realizado, se describen las características personales de los investigadores y su relación con los participantes, la orientación metodológica, los criterios de muestreo y procedimientos de acceso a la muestra, métodos para la recogida de datos, análisis, criterios éticos y cuestiones de validez y rigor. Además, a lo largo de los métodos se describe cómo afectaron los principios de reflexividad y circularidad a los métodos, detallando los cambios en el diseño que se fueron realizando a lo largo de los estudios en función del avance de la recogida de datos y su análisis.

3.1 Contexto de los estudios

Los tres estudios se desarrollaron con pacientes y profesionales del sistema nacional de salud en España.

Como se ha explicado en el capítulo 1 (Estructura sanitaria en España: el contexto de la atención primaria), el Sistema Nacional de Salud es un sistema de cobertura universal y gratuita en el punto de uso, con algunas excepciones, como los medicamentos.

La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario en España, donde los profesionales sanitarios gestionan los problemas de salud más prevalentes, siendo los referentes asistenciales de los pacientes y garantizando la accesibilidad y continuidad asistencial en la comunidad donde viven. Los equipos de atención primaria se coordinan con el segundo nivel asistencial para los problemas de salud que requieren atención hospitalaria. Los médicos de atención primaria prescriben los medicamentos mayoritariamente a través de recetas electrónicas que se dispensan en las farmacias comunitarias. El personal de enfermería, entre otras funciones, lleva a cabo tareas asistenciales participando en programas de prevención y promoción de la salud y con competencias de prescripción de medicamentos para trastornos agudos leves (13) los trabajadores sociales aportan conocimientos técnicos para la actuación en procesos sociales y comunitarios, sirviendo de enlace entre los ámbitos de salud y el social y

gestionan situaciones de vulnerabilidad social y económica para el acceso a medicación. Finalmente, el farmacéutico comunitario durante el proceso de dispensación activa, garantiza el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos y participa en actividades de autocuidado y prevención y promoción de la salud junto al resto de profesionales de atención primaria (16).

El contexto de los estudios se enmarcó exclusivamente en atención primaria dado que la mayoría de los tratamientos se inician en él y descartando la Atención Especializada por la complejidad y severidad de las patologías.

Por lo que respecta al medicamento, el SNS, determina los medicamentos financiados por el sistema público siguiendo criterios de efectividad y sostenibilidad del sistema. De acuerdo con el Real Decreto de la ley 16/2012 se creó un modelo de aportaciones económicas sobre el precio de venta al público (PVP) de los medicamentos financiados por el SNS a los asegurados del CatSalut (165), que se resume en la **Tabla 3.1**, los medicamentos financiados están sujetos a un copago que depende de la renta del paciente, situación laboral y el tipo de medicamento. El copago para pensionistas varía entre el 10% y el 60% y en población activa entre un 40% y un 60% dependiendo de los ingresos del paciente. En el caso de personas vulnerables o en situación de paro de larga duración la aportación del copago es 0%. Existe un grupo de medicamentos, la mayoría de los cuales son tratamientos crónicos, en los que los pacientes deben aportar un 10% del coste del medicamento independiente de sus ingresos (166).

Tabla 3.1. Copago de los medicamentos

Asegurados del Catsalut	Población activa	Población pensionista
	Aportación sobre el PVP	Aportación sobre el PVP
Rentas inferiores a 18.000€/año	40%	10% (8,23€ máx./mes)
Rentas entre 18.000 y 100.000€/año	50%	10% (18,52€ máx./mes)
Rentas iguales o superiores a 100.000€/año	60%	60% (61,75€ máx./mes)

Se aplica un 10% sin límite a las personas que en el marco del Real decreto 1088/1989, se les asignó farmacia gratuita por no disponer de recursos económico suficientes y ser mayores de 65 años.

Las personas y sus beneficiarios que quedan exentas de pago deben estar en alguna de las situaciones que se indican a continuación:

- Personas perceptoras de pensiones no contributivas
- Personas perceptoras de rentas de integración social
- Personas desempleadas que han perdido el derecho a percibir subsidio de desempleo, mientras se encuentren en esta situación
- Personas que reciben tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional
- Personas con discapacidad según la LISMI (Ley 13/19829)
- Personas afectadas de síndrome tóxico

Fuente. Adaptado del apartado de copago del medicamento del CatSalut (165)

Capítulo 3: *Estudio 1*

Material y métodos

3.1.1 Diseño

Este estudio forma parte de una investigación basada en métodos mixtos que tenía como objetivo investigar el problema de la no iniciación en el contexto de la atención primaria en España. El objetivo de la fase cuantitativa fue conocer la prevalencia, los factores explicativos, el coste sanitario y las consecuencias en salud de la no iniciación (131,136).

En paralelo, se llevó a cabo el estudio con métodos cualitativos que tenía como objetivo conocer y entender las motivaciones que llevan a una persona a no iniciar un tratamiento prescrito en atención primaria desde la perspectiva del paciente, teniendo en cuenta distintos perfiles de tratamiento, se llevó a cabo una investigación en Barcelona, Girona y Málaga mediante un estudio cualitativo exploratorio explicativo basado en Teoría Fundamentada de diseño sistemático (Objetivo 1 de la tesis) (167,168).

3.1.2 Criterios de selección de participantes

La muestra estaba formada por pacientes mayores de 18 años atendidos en el sistema público que no hubieran iniciado un nuevo tratamiento prescrito por el médico de atención primaria de las provincias de Barcelona y Málaga durante, como mínimo, las dos primeras semanas a partir de la fecha de prescripción del nuevo tratamiento.

Se realizó un muestreo teórico y de conveniencia (169) clasificando, a priori, los participantes en cuatro grupos terapéuticos en función del principal motivo de consulta del paciente. Según muestra la **Tabla 3.2**, se consideró la patología que presentaba el participante en cuatro segmentos: patología física aguda, crónica sintomática, crónica asintomática y mental. Dentro de cada grupo de patologías, se utilizó un criterio de máxima variabilidad en el muestreo según características que se esperaba que pudieran influir en la iniciación y factores asociados a la no iniciación del tratamiento detectados en el estudio de Aznar et al. (131) . Se utilizaron criterios de máxima variabilidad en base a género, edad, y el nivel cultural dentro de cada segmento hasta saturar (169). Se utilizó un diseño circular de inclusión-análisis-reflexión para cada participante incluido. Se siguieron criterios de conveniencia y suficiencia, incluyéndose informadores hasta saturar la información en cada segmento.

La decisión de segmentar se basó en la hipótesis de que las motivaciones para no iniciar estuvieran influidas por el tipo de enfermedad. En las enfermedades crónicas asintomáticas, se

esperaba que se identificaran motivos relacionados con la falta de conocimiento y baja percepción de riesgo como motivaciones para no iniciar, razones que probablemente no se darían en el segmento de enfermedades crónicas sintomáticas. En cuanto al segmento de enfermedad mental se pensaba que estarían relacionadas con el estigma y la falta de conciencia de enfermedad. Para el segmento de enfermedad física aguda no había inicialmente hipótesis específicas sobre los motivos de no iniciación.

Tabla 3.2 Segmentos terapéuticos en función de la patología del participante

Segmento terapéutico	Definición
Enfermedad física aguda	Cualquier tipo de enfermedad física aguda (Inicio y final brusco). Ej.- infección, dolor agudo o anemia.
Enfermedad física crónica asintomática	Cualquier patología crónica (de larga duración y que no suele desaparecer) que cursa sin síntomas evidentes para el paciente. Ej.- hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes tipo II.
Enfermedad física crónica sintomática	Cualquier patología crónica (de larga duración y que no suele desaparecer) que curse con sintomatología percibida de forma clara por el paciente. Ej.- dolor crónico, diabetes tipo I, asma, alergia.
Enfermedad mental	Cualquier tipo de enfermedad mental que se maneje principalmente en atención primaria.

3.1.3 Acceso a la muestra

Para mejorar la credibilidad y transferibilidad del estudio, el acceso a la muestra se realizó, en la mayoría de los casos, a través de porteros o informantes clave (170). El marco teórico de inicio estableció que los porteros fueran cinco médicos de atención primaria que identificaban a los participantes revisando las historias farmacoterapéuticas de pacientes que cumplieran los criterios de variabilidad y a los que iniciaran un tratamiento de uno de los segmentos de estudio.

Después de los primeros análisis, las investigadoras observaron que los participantes reclutados por los médicos de atención primaria eran reticentes a discutir con claridad la influencia del médico en la no iniciación de tratamientos. En consecuencia, las estrategias de acceso a la muestra se modificaron incorporando como porteras a cinco farmacéuticas comunitarias con la finalidad de aumentar la credibilidad de la información aportada por los participantes. Las farmacéuticas invitaban a participar a los usuarios que solicitaban no retirar una nueva prescripción.

El protocolo que seguían para el reclutamiento de pacientes era el siguiente:

- Médicos/as de atención primaria
 - Los médicos/as colaboradores llevaron un registro de primeras prescripciones a los pacientes y tras dos semanas revisaban la historia farmacoterapéutica para ver si había algún no iniciador.
 - Los médicos/as colaboradores, revisaron retrospectivamente historias de prescripción y dispensación de algunos pacientes para detectar no-iniciadores hasta 6 meses atrás.
 - Si un paciente durante la consulta, afirmaba que no se había tomado la medicación o que no se la iba a tomar.
- Farmacéuticas comunitarias
 - Detectaban aquellos usuarios que durante la dispensación de medicamentos pedían que no se les dispensase un medicamento de nueva prescripción.
 - Se incluyeron pacientes que habían recogido la medicación pero que afirmaban que no la habían tomado, ni la iban a tomar.

Durante la realización del estudio cuantitativo de no iniciación, se detectó que el país de origen podía influir en la no iniciación (131). En consecuencia, se acordó incluir participantes extranjeros. Ante la imposibilidad de conseguir informantes inmigrantes a través de los médicos de atención primaria y las farmacéuticas comunitarias, para explorar el comportamiento en esta población, se consensó contactar con asociaciones de inmigrantes y sociedades científicas. Esta estrategia se complementó con el método bola de nieve (algunos participantes ayudaron a contactar con otros no iniciadores de su mismo país de origen). Las personas que identificaban al participante le explicaban el estudio y pedían permiso para que un investigador les contactara. La **Tabla 3.3** que se muestra a continuación resume la reflexividad y circularidad del diseño.

Tabla 3.3. Reflexividad y circularidad del diseño

Punto modificado	Estrategia inicial	Estrategia posterior	Justificación
Porteros	Acceso a la muestra a través del MAP	Inclusión del FC como portero.	Aumentar credibilidad en la recogida de datos narrativos
Participantes	Sin requerimientos en cuanto a nacionalidad	Inclusión de participantes de nacionalidad americana y asiática.	La nacionalidad influye en la no iniciación
Porteros y estrategias de acceso a la muestra	Acceso a la muestra a través del MAP y el FC	Acceso a participantes a través de asociaciones científicas y técnicas de bola de nieve	Dificultades de acceso a participantes inmigrantes
Guion temático	Entrevista basada en el Modelo de Becker y Mainmann	Inclusión de el tema “expectativas del paciente en la consulta médica” en el guión temático	Aparición de un tema emergente (expectativas del paciente) durante las entrevistas

FC: Farmacéutico comunitario; MAP: Médico de atención primaria.

3.1.4 Muestra

Entre marzo 2015 y diciembre 2016, investigadoras expertas en investigación cualitativa (dos farmacéuticas y una psicóloga) realizaron 30 entrevistas presenciales individuales semi-estructuradas (promedio de 29.4 minutos por entrevista) que se gravaron en audio. La entrevista individual semi-estructurada tiene como finalidad explorar la opinión de los informantes de forma individual ofreciendo un marco flexible.

Las entrevistas se realizaron en castellano o catalán a excepción de una entrevista en la que fue necesaria la presencia de un intérprete chino. Una de las entrevistas fue realizada con ayuda del cuidador del participante (la esposa del participante no iniciador) ya que este presentaba un leve deterioro cognitivo y el cuidador le ayudaba a gestionar su medicación.

El guion temático, que se muestra en la **Tabla 3.4** y se basó en el modelo de salud de Becker y Maiman (22). Este es uno de los marcos teóricos más utilizado en psicología en salud para explicar el cambio de comportamiento relacionado con la adherencia a la medicación y a los hábitos de vida (171). El guion temático incluía temas relacionados con la percepción de enfermedad y del tratamiento prescrito por el médico de atención primaria, la relación del paciente-médico y la influencia de la norma social y otros factores que pueden influir en la adherencia.

Tras analizar las primeras entrevistas, se consideró importante modificar el guion para incluir las expectativas del informante sobre la visita con el médico de atención primaria.

Tabla 3.4 Guion temático entrevista individual

Tema	Ejemplos de preguntas
Expectativas de la visita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué esperaba de la visita del médico?
Creencias relacionadas con la enfermedad (causas, consecuencias, identidad y tratamiento)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando le diagnosticaron XX, ¿qué hizo? ¿Está de acuerdo con el diagnóstico? ▪ ¿Cómo cree que se podría/debería tratar este problema?
Creencias relacionadas con la enfermedad (riesgos y beneficios percibidos, experiencias previas).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cree que tomar esta medicación podría tener algún beneficio/inconveniente? ¿Cuál? ▪ ¿Ha tomado alguna vez algún medicamento que haya influido en su decisión de no iniciar el tratamiento con XX?
Relación del paciente con el médico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la consulta, cuando el médico le dijo que tenía esta enfermedad, ¿qué opciones le dio? ▪ ¿Quién decidió iniciar el tratamiento con XX?
Norma social (otras personas que puedan afectar a la toma de decisiones)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando se le prescribió esta medicación, ¿Habló con alguien para que le ayudara a tomar la decisión? ¿Me puede explicar qué le dijo y cómo le influyó? ▪ ¿Cómo le influye lo que opina la gente del problema que padece?
Norma social (otras personas que puedan afectar a la toma de decisiones)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando salió del médico que le recetó este medicamento, ¿buscó por internet información sobre este tratamiento? ¿Cómo le afectó?

3.1.5 Análisis

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente, anonimizadas y analizadas por dos investigadoras farmacéuticas que triangularon los análisis. Para mejorar la credibilidad, consistencia y reflexibilidad en la interpretación de los datos los investigadores eran profesionales de diferentes disciplinas (médicas de familia, farmacéutico o psicólogo), todos con conocimientos de investigación cualitativa (169).

Siguiendo la Teoría fundamentada (167), los investigadores analizaron las entrevistas individualmente primero escuchando y leyendo cada entrevista para familiarizarse con ella y

posteriormente extrayendo los temas emergentes de partes del discurso o citas textuales (verbatim), elaborando una lista de las primeras interpretaciones relacionados con el objeto de estudio.

A continuación, se trianguló el análisis de los investigadores comparando y consensuando los verbatim seleccionados y las interpretaciones de estos para su categorización. A medida que se iban creando categorías a partir de los datos brutos, se fueron estableciendo macro categorías, comparando constantemente los análisis de las entrevistas anteriores en un proceso iterativo. Las nuevas entrevistas se llevaron a cabo sólo después de analizar las entrevistas anteriores para permitir el proceso de reflexividad y circularidad (171).

Finalmente, en la fase de interpretación, cuando se alcanzó la saturación y una vez terminado el análisis de todas las entrevistas, los investigadores construyeron el marco conceptual de los factores que influyen en la decisión de no iniciar una medicación prescrita por el médico de atención primaria llegando al Modelo Teórico de Iniciación a la medicación. Se utilizaron soportes manuales e informáticos (ATLAS/Ti 6.0) para el análisis.

3.1.6 Validación y rigor

Para mejorar el rigor metodológico del estudio se aplicó el principio de reflexividad y circularidad a lo largo del estudio, realizando cambios en las estrategias de acceso a la muestra, en el diseño muestral y en el guion temático de entrevista. Además, se utilizaron porteros, una guía semi-estructurada de entrevista y un diario de campo. Los datos se contrastaron con los participantes al final de cada entrevista: el entrevistador resumía los puntos planteados por los participantes y permitía al entrevistado corregir y completar la información. Todos los análisis se triangularon.

El proceso fue auditado por un equipo externo experto en investigación cualitativa de la comisión de investigación cualitativa del “Consorci de Salut i Social de Catalunya” (172). Antes del desarrollo del estudio, este equipo revisó los objetivos y métodos del estudio. Cuando el estudio se encontraba en la mitad aproximada del trabajo de campo, los resultados preliminares y las modificaciones derivadas del proceso iterativo, fueron de nuevo presentados al mismo comité para evaluar y discutir la validez de los mismos.

3.1.7 Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) Sant Joan de Déu (PIC 111-14) e Instituto de Investigación de atención primaria (IDIAP) Jordi Gol (P14/140). Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito. Los participantes recibieron un vale regalo de 20€ como agradecimiento, pero no fueron informados de ello hasta el final de la entrevista.

Capítulo 3: *Estudio 2*

Material y métodos

3.2.1 Diseño

Con el objetivo de conocer y entender las motivaciones que llevan a una persona a no iniciar un tratamiento prescrito en atención primaria desde la perspectiva del profesional sanitario y teniendo en cuenta distintos perfiles de tratamiento (Objetivo 2 de esta tesis), se llevó a cabo una investigación en centros de atención primaria de la provincia de Barcelona mediante un estudio cualitativo interpretativo explicativo basado en la Teoría Fundamentada (167).

3.2.2 Criterios selección participantes

Se realizó un muestreo teórico y de conveniencia (169) que incluyó a todos los profesionales que intervienen en la prescripción y dispensación de un fármaco: profesionales sanitarios de centros de atención primaria (médicos, personales de enfermería y trabajadores sociales) y farmacéuticos comunitarios de la provincia de Barcelona. Se siguió un criterio de máxima variabilidad en base al ámbito del centro de atención primaria (urbano, semi-urbano, rural), acreditación docente del centro de atención primaria (docente o no docente) y nivel socioeconómico y cultural del área de influencia del centro de atención primaria. Se recogió la información hasta alcanzar la saturación de la información.

3.2.3 Acceso a la muestra

Los participantes fueron identificados por tres médicas de atención primaria y dos farmacéuticas asegurando de esta forma la credibilidad y transferibilidad del estudio. Las médicas de atención primaria contactaron con profesionales de diferentes centros de atención primaria para invitarles a participar. Las farmacéuticas contactaron con el Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona que facilitó el acceso a la muestra.

3.2.4 Muestra

Entre abril 2018 y julio 2018, una entrevistadora y una observadora, ambas expertas en investigación cualitativa, realizaron 6 entrevistas grupales con un promedio de 70 minutos de duración, previo consentimiento informado y que se registraron en audio. Las entrevistas se realizaron en castellano y/o catalán. Los entrevistados y las entrevistadoras no tenían una relación previa (173).

Las entrevistas grupales a profesionales de atención primaria se realizaron en sus centros de trabajo y las entrevistas a farmacéuticos comunitarios se realizaron en una sala cedida por el COFB. En la entrevista se exploraron las motivaciones que, según los profesionales, tenían los pacientes de atención primaria para no iniciar sus tratamientos, sin centrarse en un grupo de medicamentos concreto. La entrevista fue semiestructurada y siguió un guion temático basado en el anterior estudio (ver **Tabla 3.4**). Se les preguntó de forma general, cuáles creían que eran los factores que influían a los pacientes para no iniciar una medicación. De forma más concreta, se les preguntó si consideraban que las creencias sobre la enfermedad y/o sobre los fármacos podían influir en la decisión, si creían que su relación con los pacientes o sus propias características como profesionales podían tener algún papel y, finalmente, si creían que otros profesionales, otras fuentes de información o el entorno del propio paciente podían influir de alguna forma.

3.2.5 Análisis

Todas las entrevistas fueron analizadas por tres investigadoras (dos farmacéuticas y una médica de atención primaria) con experiencia en investigación cualitativa(169). Además, las entrevistas a enfermeras y trabajadores sociales también fueron analizadas por una enfermera. La trayectoria y el perfil de las investigadoras podrían influir en la interpretación del discurso de los profesionales. Para evitar un sesgo de interpretación de los datos y para mejorar la credibilidad, consistencia y reflexividad de la investigación se incluyeron distintos perfiles en la triangulación (174,175). El análisis de cada entrevista fue realizado inmediatamente después de cada entrevista con la consecuente reflexión del equipo investigador para introducir los cambios y aspectos emergentes que fueran apareciendo durante todo el estudio (171).

Se transcribieron literalmente y anonimizaron todas las entrevistas y cada una de las investigadoras, de forma independiente, escuchó y leyó la entrevista y extrajo los temas emergentes a partir de los verbatim que daban un significado en el contexto de la entrevista. Las investigadoras utilizaron como marco de partida los códigos descritos en el anterior estudio de no iniciación y, elaboraron un listado de las primeras interpretaciones sobre los motivos que, según la perspectiva de los profesionales sanitarios, los pacientes tienen para no iniciar la medicación prescrita. Seguidamente, las tres investigadoras triangularon sus análisis, comparando y consensuando los verbatim identificados y las interpretaciones de estos para su categorización. Se fueron creando categorías a medida que avanzaban los análisis de las entrevistas. Cuando aparecieron nuevos factores, se consideró la creación de nuevas categorías. Una vez finalizados los análisis, algunas de las categorías se agruparon en macro categorías,

comparando constantemente con los análisis de las entrevistas del estudio anterior. Por último, en la fase de interpretación, las tres investigadoras redefinieron el marco explicativo de los factores que influyen en la no iniciación de los tratamientos prescritos en atención primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, siguiendo el modelo previo descrito desde la perspectiva de los pacientes. Para el análisis se utilizaron soportes manuales e informáticos (ATLAS/Ti 8.0).

3.2.6 Validación y rigor

Se aplicaron los principios de reflexividad y circularidad para aportar un mayor rigor metodológico al estudio. También, se utilizaron porteros, una guía semiestructurada de entrevista y un diario de campo. Al final de cada entrevista grupal se hizo un resumen de los factores que habían surgido durante la entrevista, para contrastarlos con los participantes. Se triangularon los análisis y el protocolo del estudio fue auditado por el “Consorti de Salut i Social de Catalunya”(172), equipo externo experto en investigación cualitativa.

3.2.7 Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Sant Joan de Déu (PIC 66-18). Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito. Los participantes recibieron un vale regalo de 20€.

Capítulo 3: *Estudio 3*

Material y métodos

3.3.1 Diseño

Estudio cualitativo descriptivo a través de grupos de discusión con profesionales sanitarios de distintas disciplinas de atención primaria. En este caso se trata de un estudio secundario de un estudio cualitativo (175,176) que se realizó en el contexto del diseño, implementación y evaluación de una intervención compleja multirriesgo para disminuir el consumo de tabaco, mejorar la adherencia a la dieta mediterránea, la actividad física, el riesgo cardiovascular y de depresión en personas de 45-75 años visitadas en centros de atención primaria y que tuvieran dos o más de estas conductas (proyecto EIRA) (177). El proyecto sigue una metodología de 5 fases secuenciales con metodología cuantitativa y cualitativa y actualmente se han llevado a cabo 4 fases (177–180).

3.3.2 Criterios de selección de participantes

Los centros de salud que participaron fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios: 1) el centro debía ser representativo de las características generales de la población de la CCAA; 2) que cumpliera con los objetivos de evaluación del centro; y 3) que más de un 70% de los profesionales del centro aceptaran participar en el proyecto EIRA.

3.3.3 Acceso a la muestra

Todos los profesionales de los centros de salud seleccionados (médicos, personal de enfermería, trabajador social, fisioterapeutas, atención al usuario y estudiantes) fueron invitados/as teniendo en cuenta el máximo de variabilidad de sexo, edad, perfil profesional y años de experiencia.

3.3.4 Muestra

Se realizaron 14 grupos de discusión (8-12 participantes) durante noviembre del 2013 y mayo del 2014 con los profesionales de los centros de atención primaria de 7 CCAA (Andalucía (Málaga), Aragón (Zaragoza), Baleares (Mallorca), Castilla-la Mancha (Cuenca y Talavera de la Reina), Castilla-León (Salamanca), Cataluña (Barcelona y Cornellà de Llobregat) y País Vasco (Vitoria-Gasteiz). Los grupos de discusión fueron moderados por investigadores/as con experiencia en investigación cualitativa y técnicas de entrevistas. Se siguió un guión temático semiestructurado con preguntas relacionadas con la práctica habitual en actividades de

prevención y promoción de la salud que fue pilotado en una CCAA que exploró la práctica de las intervenciones en prevención y promoción de la salud de los profesionales a sus pacientes (181,182). La entrevista contenía dos partes, en la primera, se exploraban las prácticas de los profesionales en prevención y promoción de la salud y, en la segunda, se debatía y reflexionaba sobre una intervención partiendo de una viñeta de un caso típico de consulta (ver en **Tabla 3.5** donde se muestra el guión temático con ejemplos de preguntas y la viñeta del caso típico).

Tabla 3.5. Guion temático de las entrevistas grupales

Temas	Ejemplo de preguntas
<p>Actitudes y prácticas de los profesionales del equipo de atención primaria de salud respecto a la promoción de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para vosotros, ¿hasta qué punto es importante impulsar las conductas promotoras de la salud? • En vuestro día a día, ¿qué actividades hacéis para impulsar estas conductas? • ¿Qué parte de vuestro trabajo diario dedicáis a impulsar conductas promotoras de la salud, en relación a otras actividades?
<p>¿Cómo se hacen las intervenciones de promoción de la salud en el Centro de Salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué intervenciones de promoción de la salud habéis hecho durante el último mes? ¿Cómo veis la utilidad y efectividad de estas intervenciones? (profundizar en las diferencias según el tipo de conducta: alimentación, actividad física, tabaco, OH, salud mental...) • ¿Cómo las organizáis? • ¿Cómo priorizáis estas intervenciones? • ¿Cómo las integráis? • ¿Cuándo las hacéis? (tipo de visita) • ¿Tenéis en cuenta las preferencias y valores de las personas que atendéis? • ¿Contáis con otros “aliados”? (recursos comunitarios, organizaciones, entidades, agentes sociales, iniciativas ciudadanas, medios de comunicación locales) • ¿Aplicáis modelos teóricos de promoción de la salud? • ¿Se modifica la duración de las visitas si hacéis estas intervenciones? • ¿Qué dificultades tenéis para hacer estas intervenciones? • ¿Qué se podría hacer para superar las dificultades y mejorar la efectividad de estas intervenciones?
<p>Reflexión y debate sobre un caso práctico</p>	<p><i>Viñeta inicial: María vuelve a casa agotada. En su etapa de formación, hizo un ciclo formativo de grado medio de gestión y administración de empresas. Tiene 47 años, 3 hijos y trabaja de administrativa 8 horas al día. Vive en un barrio de clase media-baja, con una asociación de vecinos muy activa, un polideportivo municipal, una zona verde amplia y accesible y un mercado céntrico y muy concurrido. Actualmente el nivel de paro es muy elevado. Su situación económica ha empeorado notablemente en los últimos 5 años, desde que se separó de su pareja, quien a su vez tiene problemas económicos, por lo que, a veces, no puede aportar la pensión alimenticia. Su hijo Bruno tiene 18 años, participa en las tareas domésticas y cuida a sus hermanos menores. Cuenta con la ayuda de sus padres y una hermana, aunque viven a 200 Km y con un par de vecinas que son amigas. María dejó de fumar en 2011, tiene el colesterol alto y no hace actividad física. Acude a la visitase al centro de AP por qué se siente como “en un pozo” y le cuesta dormir.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas habituales de los profesionales del equipo de atención primaria de salud en esta situación. • ¿Qué hacéis los profesionales del Centro de Salud en esta situación? • ¿Qué podéis hacer los profesionales del Centro de Salud en esta situación?

3.3.5 Análisis

Antes de realizar el análisis secundario, se hizo una revisión de la literatura relacionada con los modelos teóricos de cambio de conducta que se aplican en el ámbito sanitario. Posteriormente, las investigadoras consensuaron 7 modelos teóricos con los que se trabajaría para el análisis de las entrevistas grupales (ver **Tabla 3.5**). Estos modelos son los que se utilizan con más frecuencia para diseñar o enmarcar intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud (181). Los modelos teóricos de cambio de conducta se clasificaron según el nivel de actuación, esto es, si el nivel es individual (micro), interpersonal (meso) o comunitario (macro). El Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Acción Razonada y el Modelo Transteorético de las Etapas del Cambio se enmarcaban dentro del nivel micro. El Modelo Cognitivo Social, el Modelo de Apoyo Interpersonal-Social y la Teoría de la Motivación por Incentivos en el nivel meso. Finalmente, el Modelo de Organización Comunitaria se enmarcaba en el nivel macro (181). Se tuvieron en cuenta las similitudes que existían entre los modelos teóricos de cambio de conducta y también se definieron los factores más importantes de cada modelo que se relacionan con las actividades de prevención primaria y promoción de la salud en los centros de atención primaria.

Con el análisis se pretendía enmarcar la práctica habitual de los centros de salud en los modelos teóricos de cambio de conducta. Las investigadoras se familiarizaron con las entrevistas grupales escuchándolas y leyéndolas varias veces para analizarlas siguiendo los criterios de análisis temático. Las analistas, con diversos bagajes profesionales y todas ellas expertas en investigación cualitativa, analizaron individualmente las entrevistas identificando los fragmentos y los verbatims que describían las actividades de prevención primaria y promoción de la salud. Posteriormente, se trabajó en dos grupos donde se asociaron los elementos claves con los modelos teóricos y, finalmente se realizó una segunda triangulación entre los dos grupos. Una vez consensuados los resultados, se efectuó una segunda revisión de los factores clave de cada modelo teórico que se habían asociado a los verbatims de cada una de las entrevistas. Para el análisis se utilizaron soportes manuales.

3.3.6 Validación y rigor

Para aumentar la credibilidad y la tranferibilidad del análisis secundario, se contrastaron los resultados a través de triangulación de fuentes de información y triangulación de investigadores (174).

3.3.7 Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la IDIAP Jordi Gol (2013; P12/073).

Tabla 3.6. Resumen de los principales modelos sobre el cambio de conducta aplicadas en Atención Primaria de Salud analizadas en este estudio.

Modelo o teoría	Foco del modelo o teoría	Conceptos clave: Explicación	Solapamientos entre conceptos de los modelos
Modelos intrapersonales			
Modelo de Creencias en Salud	La percepción sobre la enfermedad la determinan las creencias sobre la susceptibilidad y la severidad. La percepción sobre la conducta la determinan las creencias sobre el beneficio de la acción, la autoeficacia y el coste o barreras para el comportamiento.	Susceptibilidad percibida: Fragilidad del individuo.	Actitud hacia la conducta (Teoría de la Acción Razonada) y expectativas (Teoría Cognitivo Social)
		Severidad percibida: Daño potencial de la enfermedad.	
		Beneficios percibidos: Efectividad de la conducta para reducir el riesgo o gravedad.	
		Barreras percibidas: Costes materiales y personales de la conducta.	
		Indicaciones para la acción: Factores que aumentan la disposición a realizar la conducta.	
Auto-eficacia: Confianza en las propias habilidades para conseguir la conducta.	Control percibido (Teoría de la Acción Razonada) y Auto-eficacia (Teoría Cognitivo Social)		
	Factores modulantes: Demográficos, psicosociales y estructurales.		
Teoría de la Acción Razonada	La intención de conducta, o disposición para realizar esa conducta, es un antecedente inmediato del comportamiento. La intención de conducta viene determinada por las actitudes, la norma social y la percepción de control.	Norma subjetiva: Influencia que ejerce el grupo social sobre la persona.	Conceptos del Modelo de Creencias en Salud
		Actitud hacia la conducta: Suma de creencias sobre la conducta.	
		Control percibido sobre la conducta: Confianza sobre la propia capacidad para llevar a cabo el comportamiento.	
Modelo Transteórico de las Etapas del Cambio	Cuando una persona pone en marcha una nueva conducta sigue un proceso de maduración que progresa a lo largo de cinco etapas: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.	Pre-contemplación: Aparece la duda, se empiezan a percibir los riesgos y problemas de la conducta actual. No hay intención de actuar en los próximos 6 meses.	
		Contemplación: El paciente analiza los beneficios de su posible cambio de conducta. La persona pretende actuar en los próximos 6 meses.	
		Preparación: Se planifican los cambios a seguir. Se actuará en los próximos 30 días.	
		Acción: La persona ha cambiado la conducta. La mantiene menos de 6 meses.	
		Mantenimiento: El paciente intenta mantener el cambio 6 o más meses.	

Continuación Tabla 3.6. Resumen de los principales modelos sobre el cambio de conducta aplicadas en atención primaria de salud analizadas en este estudio

Modelo o teoría	Foco del modelo o teoría	Conceptos clave: Explicación	Solapamientos entre conceptos de los modelos
Modelos interpersonales			
Teoría Cognitivo Social	El determinismo recíproco es la. La auto-eficacia, los objetivos y las expectativas respecto al resultado de la conducta determinan la probabilidad de que una persona lleve a cabo una nueva conducta. Las personas aprenden de sus acciones, pero también de la observación de la conducta de los otros y de las consecuencias de estas conductas.	Determinismo recíproco: Interacción dinámica de factores personales, del comportamiento y de factores ambientales.	Auto-eficacia (Creencias en Salud), control percibido sobre la conducta (Teoría de la Acción Razonada)
		Capacidad para los comportamientos: Conocimientos y habilidades para realizar un comportamiento.	
		Expectativas: Beneficios atribuidos a la conducta.	
		Auto-eficacia: Confianza en las propias capacidades para conseguir la conducta.	Auto-eficacia (Modelo de Creencias en Salud) y control percibido (Teoría de la Acción Razonada)
		Observación: Aprendizaje a través de la observación de las conductas y resultados	
Reforzamiento: Respuestas a la conducta que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se lleve a cabo.	Recompensas (Teoría de la Motivación por Incentivos)		
Modelo de Apoyo Interpersonal-Social	El entorno social facilita el cambio ofreciendo apoyo informativo y emocional y, sobretudo, implicando a la persona en grupos sociales en los que participa. Los efectos positivos de esta intervención provienen de la interacción entre estos componentes.	Apoyo informativo: Conjunto de herramientas informativas e instrumentales que facilitan la conducta.	
		Apoyo emocional: Conjunto de herramientas psicológicas (cuidado, empatía, confianza...) que facilitan la conducta.	
		Colaboración con el entorno: el entorno influye en la cognición, emoción, comportamiento y respuestas biológicas a través de interacciones no necesariamente dirigidas a la provisión de ayuda o apoyo a la conducta.	

Continuación Tabla 3.6. Resumen de los principales modelos sobre el cambio de conducta aplicadas en atención primaria de salud analizadas en este estudio

Modelo o teoría	Foco del modelo o teoría	Conceptos clave: Explicación	Solapamientos entre conceptos de los modelos
Teoría de la Motivación por Incentivos	La conducta viene condicionada por las expectativas sobre los beneficios o recompensas consecuencia de esta conducta. Esto implica la recompensa y los estímulos que le preceden.	Recompensas internas: Sentimientos internos motivados por los intereses y satisfacciones que produce la conducta en la persona. Recompensas externas: Determinantes ambientales que estimulan la conducta y recompensas que provienen del entorno.	Reforzamiento (Teoría Cognitivo Social)
Modelos comunitarios			
Modelo de Organización Comunitaria	La comunidad se organiza para identificar problemas de salud, movilizar recursos y desarrollar e implementar estrategias que permitan responder a objetivos colectivos. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, este modelo se ha adaptado para reflejar que los programas de salud reflejan las prioridades de la comunidad, defina o no la agenda de objetivos.	Empoderamiento: Proceso social de acción a partir del cual la población gana control sobre sus vidas y comunidades. Capacidad de la comunidad: Habilidad para identificar problemas y movilizar recursos para solucionarlos. Participación: Implicación de los miembros de la comunidad como colaboradores en igualdad de condiciones. Relevancia: Organización comunitaria alrededor de las prioridades de sus miembros. Selección del problema: Identificación de objetivos de cambio y mejora que unifiquen y consoliden la comunidad. Conocimiento crítico: Conciencia de las fuerzas sociales, políticas y económicas que contribuyen al problema social.	

Capítulo 3: *Estudio 4*

Material y métodos

3.4.1 Diseño de la intervención IMA

Para el diseño de la Intervención a la Adherencia inicial a la medicación (IMA) y, según el Marco del Consejo de Investigación Médica (175) y la evaluación de intervenciones complejas del Medical Research Council (183,184), es necesario identificar, primero, la base de la evidencia y desarrollar una teoría que explique el problema que se desea intervenir.

Fase de desarrollo

Los estudios cuantitativos aportaron una estimación del 17% de no iniciación en atención primaria y una variación de entre el 6% (inhibidores ECA) y el 9% (antiplaquetarios) en los tratamientos para las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Además, se determinaron los factores explicativos de la misma (131,136,166). Los estudios 1 y 2, realizados en esta tesis con pacientes no iniciadores y profesionales de atención primaria, derivaron en el Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación que identifica y explica los factores que influyen en la no iniciación. En el estudio 3 de esta tesis se exploró qué tipo de modelos aplican los profesionales de atención primaria en las prácticas de prevención y promoción de la salud.

Partiendo de la evidencia científica de los resultados publicados y generados, se diseñó un borrador de la intervención compleja IMA que corresponde a la fase de modelización con la colaboración de los investigadores que participaron en las fases cuantitativa y cualitativa del proyecto de no iniciación. Además, se incorporó la opinión de las personas clave (stakeholders y decision makers) para tener en cuenta los recursos de la práctica real.

Para aumentar la aceptabilidad y la transferibilidad de la intervención, entre abril y septiembre del 2018 se llevaron a cabo 8 grupos de discusión con profesionales del primer nivel asistencial (médicos, enfermería, trabajadores social y farmacéuticos comunitarios) y médicos especialistas (cardiólogos, endocrino, vascular e internista). Una vez presentada la primera versión a los participantes, estos realizaron sugerencias para la optimización describiendo las limitaciones de la intervención y anticipando las limitaciones para su futura implementación.

CAPÍTULO 4

Resultados

Capítulo 4: *Estudio 1*

Resultados

4.1.1 Participantes

Se realizaron entrevistas a un total de 30 participantes, cuyas características pueden consultarse en la **Tabla 4.1**. Cinco participantes declinaron la entrevista en el momento en que la investigadora contactó con ellos vía telefónica, uno de ellos por incompatibilidad de horarios laborales, dos participantes durante la llamada telefónica explicaron haber iniciado el tratamiento farmacológico mientras que los otros dos no aportaron razones específicas. Un sexto participante fue excluido del estudio durante la entrevista ya que, aunque afirmó anteriormente que no había iniciado la medicación, en la entrevista explicó que había tomado un par de comprimidos y que había abandonado el tratamiento.

De los 30 participantes, 19 eran mujeres y 11 hombres con edades comprendidas entre 26 y 85 años (edad promedio de 55,1 años). En relación al nivel educacional, 18 participantes tenían un nivel de estudios secundarios o estudios superiores. Dos de los 30 participantes eran de nacionalidad extranjera. Una era de nacionalidad colombiana y la otra participante de nacionalidad china.

En relación a los participantes entrevistados por grupo terapéutico, 7 no habían iniciado una nueva medicación que el médico les había prescrito por una enfermedad aguda, 8 por una enfermedad asintomática crónica, 9 por una enfermedad sintomática crónica y 7 por una enfermedad relacionada por un problema de salud mental. Un entrevistado no había iniciado dos tratamientos farmacológicos, uno de ellos había sido prescrito para un trastorno agudo y el segundo para una enfermedad asintomática crónica.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos a través de los datos narrativos con una explicación relacionada con los factores que influyen en la no iniciación. Después de cada explicación aparecen las citas o verbatims que ilustran el proceso de interpretación basado en los datos obtenidos. Finalmente, se presenta el modelo que describe la influencia de estos factores en función de la interpretación de la investigación.

Tabla 4.1. Características de los participantes

P	GT	C	Medicación	Enfermedad	Sexo	Edad	Nacionalidad	Estudios
1	A	FC	Levosulpiride	Sabor amargo-boca seca	Mujer	81	Española	Primarios
2	A	FC	Aciclovir tabletas	Herpes Zoster	Mujer	48	Española	Secundarios
3*	A	FC	Budesonida	Neumonía	Mujer	67	Española	Superiores
4	A	Otro	Ibuprofeno	Dismenorrea	Mujer	21	China	Superiores
5	A	Otro	Antihistaminico-corticoesteroide	Alergia primaveral	Hombre	53	Española	Superiores
6	A	MAP	Azitromicina	Extracción molar	Mujer	51	Española	Secundarios
7	A	Otro	Claritromicina	Bronquitis	Hombre	40	Española	Superiores
8	CS	MAP	Triptano	Migraña	Mujer	61	Española	No estudios
9	CS	MAP	Clebopride+Simeticona	Indigestión	Mujer	39	Colombia	Primarios
10	CS	MAP	Fentanilo	Dolor crónico	Mujer	74	Española	Primarios
11	CS	MAP	Amitriptilina hydrocloridrato	Cefalea, sensación de frío en la cara y ojos	Mujer	63	Española	Primarios
12	CS	MAP	Paracetamol	Dolor crónico	Mujer	65	Española	Primarios
13	CS	MAP	Pregabalina	Dolor crónico-Lumbalgia	Hombre	74	Española	Primarios
14	CS	MAP	Cleboprida+Simeticona	Indigestión	Hombre	20	Española	Superiores
15	CS	MAP	Cleboprida+Simeticona	Fibromialgia	Mujer	49	Española	Primarios
16	CS	MAP	Tolterodina	Incontinencia urinaria	Mujer	42	Española	Superiores
17	CA	MAP	Simvastatina	Colesterol	Mujer	60	Española	Primarios
18	CA	FC	Enalapril	HTA	Hombre	64	Española	Secundarios
19	CA	Otro	Diuretico	HTA	Hombre	58	Española	Primarios
20	CA	FC	Simvastatina	Colesterol	Mujer	42	Española	Superiores
3*	CA	FC	Calcio	Hipocalcemia	Mujer	67	Española	Superiores
21	CA	MAP	Furosemida	HTA	Hombre	70	Española	Superiores
22	CA	MAP	Doxazonia	HTA	Hombre	72	Española	Primarios
23	CA	MAP	Metformina	Diabetes	Mujer	59	Española	Secundarios
24	M	MAP	Lorazepam	Trastorno adaptativo	Mujer	85	Española	Primarios
25	M	FC	Lorazepam	Ansiedad-angustia	Hombre	26	Española	Superiores
26	M	FC	Paroxetina	Depresión	Mujer	42	Española	Superiores
27	M	FC	Citalopram	Depresión	Mujer	71	Española	Primarios
28	M	FC	Alprazolam	Ansiedad-Depresión	Hombre	44	Española	Secundarios
29	M	MAP	Fluoxetina	Trastorno adaptativo	Hombre	42	Española	Superiores
30	M	FC	Citalopram	Depresión	Mujer	71	Española	Primarios

P: Participante; GT: Grupo terapéutico: A-Agudo; CS-Crónico Sintomático; CA-Crónico asintomático; M-Mental; C: Contacto (Persona involucrada en la identificación y reclutamiento de los pacientes). *El participante no había iniciado dos tratamientos (A y CA) y sus resultados se consideraron en ambos perfiles; FC: Farmacéutico comunitario; MAP: Médico de atención primaria; Otro: Otro contacto (contactos de bola de nieve, asociaciones de inmigrantes y asociaciones científicas).

Los resultados fueron muy similares para los cuatro grupos terapéuticos. Ante una nueva prescripción, el paciente realizaba una evaluación beneficio-riesgo que estaba influida por sus creencias sobre la patología y la medicación, la reacción emocional del paciente, la alfabetización sanitaria y los factores culturales. La relación del paciente con el sistema sanitario y con su contexto también influyó en la toma de decisión.

4.1.2 Balance riesgo-beneficio

4.1.2.1 Percepción de la enfermedad

La percepción de gravedad y / o urgencia de la enfermedad influye en la decisión de iniciar el tratamiento. En las enfermedades sintomáticas que no se consideran una amenaza más allá del síntoma, algunos participantes eligieron tolerar el síntoma en lugar de iniciar el tratamiento.

"Tendría que estar muy mal, que ser algo que fuera, muy malo. A ver, alguna enfermedad muy grave..." (P15, enfermedad sintomática crónica)

Del mismo modo, algunos pacientes no percibieron la prevención de la enfermedad como algo importante. No consideraron que la enfermedad constituyera un riesgo real (por ejemplo, profilaxis en la intervención dental) o creyeron que era causada por malos hábitos que podrían controlarse si asumían la responsabilidad de su comportamiento (por ejemplo, riesgo cardiovascular).

"Si yo tomo una pastilla para bajar la presión, lo que estoy haciendo es dar más facilidad para tomar alcohol, más facilidad para comer grasas y más facilidad a portarse peor porque lo que estoy haciendo es controlar artificialmente." (P18, enfermedad asintomática crónica)

Algunos pacientes no tenían conciencia de enfermedad.

"Sé lo que tengo, sé cuáles son mis razones y cuando me pongo un poco triste, es porque necesito afecto (...) Como sé lo que es, me controlo. No es una enfermedad." (P30, trastorno mental)

Otros aceptaban el diagnóstico, pero pensaban que deberían poder controlar su enfermedad sin medicamentos y / o asumir la responsabilidad de su propio comportamiento. Esto generalmente se asoció con una fuerte respuesta emocional.

"Si tengo colesterol y soy cuidadoso con la comida y sigo una dieta, es normal que baje. Si no baja, es porque no he hecho un esfuerzo." (P17, enfermedad crónica asintomática)

Algunos participantes opinaban que los médicos de cabecera sobremedicalizaban problemas menores (como catarro o gastroenteritis) o problemas de la vida diaria (como dolor o conflictos en el trabajo). Estos participantes no percibían su trastorno como un problema de salud sino como parte de la vida.

"Estás triste, pero bueno, quizás vez es porque toca estar triste, ¿no? Quiero decir, creo que la gente tiene muchas ganas de estar bien y a veces hay que hacer un duelo. O evitar los resfriados (...) He estado enfermo una semana, quiero decir, tampoco [es necesario medicar], ¿no? Creo que la medicación esta es excesiva, no creo que tampoco ayude mucho (...) [El médico debería] entender un poco la situación e intentar tranquilizarlo, ¿no? Sobre todo, en el caso de la ansiedad." (P25, trastorno mental).

Aunque se hayan realizado pruebas diagnósticas, el paciente podría tener dudas sobre el diagnóstico.

"cuando vine a ver el médico con el famoso PSA, que ha salido disparado por las nubes y yo pa empezar no me fio de esto (...) se va pa arriba y uno dice una cosa, el otro dice otra, me han hecho dos biopsias, salieron negativas, he pedido cita ahora otra vez para el urólogo y me mandaron otra biopsia, pero ya hace...han terminado por hacerme un test primero, es que no me fio ni de las biopsias ni de na..." (P21, enfermedad crónica asintomática).

4.1.2.2 Percepción sobre la medicación

Las ideas preconcebidas sobre los efectos nocivos de la medicación (efectos secundarios, interacciones, tolerancia y dependencia) aparecían como barreras importantes al valorar el nuevo tratamiento, aunque no hubiera habido experiencias previas con ese medicamento. Esto era especialmente importante en tratamientos crónicos o de larga duración y en usuarios polimedicados.

"Pienso que el medicamento para una temporada si hace falta se tiene que tomar [pero] no puede ser que estés toda la vida tomando medicamentos porque bueno, daña, o sea,

perjudica el hígado, perjudica. Pienso que no es saludable estar tomando pastillas siempre.” (P17, enfermedad crónica asintomática)

La forma excesivamente técnica en que se transmite la información contenida en el prospecto podría dificultar la valoración objetiva de los beneficios y riesgos que hacen los usuarios.

“Me leí las contraindicaciones, las conté, pero beneficios tendría dos y contraindicaciones tendría 80 y entonces claro si tu divides 2 entre 80, tú dices, esto no es correcto, no puede ser, ¿yo me voy a tomar eso?” (P21, enfermedad crónica asintomática)

Algunos participantes cuestionaban la eficacia de los fármacos, en ocasiones por experiencias previas, especialmente si la indicación era para un problema de salud que se había cronificado.

“Me dieron el medicamento [Cleboprida en combinación con Simeticona] y como la experiencia del omeprazol no había sido muy positiva y además me leí el prospecto y las advertencias de los posibles efectos nocivos, entonces no me terminó de convencer.” (P14, enfermedad crónica sintomática)

Los usuarios podrían rechazar medicamentos con inicio de acción retardado (como los antidepresivos) así como tratamientos sintomáticos o que no solucionaban definitivamente el problema, especialmente si no se consideraba una amenaza para la vida.

“No son inmediatos...entonces si tienes que esperar 3 semanas para que te haga un efecto, ostia pues estoy mal quizás ya me he tirado al tren... ¿me explico?” (P29, enfermedad mental)

“Me recetan medicamentos como el Paracetamol o el ibuprofeno que son medicamentos digamos para aliviar el dolor, o sea aliviar síntomas, pero no para curar de verdad...” (P4, enfermedad aguda)

Considerar que la potencia del tratamiento era excesiva o insuficiente también podía llevar a la no iniciación.

“No, porque yo ya digo que me tomo el Tramadol que detrás viene la morfina, como comprenderás a mí el paracetamol no me hace nada.” (P12, enfermedad crónica sintomática)

Algunos usuarios preferían intervenciones no farmacológicas como la cirugía, la fisioterapia o el ejercicio físico y utilizaban el fármaco como última opción.

“Hombre, si se puede pasar sin medicación, con una rehabilitación, entre comillas, bien hecha.” (P 13, enfermedad crónica sintomática)

Por último, el coste del medicamento podía ser una barrera de acceso al tratamiento.

“A la hora que tienes que ir a la farmacia y pagar los medicamentos pues te resulta caro, cuando vas muy justo pues todo te resulta caro, cualquier cosa te resulta cara. (...) Yo considero que los medicamentos están caros y más para personas que no puedan pagarlos.” (P17, enfermedad crónica asintomática)

4.1.3 Relacionado con el paciente (factores intrapersonales)

4.1.3.1 Alfabetización sanitaria

La alfabetización en salud se refiere a la capacidad de los pacientes para obtener, comprender y utilizar información para promover y mantener una buena salud. Es un concepto amplio que incluye el conocimiento, la motivación y las competencias necesarias para acceder, comprender, evaluar y aplicar información relacionada con la salud (185,186).

Algunos pacientes tenían creencias sobre la enfermedad y / o la medicación que no estaban respaldadas por la evidencia científica. Estos argumentos los utilizaron para valorar los riesgos y los beneficios de la medicación, lo que llevó a los pacientes a rechazar una medicación beneficiosa basada en percepciones personales.

“Se supone que [la Cleboprida en combinación con Simeticona] hace un proceso en el estómago, absorbe todas las vitaminas, el cuerpo, y el mío lo vota rápido pues...no tendré proteínas. Fue eso, mi idea, que lo me creí yo y por eso no lo compré.” (P 9, enfermedad crónica sintomática)

Algunos participantes prefirieron tomar sus propias decisiones de salud ya que piensan que tienen un mejor conocimiento sobre sus cuerpos y esto les da una ventaja sobre el profesional de la salud para diagnosticar y tratar sus problemas de salud, rechazando así el diagnóstico o el tratamiento farmacológico prescrito.

“...tu cuerpo lo conoces mejor que nadie y tú sabes cuándo una arritmia y más que has hecho deporte, sabes cuándo te has pasado, porque yo me he pasado algunas veces, recuerdo una vez haciendo squash me puse a jugar squash y me pasé tres pueblos y el corazón me iba con dolor hace 20 años y una arritmia ya se lo que es, hay cosas que no.”
(P21, enfermedad crónica asintomática)

4.1.3.2 Factores sociales y culturales

Algunos medicamentos pueden limitar la capacidad del paciente para hacer frente a sus responsabilidades cotidianas, como cuidar a la familia o trabajar. Esta fue otra barrera para la iniciación.

“Me lo [recetaron Lorazepam] cuando tenía a los dos enfermos, pero tampoco me lo tomé porque como me tenía que levantar todo el tiempo (...) yo tenía dos enfermos, mi hermana mayor que me llamaba todo el tiempo “NOMBRE ven que tengo sed” “NOMBRE que tengo pipi”. ¿Pues cómo vas a dormir con esta inquietud?” (P24, trastorno mental)

Algunos pacientes se negaron a tomar la medicación porque sabían que algunos de sus “malos2 hábitos de vida como la bebida, podía interactuar con la medicación prescrita y eran incapaces de realizar un cambio de comportamiento.

“Yo como soy una persona que me gusta tomarme mi whiskizito (...) al mediodía, me gusta tomarme mi riojita...pues tantas pastillas... No es...no es muy conveniente pa tomarte tu copita y demás...” (P21, enfermedad crónica asintomática)

En población migrante, el idioma era una barrera para el acceso al tratamiento ya que algunos de los centros de atención primaria no cuentan con herramientas de soporte a la traducción y/o mediadores transculturales. En ocasiones, el participante lo suplía con recursos propios. Por otro lado, las diferencias en la atención entre el país de origen y el contexto español creaban un choque cultural y aumentaban la desconfianza sobre el diagnóstico y el tratamiento. Las costumbres o culturas familiares afectaban a los pacientes a la hora de iniciar un tratamiento.

“Muchos de ellos prefieren pasar el dolor antes que consumirla (...) en mi cultura a ver si no puedes dormir y tal, problemas mentales psicológicos quizás la gente no se dé cuenta o si ella misma no se da cuenta y no va al médico directamente como puede ser más automático aquí digámoslo. Por ejemplo, la gente de aquí cuando tiene un mínimo

problema va al psicólogo, al médico en cambio en China ir al psicólogo para... (...) alguna cosa...bueno ahora cada vez menos la gente cree tipo vudú cosas así ¿no?, ¡pero sí, pero también yo creo que también es por la confianza porqué los chinos quizás no se fíen mucho de los médicos occidentales sabes!!! Es como..." (P4, enfermedad aguda)

4.1.3.3 Connotación emocional

En muchos casos, la prescripción de un medicamento produce una respuesta emocional que influye en la decisión. Este tipo de respuesta emocional se puede detectar en la entrevista a través del lenguaje verbal y no verbal. Algunos participantes respondían con enojo o frustración a la necesidad de tener que tomar medicamentos y lo percibían como un fracaso o una debilidad. Esto fue especialmente prevalente en las personas que sufrían enfermedades sintomáticas crónicas y poco controladas (como el dolor crónico o enfermedad mental).

"Estuve casi dos o tres años tomando [Citalopram], pues la verdad es que después pensé "voy a ser esclava de estas pastillas" (P30, trastorno mental)

Otros pacientes reaccionaron con miedo a las recetas de medicamentos con efectos secundarios que consideraron muy graves o medicamentos que se sabe que están asociados con una enfermedad grave o estigmatizada (por ejemplo, diabetes o depresión)

"La cuestión es que no suelo leer los prospectos, me las arreglo con la ayuda del médico, y esta vez, cuando me puse tan mal, leí el otro [Citalopram] y vi que era más o menos lo mismo [en comparación con sertralina]. Entonces, por mi propia cuenta, digo que no, no, porque iré de aquí al cementerio." (P27, trastorno mental)

En muchas ocasiones este miedo se debía a una comprensión errónea sobre el tratamiento.

"Pensé que era muy fuerte, empezar por tomar morfina ¿no?, aunque fuera poquito, (...) según ella me lo decía yo pensaba "¡qué fuerte! ¿no?" (...) Porque pienso que eso es para gente en fase terminal." (P10, enfermedad crónica sintomática)

4.1.4 Relación del paciente con el sistema de salud (factores interpersonales)

En esta categoría, identificamos factores asociados con el médico de atención primaria (durante la visita) y otros profesionales de la salud (generalmente, después de la visita).

4.1.4.1 Relación paciente-médico de atención primaria

Si las recomendaciones del médico de cabecera entran en conflicto con las ideas / creencias y / o expectativas de los participantes (p. Ej., Diagnóstico, potencia del tratamiento) y esto no se detecta y discute durante la consulta, los motivos de los pacientes para iniciar la medicación aumentan. La relación jerárquica médico de atención primaria-paciente impide que algunos pacientes expresen sus dudas sobre el tratamiento y actúa como una barrera para tomar una decisión informada al respecto.

“Yo [creo que se debería tratar] primero, siendo muy consciente de lo que estoy diciendo ahora. Entender mucho a un paciente, intentar escucharlo y ayudarlo, pero no sólo con medicación. Tiene que haber otras pautas como persona. No, no ser un número en el CAP [centro de atención primaria] y decir “pues tómate esto y tómate esto y ya está y ven de aquí a dos meses”. (P15, enfermedad crónica sintomática)

La mala calidad de la atención, ya sea debido a problemas científico-técnicos u organizativos, podría ser una barrera para iniciar el tratamiento: consulta breve, despersonalización del tratamiento ("lo mismo para todos"), entrevista o exploración inadecuada, falta de preparación para la consulta (el médico no conoce el historial), la prescripción de tratamientos que interactúan con los que el paciente ya está tomando o simplemente falta de empatía.

“A veces te escuchan poco. Yo he tenido problemas dentro de mi vida y a veces me he tenido que poner muy borde para que realmente el médico te mire y vea lo que tienes.” (P7, enfermedad aguda)

Algunos participantes comentaron que les gustaría que el médico de atención primaria fuera exhaustivo en sus explicaciones sobre el tratamiento o indicaron la necesidad de que el médico explore sus preferencias terapéuticas antes de tomar la decisión.

“...Lo que pone en el prospecto nos lo tendrían que decir ellos ya, hay estas posibilidades, pero...no sé cómo explicártelo...” (P11, enfermedad crónica sintomática)

“Entender mucho a un paciente, intentar escucharlo y ayudarlo, pero no sólo con medicación, ¿tiene que haber otras pautas como persona eh?, no, no ser un número en el CAP y decir “pues tómate esto y tómate esto y ya está y ven aquí en dos meses...” (P14, enfermedad crónica sintomática)

Algunos participantes desconfían del diagnóstico profesional realizado por los médicos de atención primaria porque creen que deberían ser tratados por un especialista o porque creen que deberían haberse realizado pruebas complementarias.

“Bueno (pensé) consultaré al neumólogo. (...) Obtendré la opinión de alguien más especializado. (...) Si sospechan que es algo bacteriano, deben verificar qué bacteria es. De lo contrario, probará un antibiótico después del antibiótico” (P7, enfermedad aguda)

La desconfianza de los profesionales también se acentuó cuando los participantes no entendieron los criterios clínicos, por ejemplo, cuando el medicamento tiene criterios de indicación distintos según la situación clínica, como en el caso de los antidepresivos que se pueden recetar para la ansiedad o los trastornos relacionados con el dolor. Del mismo modo, los participantes rechazaron el tratamiento si no conocían la etiología, como lo ilustran las siguientes palabras, donde el paciente quiere saber el origen de la inflamación en lugar de tratar los síntomas.

“Él me lo mandó, vamos es que es normal, ¿la única forma que tu pierna pierda líquido es por vía urinaria no?, entonces claro, esta pastilla te la tomas y a la media hora o los tres cuartos de hora estas yendo constantemente al baño a orinar a orinar entonces al final se te pierde la inflamación, ¿pero es que el problema no es que pierda la inflamación sino el por qué se produce esta inflamación?” (P2, enfermedad asintomática crónica)

4.1.4.2 Relación del paciente con el resto de profesionales sanitarios y el sistema sanitario en general

La falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención y / o profesionales que se debilitan entre sí en distintos niveles de atención (medicina familiar especializada) o servicios distintos (como odontología y la farmacia) podría generar desconfianza. Este conflicto también podía darse con servicios no regulados relacionados con la salud (como la homeopatía y la osteopatía).

“Me dijo [el especialista] “bueno, yo no te lo hubiera prescrito”, porque él si me hizo pruebas complementarias en ese momento, sí que me hizo una espirometría, me hizo otra radiografía por si acaso. La espirometría salió bien, la radiografía también. Y me dijo “bueno, pues no empecemos con un antibiótico; empecemos con un dilatador.” (P7, enfermedad aguda)

Algunos participantes desconfiaron del sistema de salud porque creían que la industria farmacéutica influye en los tratamientos que se recetan o que no hay un control estricto de los medicamentos o sus efectos nocivos.

“si yo fuera médico, pastillas? las mínimas, hay cantidad de hierbas que te curan exactamente igual, más lentas, no tienen contraindicaciones apenas (...) pero para que se hagan estas cosas no tienen que haber los intereses económicos que hay. Es que la industria farmacéutica tiene mucho poder, muchísimo poder, claro los farmacéuticos son una mafia pura, mi hija es farmacéutica, pero mafia pura (risas)” (P 21, enfermedad crónica asintomática)

El farmacéutico, que es quien dispensa el fármaco, también influía fuertemente en la decisión de iniciar el tratamiento.

“Salí convencida, pero por la calle fui pensando, ¡ostras! Es que esto es un antidepresivo, al ir a la farmacéutica dijo -sí, si es que esto es un antidepresivo, te vas a tomar una cosa que-... ¿quieres decir...? (P26, trastorno mental)

4.1.5 Influencias externas (factores interpersonales y factores contextuales)

Los familiares y entorno directo del participante influían en la toma de decisiones. Las noticias alarmantes en prensa o espacios televisivos de supuesta divulgación sanitaria, que frecuentemente no estaban basadas en evidencia científica, influían en aquellos participantes que no tenían conocimientos suficientes para valorar la calidad de la información. El uso de internet por parte de aquellos usuarios que no pueden filtrar la veracidad de la información generaba desinformación. Algunas de las webs publicitan productos alternativos y/o supuestamente naturales que incitaban a no iniciar el tratamiento.

“En la tele salió un programa que precisamente comentan que a la larga también perjudica lo del estómago, (mmm), ¿qué crees? Pues no lo sé, no lo sé, porque estás en

una balanza (sonríe) en el pro y el contra ¿qué es mejor? Porque los ardores de estómago te matan” (P24, trastorno mental)

4.1.6 Perfiles de tratamiento

Los resultados fueron muy similares para todos los grupos terapéuticos con algunas excepciones. El estigma y el bajo conocimiento fueron especialmente importantes en los trastornos mentales y las enfermedades crónicas como la diabetes.

“[En el análisis de sangre] salió un poco [azúcar en la sangre], nada. Quizás en ese. En otros [análisis de sangre] que habían hecho, o me hicieron después, no salió azúcar en la sangre. No lo sé, no lo tomé [el medicamento antidiabético], la cosa es que no salió azúcar.” (P23, enfermedad asintomática crónica)

En los grupos de enfermedades crónicas asintomáticas y trastornos mentales se encontró con más frecuencia factores relacionados con la responsabilidad del paciente con respecto a su propio comportamiento y su percepción de la enfermedad, de que tenían que poder controlar la enfermedad sin medicamentos, haciendo cambios en su estilo de vida.

“Es como un tipo de fracaso añadido el que tengas de salir a través de unas pastillas de una situación que como adulto tendrías que saber hacer frente, entonces claro, pero claro, estás parado...” (P29, trastorno mental)

Se realizó una evaluación de la medicación para cada enfermedad en función de sus posibles beneficios y riesgos, aunque los inconvenientes de mayor peso variaron de acuerdo con el perfil del fármaco. Las preocupaciones sobre las interacciones o las dudas sobre la eficacia fueron más frecuentes en las enfermedades agudas y en las enfermedades crónicas sintomáticas mientras que el miedo a la dependencia y el inicio tardío de la acción del fármaco lo fueron en los trastornos mentales.

“Todo lo que sé es que los antidepresivos son cosas adictivas y dejarlos luego requiere mucho esfuerzo. Y además de eso, si no es recetado por un especialista ... ”(P26, trastorno mental)

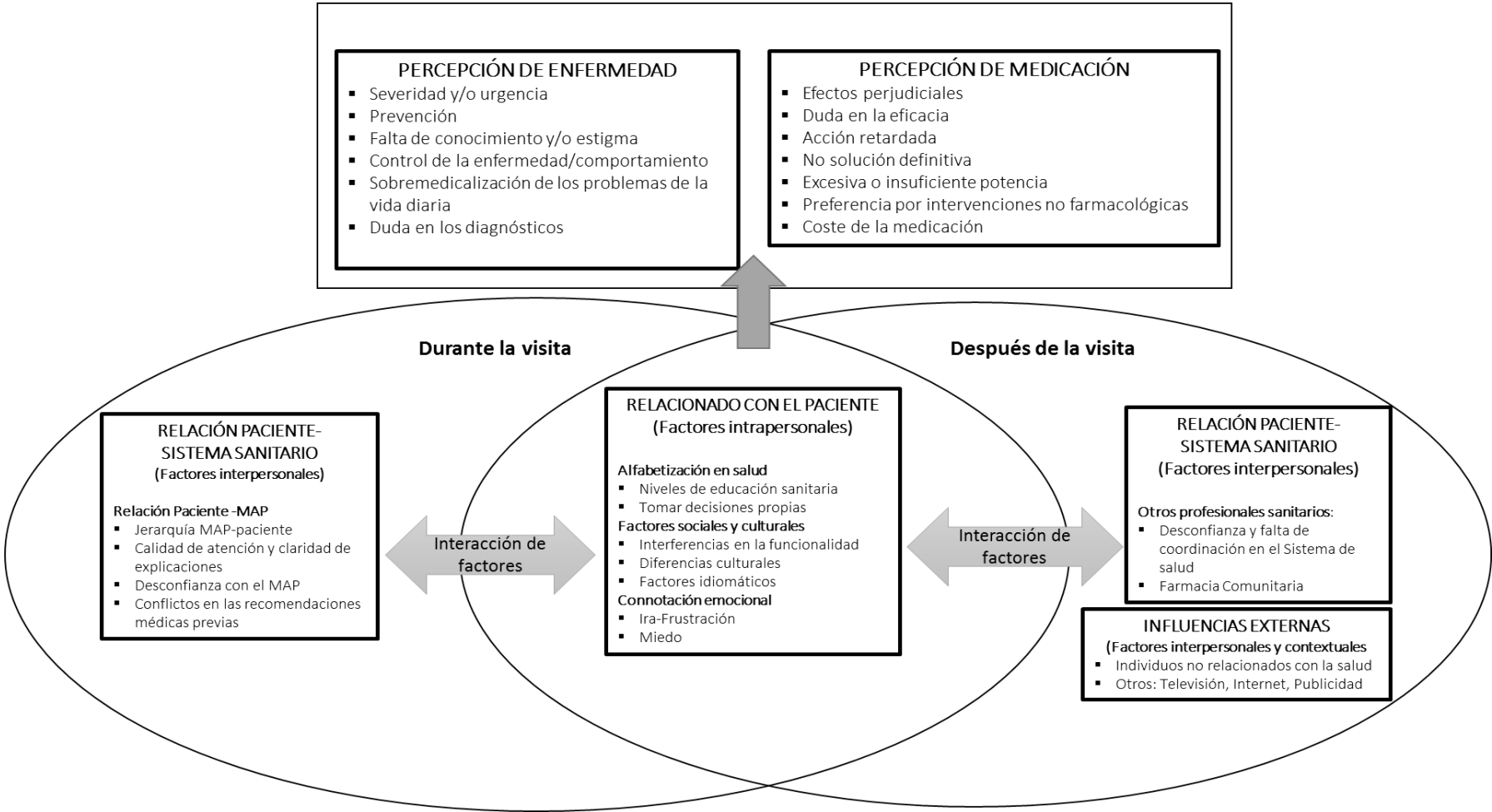
4.1.7 Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación

La **Figura 4.1** muestra los factores identificados en el estudio. Los pacientes al recibir una nueva receta, llevan a cabo una evaluación de riesgo-beneficio que está influenciada por sus creencias sobre la enfermedad y la medicación. La percepción de la enfermedad y el fármaco se ve afectada por la interacción de factores intrapersonales, interpersonales y externos.

Durante la visita, los pacientes reciben información sobre la enfermedad y el medicamento. En ese momento, la forma en que se procesa y asimila la información está influenciada por los factores de relación médico-paciente y los factores intrapersonales, como la alfabetización en salud o el idioma. Después de la visita, los pacientes obtienen información derivada de su interacción con otros profesionales de la salud, sus familiares y amigos, y de los medios de comunicación o Internet. La forma en que se procesa esta información también se ve afectada por factores intrapersonales.

Ya sea durante la visita o después de un período de reflexión más prolongado, la información asimilada se utiliza para sopesar los beneficios y riesgos de la enfermedad, la medicación y los tratamientos alternativos.

Figura 4.1. Modelo de Iniciación a la Medicación.



MAP: Médico de atención primaria

Capítulo 4: *Estudio 2*

Resultados

4.2.1 Participantes

Se realizaron 6 entrevistas grupales con un total de 46 participantes, 2 con médicos de atención primaria, 2 con personal de enfermería y trabajadores sociales de atención primaria y 2 con farmacéuticos comunitarios. Se pueden consultar las características de los participantes en la **Tabla 4.2**. De todos los participantes que fueron invitados a participar, solamente tres (dos médicos de atención primaria y una residente) excusaron su asistencia por incompatibilidad horaria.

El resultado generado a raíz del trabajo de campo sobre la percepción de no iniciación a la medicación desde el punto de vista de los profesionales sanitarios coincidió casi en su totalidad con el primer objetivo y confirma el Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación salvo en algunos matices.

Tabla 4.2. Características de los participantes en las entrevistas grupales.

EG	Categoría profesional	Género	Edad	Años de experiencia	Ámbito del CAP o Farmacia	Información complementaria
1	FC: 4 titulares 2 substitutos	5 mujeres 1 hombre	40-59 años Media 47	10-20: 3 >20: 3	Rural: 1 Semi-urbano:1 Urbano: 4	Experiencia en SPF: 5
2	FC: 4 titulares 3 substitutos	4 mujeres 3 hombres	28-51 años Media 40,43	< 10: 3 10-20: 3 >20: 1	Rural: 2 Semi-urbano: 1 Urbano: 4	Experiencia en SPF: 5
3	MAP: 6 titulares 1 residente	7 mujeres	30-49 años Media 42,85	< 10:1 10-20: 4 >20: 2	Semi-urbano: 6 Rural: 1	Tutor de residentes: 2
4	MAP. 9 titulares 2 residente	5 mujeres 6 hombres	28- 64 años Media 47,45	< 10: 2 10-20: 4 >20: 5	Urbano	Tutor de residentes: 9
5	7 Enfermería 1 Trabajador social	8 mujeres	35-57 años Media 43,12	< 10: 1 10-20: 4 >20: 3	Semi-urbano	Tutor de residentes: 4
6	6 Enfermería 1 Trabajador social	7 mujeres	28-63 años Media 49,71	< 10: 2 10-20: 1 >20: 4	Semi-urbano	Tutor de residentes: 0

EG: Entrevista grupal. CAP: Centros de atención primaria; FC. Farmacéutico Comunitario, MAP: Médico de atención primaria; SPF: Servicios profesionales farmacéuticos;

Se presentan a continuación los resultados del análisis de contenido de los profesionales sanitarios que refuerzan el Modelo de Iniciación a la Medicación. Durante el desarrollo de los resultados se describen aquellos datos narrativos que divergen del discurso de los pacientes. La **Tabla 4.3** muestra los aspectos emergentes en el discurso de los profesionales sanitarios y en coloración roja los aspectos que emergieron en el discurso de los pacientes y que no han aparecido en el de los profesionales.

Tabla 4.3. Aspectos emergentes y no emergentes de los profesionales sanitarios.

Factores	Aspectos emergentes /no emergentes en el discurso profesionales
Percepción enfermedad	Conocimiento del problema de salud
Percepción sobre la medicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estigma a algunos medicamentos y no solo a la enfermedad mental ▪ Coste del medicamento (aspecto muy comentado) ▪ <u>Medicamentos no solución definitiva</u> ▪ <u>Medicamentos de acción retardada</u>
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel educativo bajo personas mayores ▪ Falta de soporte social/familiar ▪ Motivo de consulta oculto
Relación paciente-sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desconfianza prescripción de enfermería ▪ Soporte del personal de enfermería ▪ Influencia auxiliar de farmacia

El subrallado indica factores que aparecen en el discurso de los pacientes, pero no en el de los profesionales.

4.2.2 Balance beneficio/riesgo

4.2.2.1 Percepción de enfermedad

Los profesionales sanitarios pensaban que los pacientes, a veces, no son conscientes del riesgo de su enfermedad ya que asocian enfermedad con sintomatología.

“Cuando son cosas que ellos están tomando y no tienen esta percepción de riesgo y piensan que -yo me encuentro bien-, ¿dicen -y yo por qué tengo que tomarme [el medicamento] si me encuentro bien-?” (EG4-GP)

En cuanto a la medicación preventiva y según la percepción de los profesionales sanitarios, los pacientes no suelen considerarla importante.

“Yo también creo que tiene que ver con la percepción de su enfermedad. Cuando nosotros les damos una medicación a nivel crónico, que es preventiva, entonces esta medicación, si ellos no perciben que les mejora la calidad de vida, no la toman.” (EG4-GP)

A raíz del análisis de contenido del primer estudio los investigadores percibieron que algunos participantes no tenían conciencia de su enfermedad. Este aspecto emergió con más fuerza en el discurso de los profesionales sanitarios.

“A veces es que no quieren estar enfermos, no aceptan estar enfermos, una enfermedad. Entonces [dicen o piensan] ‘yo no soy diabético, por tanto, no me medico’. No se lo acaban de creer, ¿no?” (EG5)

Según el discurso de algunos pacientes tenían que tener más control sobre sus enfermedades, especialmente en enfermedades cardiovasculares y en trastornos mentales. Este resultado no coincidía con la opinión de los profesionales sanitarios que lo atribuían a una falta de conocimiento sobre la enfermedad y la medicación y al estigma.

“Ostras, pues yo me tengo que tomar las pastillas” y tú te tomas tantas pastillas tan joven? [...]no está bien visto que estés enfermo, es una debilidad ¿no?” (EG X)

Los profesionales tenían la impresión de que, en ocasiones, los pacientes van a la consulta para explicar sus problemas relacionados con la vida cotidiana y que una vez compartidos pueden considerar no necesario iniciar una medicación para ello.

“Hay otros malestares, hay otros malestares en la vida, ¿no? A veces viene [el paciente] también a explicar, a que los escuches. Y es lo que les importa y el tratamiento, verdaderamente, pff [No tiene importancia].” (EG5)

Los profesionales tenían la percepción de que hay pacientes que acuden a la consulta médica con el único objetivo de que se les realice un diagnóstico.

“Yo creo que hay quien va a valorar el diagnóstico, ‘a ver qué patología tengo y después acabo de decidir lo que hago’ [...].” (EG1)

4.2.2.2 Percepción sobre la medicación

Sobre los efectos perjudiciales de algunos medicamentos, los profesionales sanitarios coincidían con los pacientes que estos, suponen una barrera para la no iniciación.

“Los efectos secundarios, las interacciones, en ocasiones pueden ser un freno para empezar pastillas nuevas, ¿no? O medicamentos nuevos, en general.”(EG 4)

En la decisión de iniciar o no una nueva medicación, según los resultados del objetivo 1 y la percepción del profesional, el paciente se basa en el recuerdo sobre los efectos positivos o negativos de un anterior tratamiento (el mismo o distinto). En función del beneficio que el aportó valora la necesidad de tomarlo.

“Y confianza en la medicación también. (...) -Esto ya me lo tomé para otra cosa y no me hizo nada. Esto no lo quiero-.” (EG 1)

Según la percepción de los profesionales, en algunas ocasiones el paciente acude a la consulta en busca de una medicación concreta.

“Cuando está muy claro que quieren un antibiótico y van al médico y el médico no se lo da porque es algo vírico, ya la hemos liado. Porque entonces lo que les dé, pues un paracetamol, un ibuprofeno, lo que sea, esto ya no lo quieren. Porque ellos querían el antibiótico.” (EG 2)

En relación a los tratamientos no farmacológicos como la prescripción social en trastornos mentales leves, los profesionales sanitarios opinaban que en algunas ocasiones podían ser un recurso alternativo al farmacológico.

“Aquí, sí que estaría bien que hubiese alternativas, ¿no? Porque muchas veces pasa que, te lo comentan los médicos, que a esta señora no le recetaría este ansiolítico, si consiguiera que saliese de casa, y que hiciese actividades. [...] Sí poco a poco, la idea es empezar a desarrollar el tema de la prescripción social, y trabajar todo este tema, ¿no? Pero de momento [...], hay casos que se está dando pues eso el ansiolítico porque no tenemos una alternativa.” (EG6)

Los profesionales sanitarios tenían la percepción de que el tema económico era un factor que influía negativamente en la iniciación a los tratamientos.

“Pero destacaría mucho también últimamente el tema económico. O sea, yo me encuentro que vienen muchos pacientes y primero te preguntan cuánto les va a costar. Les bajas [descargas] la receta, les dices el importe y te dicen ‘ya lo vendré a buscar otro día que este mes no puedo.’ Entonces la vuelves a anular y no sabes si vendrán o no.” (EG 2)

El factor estigma surgió en el anterior estudio exclusivamente en el grupo de trastornos mentales. En este estudio, el estigma apareció como un factor influyente de forma general.

“Participantes: Estigmatización, ¿no? Pues eso, ir a la farmacia y que alguien sepa que está en tratamiento”; Entrevistadora: ¿Con algún tipo de tratamiento concreto?; Participante: Bueno, en general. La idea que, aunque, ¿no?, la etiqueta que pueden provocar.” (EG 5)

4.2.3 Relacionado con el paciente (factores intrapersonales)

4.2.3.1 Alfabetización sanitaria

Según la percepción de los profesionales sanitarios el nivel cultural podía influir en la decisión de no iniciar un tratamiento farmacológico.

“A menor nivel cultural pues, a ver, tienen menos conciencia, o creen, ... tienen a veces menos confianza o, todo lo contrario, ¿no? Hay gente que le puedes plantear determinadas cosas, si tienen un nivel cultural bien, pero hay gente que es imposible, ¿no?” (EG 3)

Con el agravante de que, en población de edades más avanzadas, donde la patología crónica es más prevalente, el nivel educativo es más bajo o incluso las personas no saben leer. Los profesionales sanitarios tenían la percepción **que el analfabetismo podía influir negativamente en la iniciación a la medicación. Este aspecto no surgió** en el anterior estudio.

“Hay gente también a la que prescriben medicación y no sabe ni leer... y no se la sabe preparar y... hasta que se enteran de que en la farmacia se la pueden preparar...hay mucha gente de edades de unos 80 años que no saben leer [...]” (EG 5)

Según los profesionales hay personas que piensan que se conocen mejor que nadie de forma que cuando el diagnóstico y el tratamiento prescrito por el médico no coincide con lo que presupone el paciente, este decide no iniciarlo.

“Yo creo que también está el perfil de la gente que cree saber qué tiene. Va al médico y le dice otra cosa, otro diagnóstico, otra medicación y dice:” no, no, esto no me lo tomaré porque el médico no me lo ha mirado bien y seguro que no tengo esto. Continuaré investigado”, ¿sabes? Con otros especialistas u otra mutua o lo que sea [...]” (EG 1)

4.2.3.2 Factores sociales y culturales

Algunos medicamentos pueden afectar la vida cotidiana por lo que, según la opinión de los profesionales, esto podía influir en no iniciar algún tratamiento farmacológico.

“Otro motivo para no iniciar (no creo que sea muy frecuente, eh, pero yo me lo he encontrado): ‘me quiero quedar embarazada’. Y dices: escucha, ¿esto no se lo has comentado al médico? ‘No esto no, es privado’. (EG 1)

Las diferencias culturales de las personas de otros países tal y como comentaban también los pacientes, era una barrera para la iniciación farmacológica. Otras culturas utilizan tratamientos que no están integrados en el sistema sanitario español.

“[...]la gente que he tenido, la gente oriental, la medicina nuestra la tienen [...] no se quieren tomar las pastillas y ellos se curan con sus medicinas tradicionales que tienen, con su cultura, con sus medicamentos, a través de hierbas. Pero normalmente no quieren [...].” (EG 6)

Los profesionales sanitarios al igual que los pacientes pensaban que el idioma era una limitación importante para la iniciación de la medicación en las personas procedentes de otros países.

“El idioma es muy importante. En mi zona hay mucha comunidad musulmana y a veces no hablan del todo fluido y no sé hasta qué punto perciben el mensaje.” (EG 2)

Un factor que no surgió en el anterior estudio fue la **falta de apoyo social y/o familiar** de personas que por los motivos que sean no están integradas socialmente o familiarmente careciendo de cualquier tipo de soporte para la toma de decisiones relacionadas con la iniciación a la medicación.

“Influye mucho, sí, yo encuentro muchas veces que las personas que no toman la medicación son personas que tienen una historia social, no tienen ningún tipo de red, no tienen apoyo.” (EG 5)

4.2.3.3 Connotación emocional

La respuesta emocional que se produce ante una nueva prescripción, puede generar miedo por ser algo desconocido. Este factor también fue comentado por los profesionales sanitarios.

“Y tienen, eh, también miedo a los efectos secundarios, pero no tanto en el sentido de que conozcan en concreto el efecto secundario, ¿no? Sino que el hecho de, de introducir una sustancia química que para ellos es extraña, ¿no?... y, ¿qué pasará? ¿qué me hará? ¿qué me puede provocar? Este miedo.” (EG 3)

4.2.4 Relación del paciente con el sistema de salud (factores interpersonales)

4.2.4.1 Relación paciente-médico de atención primaria

En referencia a la relación dentro de la consulta del paciente con el médico de atención primaria, los profesionales compartían con los pacientes que quizás la toma de decisiones compartidas no se realizaba correctamente.

“En ocasiones es que quizás no acabamos de concretar y hacer la alianza con el paciente para acabar de aclarar que esto lo necesita para esto y que esto pensamos que li irá bien para aquello no? Entonces quizás es un tema de no acabar de concretar y de hacer esta alianza con el paciente. Y por eso a veces pues, no, pienso que no lo cogen. [retiran de la farmacia].” (EG 4)

Y que el factor tiempo era para los profesionales una barrera importante.

“La iniciación depende de la calidad de atención recibida, no es lo mismo ‘ti-ti-ti, venga, ya está. ¡Siguiente!’ que le dediques un tiempo, que le escuches lo que te dice, que tal, que mires los medicamentos que toma, si puede haber interacciones. No es lo mismo.” (EG 5)

La falta de confianza en el prescriptor cuando el que visitaba al paciente era un sustituto.

“Probablemente más si es otro profesional el que hace la prescripción. Es muy típico que vengan al cabo de una semana y te digan -Miré, vine el otro día y me dieron esto- [...] ‘No me lo he tomado porque he leído el prospecto y me ha parecido que tal y que cual.’ Y muchas veces les da miedo una cosa que no viene de la persona con la que tienen confianza de tantos años.” (EG 4)

Y la inequidad diagnóstica propiciaban la no iniciación farmacológica.

“Va a la visita de control, [le visita el] médico a, b, c, cada uno con su historia y a veces encuentran valoraciones distintas”. (EG 1)

Otra característica que destacaron los profesionales sanitarios y que no surgió del discurso de los pacientes fue la **desconfianza en la prescripción farmacológica del personal de enfermería**.

“y no inician porque se lo ha recetado la enfermera cuando ellos a quien iban a ver era al médico [...]” (EG 2)

Y, por último, destacaron también que en ocasiones el paciente tiene un **motivo oculto** cuando acude a la consulta médica (por ejemplo, conseguir la baja laboral).

“Entrevistada 1: Yo creo que también un motivo de no iniciación a veces es que hay gente que viene a por la baja en urgencias, ¿no? (...; Entrevistada 2: Intentan aumentar los síntomas para el tema de buscar el papelito de la justificación, [el paciente dice] - horroroso y que no puede y no sé qué-Les das la receta para comprarlo, cuando llegue a casa [no lo toma]” (EG 3)

4.2.4.2 Relación del paciente con el resto de profesionales sanitarios y el sistema sanitario en general

Los profesionales sanitarios sustentaron la opinión de los pacientes en cuanto a la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención y / o profesionales suponiendo una influencia negativa para la iniciación farmacológica.

“Puede influir que lo que te dé el especialista, a lo mejor no coincide con lo que tienen obligado a prescribir, lo que esté marcado por el médico de cabecera, porque por aquí se canalizan, ¿no?, los objetivos de farmacia [...], porque en atención primaria te marcan unos objetivos para prescribir.” (EG 6)

Y que el farmacéutico comunitario, que es quien dispensa el fármaco, tenía un papel muy estratégico en la decisión de iniciar el tratamiento.

“Yo me he encontrado las dos cosas, eh, tanto la detección, y el...bueno y el apoyo a tu...a tu prescripción, como...casos de comentarios del paciente que te dice es que el farmacéutico me dijo: “¿cómo te ha da esto la doctora?” (EG 3)

Con respecto a la farmacia comunitaria, los profesionales sanitarios añadieron además que la **figura del auxiliar de farmacia** podía, en ocasiones, interferir la decisión del paciente. Este factor no apareció durante el discurso de los pacientes.

“Ella comentaba que a veces el auxiliar puede llegar a transmitir un poco de duda del paciente respecto al médico.” (EG 2)

Otro factor emergente en este estudio y que estaba relacionado con la influencia de los profesionales sanitarios fue **el papel del personal de enfermería** en la decisión de iniciar una nueva medicación, ya que puede reforzar el mensaje del médico.

“Hombre yo creo que sí, si va al control, es lo que dices tú, ¿no? La diabética va a hacer los controles, (nombre), no me he tomado el (nombre) porque me daba miedo, (no comprensible), entonces la enfermera sí que puede apoyar, ¿no? y confirmar que la prescripción es lo que toca hacer, ¿no? Que le toca tomarla.” (EG 3)

4.2.5 Influencias externas (factores interpersonales y factores contextuales)

Una vez fuera de la consulta, el entorno social y familiar de los pacientes según la percepción de los profesionales, era un factor que podía influir en la decisión de iniciar o no un nuevo tratamiento farmacológico.

“Hombre, si va con la receta electrónica y le dice mire es que la vecina del 3º4ª me ha dicho que no me lo tome.” (EG 6)

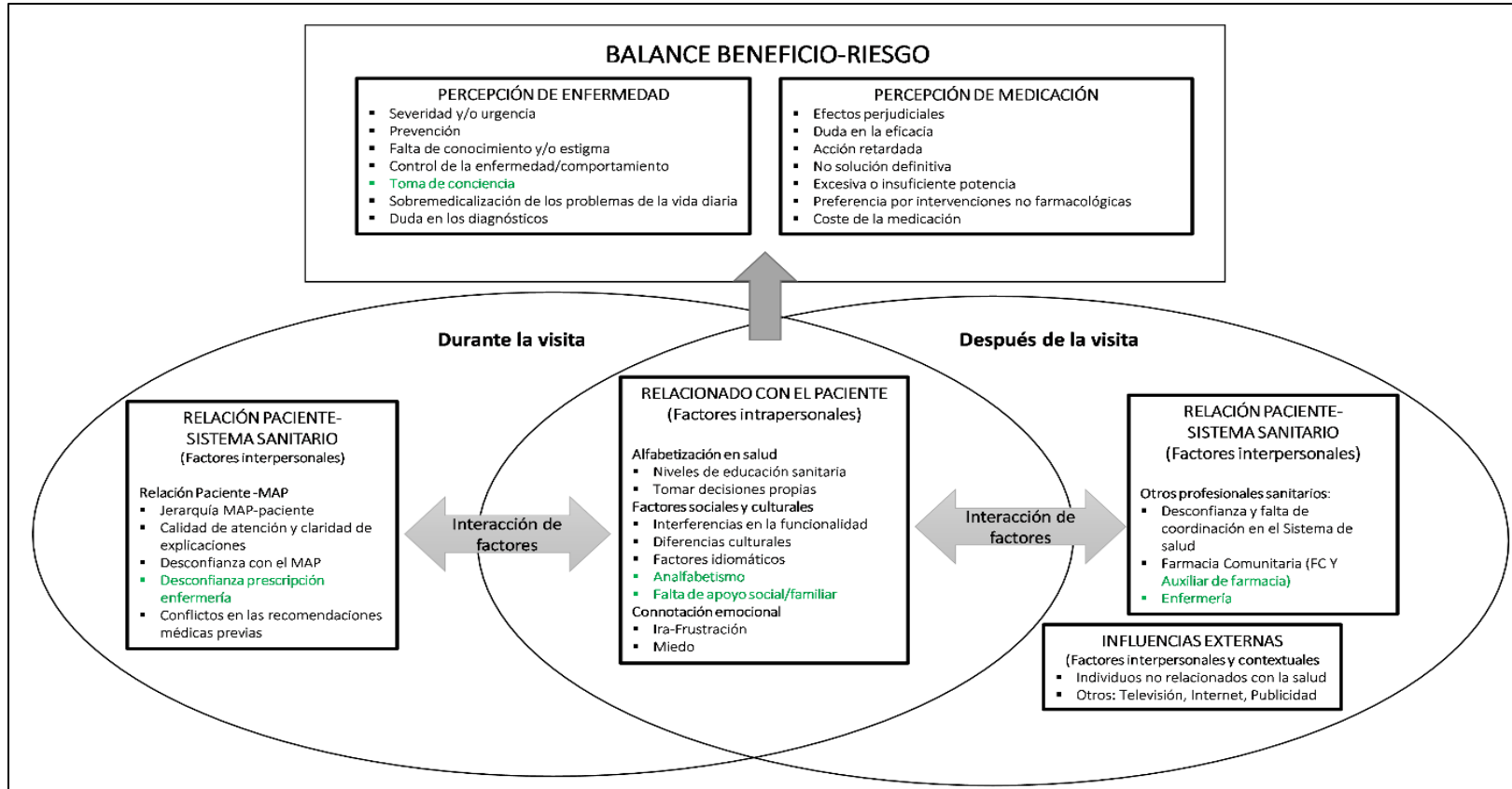
Y para finalizar, los profesionales corroboraron que los medios de masas como la televisión e internet son elementos muy influyentes en temas relacionados con la salud

“Bueno, a veces ellos, eh, miran en internet, lo típico, dolor de garganta-antibiótico, si ellos no salen de aquí con el antibiótico entonces creen que lo demás es purria, entonces claro, pues eso ya no tiene ningún valor. Ellos vienen con... vienen muchas veces diciéndote me duele la garganta necesito tal, o me duele tal...o vienen con ideas muy preconcebidas, y entonces si tu no tiras por donde ellos quieren o piensan [...]” (EG 5)

4.2.6 Modelo Teórico de Iniciación de la Medicación

La **Figura 4.2** muestra el Modelo Teórico de Iniciación de la Medicación completado y señala en verde los aspectos emergentes a raíz del discurso de los profesionales sanitarios.

Figura 4.2. Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación completo.



MAP: Médico de atención primaria; FC: Farmacéutico comunitario.

El color verde indica factores emergentes.

Capítulo 4: *Estudio 3*

Resultados

4.3.1 Participantes

Se realizaron 14 grupos de discusión con profesionales sanitarios de los centros de atención primaria con 8-12 participantes por grupo. Se pueden consultar las características de las 145 personas que participaron en la **Tabla 4.4**.

Tabla 4.4. Características de los participantes del estudio.

CC.AA.	Participantes	Edad	Sexo	Disciplina profesional
Andalucía	20	1 menor de 30 años 6 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	13 mujeres 7 hombres	3 Personal de atención al usuario 4 Enfermería 11 Medicina de Familia 2 Trabajo Social
Aragón	22	4 menores de 30 años 5 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	18 mujeres 4 hombres	2 Personal de atención al usuario 8 Enfermería 10 Medicina de Familia 2 Trabajo Social
Castilla-La Mancha	19	2 entre 30 y 49 años 12 entre 50 y 65 años 5 sin información	14 mujeres 5 hombres	2 Personal de atención al usuario 6 Enfermería 1 Fisioterapia 8 Medicina de Familia 2 Trabajo Social
Castilla-León	18	1 entre 30 y 49 años 17 entre 50 y 65 años	12 mujeres 6 hombres	4 Personal de atención al usuario 6 Enfermería 8 Medicina de Familia
Cataluña	25	1 menor de 30 años 17 entre 30 y 49 años 7 entre 50 y 65 años	22 mujeres 3 hombres	4 Personal de atención al usuario 10 Enfermería 1 Estudiante de enfermería 8 Medicina de Familia 2 Trabajo Social
Islas Baleares	20	7 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	14 mujeres 6 hombres	3 Personal de atención al usuario 6 Enfermería 9 Medicina de Familia 2 Trabajo Social
País Vasco	21	3 menores de 30 años 3 entre 30 y 49 años 15 entre 50 y 65 años	15 mujeres 6 hombres	2 Personal de atención al usuario 8 Enfermería 11 Medicina de Familia
Sumatorio participantes	145	9 menores de 30 años 41 entre 30 y 49 años 90 entre 50 y 65 años 5 sin información	108 mujeres 37 hombres	20 Personal de atención al usuario 48 Enfermería 1 Estudiante de enfermería 1 Fisioterapia 65 Medicina de Familia 10 Trabajo Social

CC.AA.: Comunidades Autónomas

Según los resultados obtenidos los modelos intrapersonales son los modelos a los que más se adhieren las prácticas de prevención y promoción de la salud de los profesionales de atención primaria. Estos modelos, tienen por objetivo empoderar a las personas para que tomen conciencia de su salud y valoren los beneficios que comportan los cambios de actitud. Para ello es necesaria la implicación de los profesionales como acompañantes en este proceso de implementación de comportamiento saludable.

Se observan en los resultados que los modelos interpersonales también son aplicados, aunque menos y donde la implicación social y familiar es imprescindible. Finalmente, y solo en contadas

ocasiones, los profesionales se han basado en modelos comunitarios para las prácticas de promoción y prevención de la salud.

Se detallan a continuación los resultados del estudio en tres tablas (nivel micro, meso y macro) cada una de las cuales muestra a través de los verbatimés qué modelos se trabajan y cómo los profesionales sanitarios los aplican en su práctica diaria. En primer lugar, se mostrarán los discursos de los participantes que se adaptan a los distintos modelos intrapersonales evaluados. Posteriormente se explicarán los resultados correspondientes a los modelos interpersonales y finalmente, el modelo comunitario al que corresponde el contenido estudiado. Para cada modelo se destaca el concepto clave, la estrategia específica y el ejemplo de cita.

Modelos Intrapersonales o Modelos Micro

La mayoría de los profesionales de los centros sanitarios utilizaban los modelos intrapersonales en su práctica clínica diaria en cuanto a prevención y promoción de la salud se refiere. En el discurso de los participantes el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de Acción Razonada y el Modelo Transteorético de las etapas del cambio fueron los más aplicados. Los profesionales proponían los cambios de comportamiento en aquellos pacientes que lo requerían evaluando la actitud de la persona atendida. La intentaban convencer de los beneficios que suponía un cambio de comportamiento en su salud. Escuchaban atentamente las limitaciones que exponían las personas para poder posteriormente potenciar su autoeficacia. Utilizaban estrategias progresivas de acción y realizaban un seguimiento una vez realizado el cambio a lo largo del tiempo. Se muestra en la **Tabla 4.5** los resultados obtenidos en el nivel micro.

Tabla 4.5. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos intrapersonales de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
MODELO DE CREENCIAS EN SALUD	Susceptibilidad percibida	Definir las poblaciones a trabajar en función de su riesgo; adaptar la información del riesgo a las características y comportamientos del individuo; ayudar al individuo a desarrollar una percepción adecuada del riesgo.	<i>“Sería conveniente que no fumaras tal y cual. Hombre yo sí que utilizo a veces...el tenemos un botoncito en el ordenador que te calcula el riesgo cardiovascular...y te permite hacer una simulación, entonces yo ahí sí que hay veces que les explico miras si dejaras de fumar y dejaras de y bajaras de peso al volver a calcular el riesgo le vuelves a dar y salen otras cifras, y entonces es como más gráfico ¿no? Intentas motivar al paciente a base de que vea que eso va a tener un efecto beneficioso”.</i>	Aragón
	Severidad percibida	Especificar las consecuencias o amenazas de la enfermedad.	<i>“Se sabe que cualquier motivación puede ser negativa o positiva. Está la positiva y que tú le das valores buenos y bonitos y le dices: “Qué bien vas a estar”, y hay quien se lo cree y luego está la negativa: “Mira, lo que le ha pasado a fulanito y menganito”, y eso también actúa. Hay gente que, por miedo, porque ha tenido un infarto o una angina de pecho, pues cambia muchos aspectos en su vida y hay quien, con el tiempo, esa motivación se diluye y vuelve a las andadas. Luego hay quien dice: “Me da lo mismo yo quiero vivir la vida, me da igual, yo voy a comer lo que me dé la gana, voy a beber lo que quiera, voy a fumar lo que quiera y el día que me dé, que me dé, pero voy a vivir la vida a tope”.</i>	Castilla-La Mancha
	Beneficios percibidos	Explicar los beneficios de la acción.	<i>“Yo les planteo dos cosas: salud y dinero, curiosamente en lo que más se sorprenden es por dinero. Hay unas cartillas en la que te dicen la cantidad de tabaco que fuman y según lo que fumes lo que te puedes ahorrar y ellos al verlo se sorprenden. Yo a todos los que van a dejar de fumar les digo que cojan una botella grande, y vayan echando las monedas sistemáticamente todos los días. Y es sorprendente que al cabo del año es por lo que más me felicitan, dicen: “Me he hecho un viaje de narices”.</i>	Castilla-La Mancha

Continuación Tabla 4.5. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos intrapersonales de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
MODELO DE CREENCIAS EN SALUD	Barreras percibidas	Ofrecer confianza, incentivos y asistencia para superar las barreras; corregir la desinformación.	<i>Llega un señor que está solo y que no sabe guisarse y yo le digo: “Pero si no es difícil, mira, coge el pescado y mira lo haces así, le echas un mínimo de sal y te lo puedes hacer tú solo y es muy saludable”. O sea que hacemos un poco de todo lo que puedes</i>	Castilla-La Mancha
	Indicaciones para la acción	Informar sobre la manera de implementar el cambio; promover la conciencia y utilizar sistemas de recordatorio.	<i>Yo siempre pienso que hay que darles ideas, marcarles una pauta, marcarles un sistema, ofrecerle, dentro de lo que él pueda hacer, marcar un programa de ejercicios con esa persona.</i>	Castilla-La Mancha
	Auto-eficacia	Ofrecer entrenamiento y guía en la implementación de la acción; marcar objetivos progresivos; dar refuerzo verbal; demostrar los comportamientos deseados.	<i>Cuando digo identificar y dar conocimientos e ilusionar no es “te lo cuento y ahí te quedas”, eso va a depender de cada uno de los que promocionamos la salud. Unos sabremos hacerlo, tendremos mejor estilo y otros, peor. E iremos actuando sobre cosas pequeñitas para llegar a cosas más grandes o tendremos que buscar estratagemas para poder solucionar este tema. Aun así, tendremos que reconocer y ser realistas de que muchas veces no lo vamos a conseguir. Pero ese es nuestro trabajo.</i>	Castilla-La Mancha.
	Factores modulantes	Considerar los factores sociales y contextuales de la persona que influyen en el comportamiento para adaptar la acción.	<i>Que hagan actividades, y si no pueden hacerlas en sus barrios que vayan a otros lugares, que a lo mejor no están muy lejos y eso a los niños les va bien, o sea, además es gente que tiene pocos recursos económicos, y hay muchas actividades para hacer, pero todas valen dinero, y claro, esta gente.</i>	Islas Baleares

Continuación Tabla 4.5. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos intrapersonales de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA	Norma subjetiva	Evaluar la percepción del individuo sobre la opinión del entorno respecto al cambio y utilizarlo para promoverlo.	<i>“Si yo tengo, vamos de los que tenemos todos, todos los días en consulta: un paciente mayor que viene a la consulta con su esposa tiene un sobrepeso, vamos evidente y este sobrepeso puede estar influyendo mucho en su hiperlipemia, en su dislipemia y en su control glucémico. Entonces yo le insistí en la importancia de perder peso para mejorar ambas cosas que a él le preocupan mucho y me encontré con que su esposa era una tremenda aliada porque parece ser que están insistiéndole a él y busca cómo hacerlo y cómo poner en práctica eso y bueno es un ejemplo que a todos nos pasa casi a diario”.</i>	Andalucía
	Actitud hacia la conducta	Subrayar los aspectos positivos y los apoyos sociales hacia el cambio.	<i>“... y a veces el meterte de lleno, decir mira tú tienes esto- y a veces tienes más cuidado y a veces dices mira no, tienes esto, tienes que perder peso, hacer ejercicio y quitarte del tabaco, por dónde quieres que empecemos...y también un poco la posibilidad que él pueda elegir, pues no mira, - el tabaco lo había pensado y voy hacer- , vale, y además puedes caminar y un poco, vale- pues sales a caminar- se lo planteas un poco todo, como en conjunto, para que cambie el estilo de vida en general, no que cambie una cosa sino que... y que no lo vea como un problema si no como que voy a mejorar, no? Voy a mejorar eso, comía mal, voy a comer bien, no salía a caminar, voy a salir a caminar, o sea, que lo vea que es como una cosa beneficiosa, a lo mejor no quitar la relación que tiene con la diabetes o con la hipertensión, si no decir, a parte que tengas eso, eso es para que tú te encuentres mejor, a largo plazo”.</i>	Islas Baleares
	Control percibido sobre la conducta	Explorar la capacidad percibida para lograr el cambio y fomentar la autoconfianza.	<i>“Me decía el primer día “¿Tú has dejado de fumar? ¿Tú, tú fumas?”, digo “No”, “¿Tú has sido fuma...”, digo “No. pero te voy a ayudar? No, pero te voy a acompañar. Y...vamos a hacerlo juntas y te voy a ir visitando y me vas a ir explicando. Yo te voy a ir ayudando, no te preocupes... no te vas a quedar sola...”</i>	Cataluña

Continuación Tabla 4.5. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos intrapersonales de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
MODELO TRANSTEÓRICO DE LAS ETAPAS DE CAMBIO	Pre-contemplación (La persona no pretende iniciar la acción en 6 meses)	Aumentar la conciencia de necesidad de cambio, personalizando la información de los riesgos y beneficios.	<i>“Es que eso es igual a lo del tabaco, depende en la fase en que están, si están en la fase pre-contemplativa, pues es que no hay nada que hacer, tendrás que esperar a la próxima vez que vengan, hasta que llegue un momento en que diga: “Vale, voy a intentarlo”, pero claro es inútil, a veces. Hay que saber a quién hay que darle un consejo. Si no está receptivo es una bobada, habrá que esperar a que tenga...”</i>	Castilla y León
	Contemplación (La persona pretende realizar el cambio en los próximos 6 meses)	Motivar y animar a realizar planes específicos.	<i>“Hacer una captación activa y cuando desde ese momento que te diga el paciente, actuar. Aquí no creo que..., yo creo que hay que recibirlo ¿no? y aprovechar el momento y no tanto... o sea no son gente muy organizada entonces es difícil a lo mejor plantear actividades es más difícil”.</i>	Andalucía
	Preparación (La persona pretende realizar el cambio en los próximos 30 días)	Orientar los pasos conductuales hacia el cambio; ayudar a desarrollar e implementar una acción concreta dentro de la planificación para llegar a objetivos gradualmente.	<i>“En el momento que ellos ya se motiven si acuden. Usted me dijo que aquí se podía quitar de fumar. Eso es importante porque saben que aquí si lo pueden hacer. Lo vas encauzando, le pones una fecha”.</i>	Andalucía
	Acción (La persona ha cambiado la conducta hace menos de 6 meses)	Dar soporte a través de diálogo; solucionar problemas y reforzar el cambio.	<i>“Has pactado con él posibles soluciones, en esa consulta demanda había salto de mapa y porque no se puede programar a parte tranquilamente con él para ver cómo ha podido, qué dificultades ha tenido en conseguir esos objetivos y analizarlos uno por uno”.</i>	Andalucía
	Mantenimiento (La persona realizó el cambio hace más de 6 meses)	Dar soporte a través de recordatorios y aportar alternativas ante los fallos que se puedan producir.	<i>“Ver si lo están haciendo. Seguimiento y control”.</i>	Castilla y León

4.3.2 Modelos Interpersonales

En referencia a los modelos interpersonales y según los resultados obtenidos algunos profesionales también trabajan los modelos interpersonales, como la Teoría Cognitivo Social, el Modelo de Apoyo Interpersonal-Social y la Teoría de Motivación por Incentivos. Estos modelos trabajan en un contexto más amplio, tanto en el entorno de la persona atendida (familiar y social) como en el del propio profesional sanitario en pro de un cambio de comportamiento. La **Tabla 4.6** muestra los resultados obtenidos en el nivel meso.

Tabla 4.6. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos interpersonales de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
TEORÍA COGNITIVO SOCIAL	Determinación recíproca	Considerar múltiples estrategias para promover cambios, como hacer ajustes en el entorno e influir en las actitudes personales.	<i>“Yo al paciente que fuma le pregunto: “¿Cuál es la cantidad ideal de tabaco al día que tú crees que debes de consumir?”, “tres, cuatro”, sabiendo que es cero. A pesar de que lo digan en la televisión, a pesar de que tú se lo digas, siempre hay que buscar la manera de interactuar con ellos, o sea, dónde está el punto, el punto fuerte del paciente, el punto débil del paciente a veces con decirle: “Oye, contabilízalo, yo creo que a tal hora o a tal hora podemos quitar el tabaco”.</i>	Castilla–La Mancha
	Capacidad en los comportamientos	Mejorar los conocimientos y habilidades para realizar el comportamiento.	<i>“Persistencia, tienes que mandarle medicación y tienes que hacerles revisiones muy continuadas, tienes que hacerle una buena educación sanitaria. En el sentido de explicarle que tiene que cambiar su vida, en muchos aspectos en tres, seis meses e identificar con él las situaciones que llevan a fumar, para que cambien esas conductas y haga...suplemente esas actividades por otras, para que no fume”.</i>	Castilla–La Mancha.
	Expectativas	Exponer los resultados positivos del comportamiento.	<i>“Como un paso previo ¿no? antes de intentar que haga las cosas bien que para él también sea algo bueno, igual él es de salir a andar todos los días y él no sabía que eso era beneficioso para para él, explicarle lo que es bueno o porque es bueno y luego conseguir que lo haga. Cuando se tiene una actitud reacia, lo primero es cambiar la actitud, el resultado va a venir mucho más tarde. Tú estás pidiendo a una persona cambie a cambio de nada, que le dices ya verás que más adelante te sentirás, pero claro hay un margen de tiempo en que solo va a valorar los que él pone de su parte, que hace un esfuerzo y no va a notar ningún cambio”.</i>	Aragón
	Auto-eficacia	Depositar la confianza en la capacidad de alguien de tomar medidas y vencer barreras; planificar los cambios a través de pequeños pasos para asegurar el éxito.	<i>“Pues cuando tienes un paciente que esta obeso, mal controlado con la glucemia y le haces formación de estilos de vida saludable. Lo vuelves a citar al mes y le aconsejas pues bueno anda y ves que viene y ha perdido peso y ves que los controles glucémicos van mejorando pues eso es algo bueno que lo vemos mucho. Claro, los felicitas cuando vienen”.</i> <i>“Cuando van viendo que va mejor se van animando”.</i>	Andalucía

Continuación Tabla 4.6. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos interpersonales de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
TEORÍA COGNITIVO SOCIAL	Observación	Ofrecer modelos de comportamiento (terceras personas) que sean fiables; promover el aprendizaje de habilidades a través de la observación.	<i>“Y si eso funciona bien, lo que le ha funcionado a uno igual le funciona a otro. Intentas aplicar con el paciente si ves que tiene un perfil parecido. O sea...muchas veces recibes inputs de otras personas que han buscado soluciones y te explican, que son correctas y demás, y a veces cuando ves una persona con un perfil parecido se los trasladadas. A veces funciona y a veces no. Pero es un poco intuitivo... no hay una norma...”</i>	Cataluña
	Reforzamiento	Promover las iniciativas personales e incentivarlas.	<i>“Ayer mismo tenía un caso de tabaco, estaba abordando una señora de unos 55 años, fumadora de dos paquetes diarios, hipertensa y con un síndrome depresivo. Des del centro vemos que se ha ido deteriorando físicamente, y cuando venía a controlarse la tensión le hacíamos el consejo antitabaco, el consejo mínimo porque ella siempre decía que en aquel momento no quería, según la fase en la cual se encontraba se le realizaba el consejo adecuado. Justo vino esta semana y dijo “Ahora sí”, yo le hice el mismo consejo que las otras veces y esta vez dijo “Ahora sí que lo acepto”. Le pregunté porque lo aceptaba ahora y dijo “porque ahora ya no tengo los nietos en casa, vivo sola con mi marido, tengo tiempo y quiero dedicarme a dejar de fumar y hacer otros hábitos saludables”. Y pensé, bueno no sé si ha ido bien que fuera incidiendo o es que ha habido este momento en su vida que ha hecho que pudiera recibir toda la información que le íbamos diciendo y hasta ahora ella otras preocupaciones quizás”.</i>	Cataluña

Continuación Tabla 4.6. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos interpersonales de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
MODELO DE APOYO INTERPERSONAL-SOCIAL	Apoyo informativo	Repetir y clarificar instrucciones y averiguar el grado de resistencia al cambio.	<i>“Todos los componentes que tiene la educación: una es la información y cerciorarte si esa persona lo ha interiorizado. Y otra es la evaluación, y ver si tienen los medios necesarios para hacerlo”.</i>	Castilla–La Mancha.
	Apoyo emocional	Transmitir empatía y comprensión en relación con las dificultades del cambio; revisar la evolución y transmitir apoyo.	<i>“Yo creo que ha cambiado eso, nosotros lo que hacemos ahora es priorizar los problemas, primero te presentas delante de esta persona, antes de decir nada, pregunto – ¿trabajas? - porque realmente la situación de muchas personas ha cambiado. Creo que nosotros debemos de ponernos en el lugar de la otra persona antes de decirle nada, porque decirle según qué, porque si no le sonará a chino, tú ya le puedes decir come esto, o haz esto o lo otro, y te dirá, quéjji no se está poniendo en mi lugar... ponerse en su lugar, a partir de aquí, ir dándole información y que él pueda ir recogiendo información para intentar hacer que cambien que a lo mejor le va hacer bien, por su salud, pero realmente antes de todo, es ver la situación y también que sea él que se implique en lo que pueda”.</i>	Islas Baleares
	Colaboración con el entorno	Invitar a la familia y/o al entorno a ayudar en el cambio, comprometiéndose y comprendiendo la necesidad de cambio; utilizar a la familia y/o al entorno como recordatorio y refuerzo.	<i>“Pues...el otro día también ella me comentaba que estaba súper contenta porque...ya no bebía alcohol el marido...bueno...es un...es un paciente con muchos factores de riesgo cardiovascular y...y alcohólico, bueno bebía mucho alcohol. Y entonces estaba la mujer encantada “Llega a la hora, cenamos juntos...no sé qué” ...digo, o sea digo...es que digo “¿Eso se lo has dicho a él?”, porque claro antes pasaba de él porque siempre malos modos, irritabilidad...y dice “No, no se lo he dicho” y digo “Hombre, díselo. Pero lo bueno y lo malo. O sea, ahora que estás encantada díselo que estás encantada, ¿no?” de...de...y lo que decimos siempre de...de lo positivo, ¿no? de refuerzo positivo. Y...y...no se...es un papel importante, ¿no? también a tener en cuenta para ayudar al paciente, la pareja no sé”.</i>	Cataluña

Continuación Tabla 4.6. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos interpersonales de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN POR INCENTIVOS	Recompensas internas	Promover todo aquello que una persona tiene para auto-recompensarse.	<i>Yo le recomendaría lo primero que sacara un tiempo para ella exclusivamente, un día a la semana o lo que fuera, pero un tiempo para ella y fuera de casa. Un tiempo en función de lo que necesitara para hacer lo que a ella realmente le apetezca hacer, y pueda. Si le fuera el ejercicio físico bien, yo empezaría por algo que a ella le guste hacer y no pueda hacer, es decir bueno pues dedícate un día a la semana o dos, los que puedas, lo primero que ella se cuide un poco porque realmente una persona así no va a poder aparcar a los hijos, no va a aumentar sus ingresos económicos...entonces claro yo creo que lo que tiene que hacer es fortalecerse ella y sentirse mejor con ella misma.</i>	Aragón
	Recompensas externas	Ofrecer incentivos simbólicos que animen a la participación continuada.	<i>En el discurso de los participantes no se menciona esta estrategia</i>	

4.3.3 Modelos Macro o Comunitarios

Los profesionales de los centros de salud utilizaban de forma muy puntual el Modelo de Organización Comunitaria en las prácticas de prevención y promoción de la salud. Se realizaban escasas estrategias de empoderamiento a la comunidad y se solía hacer dentro del marco de formaciones dirigidas por los profesionales de salud. En el discurso de los participantes no se encontraron datos narrativos que hicieran alusión a los conceptos claves de promover que la comunidad identificara los problemas y los trabajara para planificar acciones de mejora. Se muestran, en la **Tabla 4.7**, los resultados obtenidos en el nivel macro.

Tabla 4.7. Intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo a los modelos comunitarios de salud.

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	CCAA
MODELO ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Empoderamiento	Empoderar a los miembros de comunidades para crear cambios deseados.	<i>“Nos ponemos en contacto con otras administraciones para ver si podemos potenciar la formación de grupos, nos sigue costando mucho hacer grupos. Estamos hablando con el colegio desde atención primaria para que se promocióne la salud, el ejercicio y el que no empiecen a fumar. (...) hicimos hace poco una de la menopausia”.</i>	País Vasco
	Capacidad de la Comunidad	Activar la participación en la comunidad de sus miembros; promover la ganancia de habilidades de liderazgo e impulso.	<i>“Aunque a su vez eso puede ser también un factor positivo. Es decir, el hecho de que sea un grupo donde hay un patriarca y tal, a lo mejor con una intervención sobre determinadas personas puede a lo mejor condicionar que se consigan muchos beneficios. Concretamente con el tema de la vacuna se consiguió vacunar a niños simplemente con ir al patriarca hablar y... decir no os preocupéis mañana está aquí todo el mundo vacunándose. O sea que eso tiene su aspecto positivo y negativo”.</i>	Andalucía
	Participación	Desarrollar en los miembros de la comunidad habilidades de liderazgo, conocimiento y recursos a través de su participación.	<i>“El Plan de Barrios ha pasado por aquí recientemente y se ha vivido muy activamente, se han realizado muchas actividades. Por ejemplo, el “Activate”, el Taichí en el parque, etc. Yo fui un día y me gustó muchísimo, la gente se motiva con los temas de actividad física y además está relacionado con la relajación, también hay respiración, mente-cuerpo, etc. También hay actividades físicas que imparten enfermeras del centro, son actividades que también motivan a la gente... seguramente se motivan unos cuantos, y no todos los que quisiéramos, pero crea mucha cohesión. Después de un tiempo, continúan ellos solos haciendo las salidas para andar”.</i>	Catalunya
	Relevancia	Ayudar a la comunidad a crear su propio orden del día basado en necesidades sentidas, el poder compartido y la conciencia de recursos.	<i>“Ahora estamos proyectando lo de ruta saludable, que es animar a la gente a que salga a caminar, que lo hacemos, ¿no?, pero ahora lo que vamos a tener es conocimiento de por dónde pueden ir a caminar, los parques que hay, las zonas verdes por donde pueden ir. Entonces ahora yo creo que tenemos un instrumento muy bueno para decir “puedes ir a este parque que está cerca de tú casa o puedes ir a otro este sitio” para que la gente se anime a Salir”.</i>	Islas Baleares

Capítulo 4:*Estudio 4*

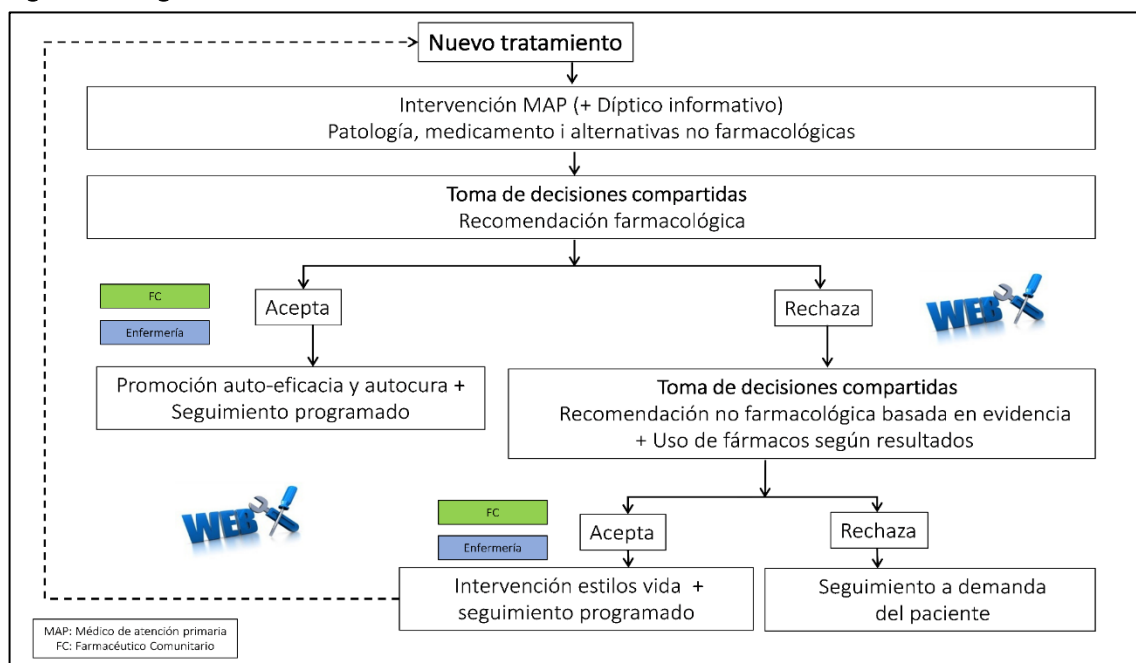
Resultados

4.4.1 Diseño final de la intervención IMA

De acuerdo con el Marco del Consejo de Investigación Médica para intervenciones complejas y los principios de la investigación de implementación la intervención compleja IMA es una intervención de estandarización y homogeneización de la práctica clínica basada en la toma de decisiones compartidas e informadas. La intervención IMA se plantea como una intervención multidisciplinaria, en la que se alinean los objetivos y mensajes que recibe el paciente por los profesionales sanitarios del nivel de atención primaria (médicos, farmacéuticos y enfermeras) y médicos especialistas (cardiólogos, endocrinos e internistas). La **Figura 4.5** muestra el flujo del paciente a lo largo de la intervención.

La intervención se basa en la toma de decisiones compartida, alfabetización y en el Modelo de Creencias en Salud y el Modelo de Autoeficacia (181) en las nuevas prescripciones de tratamientos farmacológicos relacionados con la patología cardiovascular y la diabetes en atención primaria.

Figura 4.3. Algoritmo de intervención IMA



Inicialmente se determinaron como elementos fijos, la intervención del médico de atención primaria y un soporte informativo en formato díplico y como elementos flexibles, el apoyo del farmacéutico comunitario, una web con información contrastada y un soporte telefónico.

Para el proceso de optimización del diseño de la primera versión de la intervención IMA, se realizaron 8 grupos de discusión con un total de 52 participantes, 2 con médicos de atención primaria, 2 con personal de enfermería y trabajadores sociales de atención primaria, 2 con farmacéuticos comunitarios y 2 con médicos especialistas (cardiólogos, endocrino, vascular e internista). En la **Tabla 4.8** se detallan las características de los participantes.

Tabla 4.8. Características de los participantes de los grupos discusión.

EG	Categoría profesional	Género	Edad	Años de experiencia	Ámbito del CAP /Farmacia/ hospitalario	Información complementaria
1	FC: 4 titulares 2 substitutos	5 mujeres 1 hombre	40-59 años Media 47	10-20: 3 >20: 3	Rural: 1 Semi-urbano:1 Urbano: 4	Experiencia en SPF: 5
2	FC: 4 titulares 3 substitutos	4 mujeres 3 hombres	28-51 años Media 40,43	< 10: 3 10-20: 3 >20: 1	Rural: 2 Semi-urbano: 1 Urbano: 4	Experiencia en SPF: 5
3	MAP: 6 titulares 1 residente	7 mujeres	30-49 años Media 42,85	< 10:1 10-20: 4 >20: 2	Semi-urbano: 6 Rural: 1	Tutor de residentes: 2
4	MAP. 9 titulares 2 residente	5 mujeres 6 hombres	28- 64 años Media 47,45	< 10: 2 10-20: 4 >20: 5	Urbano	Tutor de residentes: 9
5	7 Enfermería 1 Trabajador social	8 mujeres	35-57 años Media 43,12	< 10: 1 10-20: 4 >20: 3	Semi-urbano	Tutor de residentes: 4
6	6 Enfermería 1 Trabajador social	7 mujeres	28-63 años Media 49,71	< 10: 2 10-20: 1 >20: 4	Semi-urbano	Tutor de residentes: 0
7	1 Cardióloga 1 Internista 1 Endocrinóloga	2 mujeres 1 hombre	36-62 años Media 45	< 10: 1 10-20: 2	Hospital General Básico	Tutor de residentes:1
8	1 Cardiólogo 1 Vascular	2 hombres	54-46 años Media 50	10-20: 1 >20: 1	Hospital General Básico	Tutor de residentes:1

EG: Entrevista grupal. CAP: Centros de atención primaria; FC. Farmacéutico Comunitario; MAP: Médico de atención primaria; SPF: Servicios profesionales farmacéuticos;

Partiendo de los resultados del proceso de optimización de la primera versión de la intervención IMA, se sustituyó el componente flexible “soporte telefónico” por el “soporte del personal de enfermería de atención primaria”. El soporte telefónico creó muchas dudas a los participantes en relación a su gestión, funcionamiento y qué profesionales sanitarios lo deberían ejecutar. En contra, todos los participantes de los grupos coincidieron en que la implicación del personal de enfermería era importante para reforzar el mensaje del médico.

4.4.2 Elementos Fijos. La intervención del médico de atención primaria y soporte díplico.

4.4.2.1 Intervención del médico de atención primaria

La intervención del médico de atención primaria empieza en el momento en que el médico considera que, según el diagnóstico del paciente, este debe iniciar un nuevo tratamiento farmacológico antihipertensivo, hipolipemiente, antidiabético y/o antiagregante plaquetario. Con la ayuda de un díplico informático, el médico explicará al paciente la patología, el tratamiento farmacológico y las evidencias en relación a las alternativas no farmacológicas disponibles. Le informará también sobre los efectos secundarios más habituales de los fármacos recomendados. A continuación, el médico explorará las dudas del paciente sobre las alternativas. Para terminar la intervención, el médico recomendará el fármaco al paciente y explorará sus preferencias sobre iniciar o no un tratamiento farmacológico.

En este momento se pueden dar tres situaciones:

- 1) El paciente decide tomar la medicación: el médico emitirá la receta electrónica e incidirá en la promoción de la autoeficacia y el autocuidado. Además, explicará al paciente los recursos de que dispone en caso de duda.
- 2) El paciente prefiere utilizar una alternativa no farmacológica: el médico orientará al paciente sobre las estrategias de cambios de estilo de vida,

promoviendo la auto eficacia y derivándolo al personal de enfermería o a otros recursos que sean necesarios. Además, le facilitará el recurso de la web y le citará para controles de seguimiento. En caso de no observar mejoría se le recomendará la iniciación del fármaco.

- 3) El paciente rehúsa tanto el medicamento como las alternativas no farmacológicas: el médico le recordará que puede solicitar cita previa en el momento que lo desee y le facilitará los recursos de información disponibles.

4.4.2.2 Soporte díptico informativo

El díptico informativo sirve como herramienta de soporte al médico ya algunos de los principales factores que influyen en la decisión de no iniciar la medicación están relacionados con la dificultad del paciente para interpretar el riesgo de la enfermedad, asimilar los beneficios y riesgos de tomar el fármaco y expresar las dudas al médico.

El díptico contendrá información relacionada con la patología y sus riesgos, la efectividad del tratamiento farmacológico y sus efectos secundarios sustentados por revisiones sistemáticas de la literatura. Además, incluirá información relativa a alternativas no farmacológicas basada en la evidencia.

El díptico informativo será específico de cada grupo farmacoterapéutico y contendrá información visual y comprensible. El díptico se facilitará a todos los profesionales sanitarios que intervengan en la intervención IMA (médicos, enfermeras y farmacéuticos).

4.4.3 Elementos Flexibles. Intervención del personal de enfermería, intervención del farmacéutico comunitarios y soporte web

4.4.3.1 Intervención del personal de enfermería

La intervención del personal de enfermería se considera importante por el vínculo que tiene, por un lado, con el paciente y por el otro con el médico. Además, el colectivo de enfermería es el que realiza los controles paramétricos relacionados con las patologías cardiovasculares de los pacientes en atención primaria. Se les informará y formará en

la intervención IMA, así como se les facilitará el díptico informativo con la finalidad de aportar robustez a la intervención del médico y mensajes alineados.

4.4.3.2 Intervención del Farmacéutico Comunitario

La intervención del farmacéutico comunitario es relevante ya que puede influir en la decisión final de retirar el fármaco de la farmacia e iniciar el tratamiento. Dado que la elección del paciente de la farmacia es libre, se formará a todos los farmacéuticos comunitarios del barrio o municipio. El papel del farmacéutico en la intervención consistirá en estar atentos a las recetas electrónicas que contengan primeras dispensaciones de antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos y/o antiagregantes plaquetarios. Durante el mes de noviembre del 2019, el Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña y el Servicio Catalán de Salud han presentado un proyecto centrado en la atención farmacéutica ante primeras dispensaciones (187) (ref). En el marco de este proyecto, se ha incorporado a la receta electrónica un sistema que alertará a los farmacéuticos comunitarios cuando aparezca una prescripción de un nuevo fármaco en la receta electrónica. El objetivo de este proyecto es mejorar el uso de la medicación de administración compleja como los medicamentos inhalados o inyectados, que requieren entrenamiento por parte de los profesionales sanitarios. Este tipo de alerta podría utilizarse también para facilitar la identificación por parte de los farmacéuticos comunitarios de pacientes potencialmente no iniciadores. En el marco de los tratamientos para la enfermedad cardiovascular, se encuentran las insulinas, los anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios que han sido incluidos en el nuevo programa de alertas. La intervención IMA aprovechará este recurso, que podría ampliarse en el futuro, para estos medicamentos.

El farmacéutico comunitario reforzará durante la dispensación activa el mensaje del médico de atención primaria con la ayuda del díptico informativo verificando que el paciente ha entendido todas las explicaciones que le ha dado el médico relacionadas con la medicación (para qué se lo toma, posología, duración de tratamiento y la posible interacción con las que se puede encontrar). Le recordará también que ante

cualquier situación desconocida y relacionada con la medicación debe consultarlo con el médico o con el farmacéutico.

4.4.3.3 Soporte web

El soporte web incluirá links a páginas con información sustentada por la evidencia sobre enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los medicamentos que se prescriben para tratarlas (incluyendo evidencias de efectividad y efectos secundarios). Además, contendrá información sobre tratamientos no farmacológicos basados en la evidencia y estrategias de ayuda para cambios de comportamiento en los estilos de vida.

CAPÍTULO 5

Discusión

5.1 No iniciación: Determinantes i comparación con la literatura previa

El Modelo de Iniciación a la medicación explica que los motivos que influyen en la no iniciación a la medicación son multifactoriales y no dependen del tipo de enfermedad. Ante una nueva prescripción farmacológica, el paciente realiza una valoración beneficio-riesgo cuyo foco central viene influido por la percepción que tiene sobre la enfermedad y la medicación prescrita. A su vez, esta percepción viene determinada por los factores intrapersonales del paciente como la alfabetización en salud, el idioma y las características culturales entre otros, por los factores interpersonales como pueden ser la relación del paciente con el médico prescriptor y la influencia de otros profesionales sanitarios. Finalmente, la decisión final también puede estar condicionada por factores externos como es el entorno familiar, la falta de apoyo social del paciente y la información que recibe de los medios de masas.

La no iniciación de la medicación es un comportamiento relacionado con la adherencia en general y que explicaría algunos de los motivos de la implementación sub-óptima y de la discontinuación de los regímenes de dosificación (188). Los factores que afectan la no iniciación están en línea con los factores que influyen la implementación y la interrupción de los medicamentos tal y como describen Vrijens et al. (62).

A continuación, se discuten y comparan con la literatura previa las categorías y subcategorías del Modelo de Iniciación a la Medicación obtenido a partir de la triangulación del discurso de pacientes y profesionales sanitarios en relación a sus percepciones sobre la no iniciación a la medicación.

5.2 Balance beneficio-riesgo

El balance beneficio-riesgo en la iniciación farmacológica es el resultado de valorar los beneficios y los riesgos que conlleva la toma de un nuevo tratamiento farmacológico. Tal y como explicaban Horne y Weinman (106), los pacientes reflexionan sobre la

necesidad y el riesgo que les supone la toma de la medicación. La reflexión que realizan los pacientes, estos autores la entienden como implícita cuando el paciente considera que la enfermedad no es tan grave como para tomar una medicación y explícita cuando los pacientes minimizan al máximo la toma de medicación por miedo a efectos colaterales que para ellos son innecesarios. El beneficio es la eficacia del fármaco en condiciones de uso reales y, en consecuencia, la reducción de un efecto grave, mientras que el riesgo es la probabilidad de que ocurra un efecto nocivo. Según la mayor o menor percepción de beneficio o riesgo, la decisión del paciente tomará una dirección u otra y como se ha comentado en los resultados, diversos factores influyen en este balance.

En la adherencia secundaria, el paciente basa su decisión en la experiencia que le aporta la medicación que ya ha iniciado, por contra, la reflexión que realiza un paciente ante una nueva prescripción está condicionada por recuerdos de experiencias pasadas del mismo fármaco u otro/s distintos (188), influencias de su entorno (experiencias con el fármaco de terceras personas) e ideas preconcebidas que podrían resolverse dentro de la consulta.

Atendiendo a la temporalidad, el balance beneficio-riesgo que realiza el paciente para la toma de decisiones, se puede producir durante el proceso de diagnóstico y prescripción dentro de la consulta médica o después de un proceso de deliberación fuera de la misma. Si la decisión tomada dentro de la consulta médica es robusta, los factores interpersonales y los factores externos influirán poco o nada en la decisión tomada con anterioridad, mientras que, si el paciente considera que no ha cumplido sus expectativas o no se han resuelto sus dudas, la decisión a favor de una iniciación o en contra de ella, va estar condicionada una vez fuera de la consulta, por los factores interpersonales y los factores externos. Esto es clave para la planificación de intervenciones de mejora de la iniciación.

5.2.1 Percepción de enfermedad

La patología crónica es más prevalente en personas de edad avanzada, que frecuentemente están polimedicados (189). El miedo a las interacciones y la falta de

conocimiento de la enfermedad crónica suponen una limitación para iniciar nuevos tratamientos (190). No obstante, estudios previos señalaban la mayor edad y la presencia de algunas patologías crónicas como la diabetes, el hiper o hipo-tiroidismo, la patología cardiovascular y la discapacidad como factores que aumentaban la probabilidad de iniciación (131). No obstante, los resultados del presente estudio muestran que tener una percepción errónea sobre la enfermedad puede provocar la no iniciación cuando a una persona se le diagnostica de una enfermedad crónica y/o severa.

En otras ocasiones, aun teniendo información adecuada y suficiente, los pacientes no toman consciencia del problema y están muy alejados de promover un cambio de actitud frente a su problema, bien porque no quieren aceptarlo o porque se niegan a promover cambios en sus estilos de vida (191). En estas situaciones promover algún cambio de actitud es difícil, pero se podrían aplicar estrategias desde, como mínimo, tres vertientes: 1) potenciar una actitud positiva, respetuosa y abierta de los profesionales sanitarios hacia este comportamiento; 2) facilitar al paciente documentación contrastada; y 3) trabajar a nivel interpersonal con el entorno familiar del paciente además de facilitar el acceso a grupos de ayuda de “paciente experto” (192).

Tal y como muestran estudios previos (98,147) el estigma asociado principalmente a la enfermedad y, en menor grado, a la medicación puede condicionar que el paciente inicie un tratamiento farmacológico. En el presente estudio, algunos pacientes consideraban ciertas patologías se deberían poder controlar sin medicación, por lo que, para ellos, iniciar el tratamiento farmacológico no tenía sentido o incluso les podía generar sentimientos de frustración o rabia. Las patologías mentales y algunas físicas de evolución asintomática frecuentemente presentan esta falta de aceptación que, si no se maneja a tiempo, puede derivar en un empeoramiento de la enfermedad (193,194) . En consecuencia, la escucha activa y reflexiva, la entrevista motivacional y la empatía son claves para mejorar el estado funcional del paciente y su calidad de vida (195). Las campañas de márketing social contra el estigma son también un recurso potencial para producir cambios en la población (196,197).

La percepción de sobremedicalización de los problemas de la vida diaria afectaron todos los grupos terapéuticos. Según el modelo de toma de decisiones compartidas (198) el médico debería explicar las alternativas al tratamiento de una forma comprensible incluyendo la opción de no tratar, siempre y cuando esto fuera posible y teniendo en cuenta las preferencias del paciente (185). Los modelos de consulta desarrollados hasta hoy, intentan aportar a los médicos herramientas suficientes para mejorar la relación médico-paciente y la adherencia a los tratamientos (20). Propuestas como como el Modelo de Neighbour (23) o el Modelo de Calgary-Cambridge (25) priorizan el punto de vista y las expectativas de los pacientes. Además, consideran la necesidad de que el médico confirme que el paciente ha entendido la información aportada para poder así, realizar una toma de decisiones compartidas y consensuadas. Está demostrado que la comunicación mejora la adherencia de los pacientes a los tratamientos y resultados de salud (21,199).

En relación a las dudas sobre el diagnóstico que algunos pacientes expresaban en el estudio, estas estaban muy ligadas a la falta de confianza con el médico, que se discutirá más adelante.

5.2.2 Percepción de medicación

Otros estudios anteriores muestran que la prevalencia de la no iniciación puede variar según el tratamiento farmacológico prescrito (131). En el presente estudio se observó que el comportamiento de los pacientes se veía afectado por características específicas de los medicamentos no iniciados que pueden variar entre grupos de medicamentos como por ejemplo el riesgo de aparición de dependencia o el inicio de acción retardada (146). A estos resultados también hay que añadir que, a través del discurso de los profesionales sanitarios, se detectó que el estigma también podía condicionar el inicio de la medicación. El estigma es una condición discriminatoria hacia la persona que ha sido estigmatizada (200) y genera comportamientos negativos, uno de ellos es el miedo a estar señalado por el hecho de tomar una determinada medicación para una enfermedad que puede estar mal vista socialmente. Para ello es necesario aumentar estrategias de lucha contra el estigma y trabajar desde una perspectiva comunitaria.

De igual forma que en la literatura existente sobre la adherencia secundaria, el miedo a los efectos adversos de los medicamentos es un factor que limita la iniciación. De hecho, Horne y Weimann (106) ya describían en su marco de necesidad y preocupación que la reflexión que realizan los pacientes aparte de ser implícita, puede ser explícita siendo los posibles efectos perjudiciales de los medicamentos una barrera muy importante en la adherencia a la medicación. Este factor genera reticencia y es tarea de los profesionales sanitarios, especialmente de los farmacéuticos, informar y explicar bien las propiedades de los fármacos. La Guía del National Institute for Health and Clinical Excellence sugiere que los profesionales sanitarios deben tener en cuenta el deseo de los pacientes y discutir con ellos todo lo que les preocupa en relación a su medicación (201).

Al igual que estudios previos (202–204), ante un nuevo diagnóstico, algunos pacientes preferían intervenciones no farmacológicas como elección antes que las farmacológicas, pero algunos de los recursos no farmacológicos no están financiados por el Sistema Nacional de Sanidad y el acceso a los que están financiados está limitado por la disponibilidad de recursos, constituyendo una limitación importante para su recomendación (205,206). La prescripción social, que aprovecha los recursos comunitarios como recursos terapéuticos e involucra a los profesionales sanitarios, podría facilitar el acceso a estos tratamientos (207).

En concordancia con estudios previos, se detecta que el coste del tratamiento influye en la iniciación a los tratamientos y aún más con la instauración de los copagos en los países de ingresos altos (166,208) donde contradictoriamente la pobreza farmacéutica ha aumentado (209). Este factor tomó más fuerza durante el discurso de los profesionales sanitarios que en el de los pacientes. Esto se puede explicar porque el paciente podría no haberse sentido cómodo para hablar de este tema en la entrevista individual. Un estudio cualitativo sobre adherencia a tratamientos antihipertensivos reportó que el coste del medicamento podía ser una limitación, aunque no fue considerado como un factor importante (210). Las políticas deben revisarse para garantizar que el coste del tratamiento no determina la adherencia (211).

5.3 Factores intrapersonales (relacionados con el paciente)

Uno de los factores más influyentes en la iniciación de la medicación es la alfabetización sanitaria, especialmente en pacientes vulnerables como los pacientes de edad avanzada, con nivel socioeconómico y/o educativo bajo o en inmigrantes (212). Las personas con un bajo nivel educativo podían tener dificultades para comprender las explicaciones del médico. En España, el 1,5% de la población es analfabeta y el 18% sólo tiene estudios primarios (213) por lo que pueden encontrar dificultades de comprensión tanto en la consulta médica como para interpretar la información de los prospectos de medicamentos y la que pueden encontrar en Internet (186,214). Los profesionales de la salud deberían asegurar que los pacientes entienden correctamente los beneficios y riesgos para poder tomar decisiones informadas. Además, se podrían implementar campañas de promoción y prevención de salud en los medios de comunicación además de impulsar formación en educación sanitaria a los estudiantes de la enseñanza obligatoria (215).

Según estudios previos, las barreras sociales y culturales influyen en gran medida en la no iniciación (68,202–204,216). Las costumbres culturales y las diferencias entre países sobre la atención al paciente en el ámbito sanitario, aumentan la desconfianza de los pacientes afectando en mayor o menor grado en la iniciación de los tratamientos. Según muestra el estudio de Aznar-lou et al. (131) la nacionalidad es un fuerte factor explicativo de la no iniciación. Sería necesario activar servicios de traducción y de intérpretes multiculturales en los centros de atención primaria para minimizar estas barreras.

El apoyo social es un recurso (estructural, práctico, emocional o combinado) protector de la salud y el bienestar de las personas. Se considera apoyo social a todos aquellos apoyos, instrumentales y/o expresivos, reales o percibidos, aportados por el entorno de la persona en el que se encuentran la familia y las amistades (217). Como muestra la literatura, el apoyo social también es un factor que influye en la iniciación farmacológica (68,202,216). En la revisión de modelos teóricos se observó que, en relación a los modelos interpersonales, los profesionales utilizan estrategias de colaboración con el entorno de la persona, así como el rol del profesional para

proponer y adaptar las estrategias de actuación al proceso de cambio. El modelo basado en la Teoría Cognitivo Social, uno de los más utilizados (218), y el Modelo de Apoyo Interpersonal-Social (217) aparecen en los discursos de los profesionales en la mayoría de centros de salud. Ello concuerda con estudios previos, que encuentran que implicar a familiares y amigos aumenta la probabilidad y mantenimiento del cambio (181) y apoyan los resultados del Modelo Teórico de iniciación a la medicación.

Durante las entrevistas a profesionales, la falta de apoyo social emergió como un tema preocupante principalmente en pacientes dependientes. La edad avanzada y la dependencia se consideran factores de riesgo en salud (209) por lo que la desvinculación social y psicológica de la sociedad puede desencadenarse cuando una persona tiene limitada su capacidad de acción (salud física y/o psicológica). En la muestra del estudio de pacientes las personas dependientes no estaban incluidas por lo que este factor no apareció. Sería necesario estudiar las percepciones de no iniciación en personas dependientes y lo que piensan sus cuidadores para poder, en un futuro, definir e incluir a los cuidadores en estrategias educativas y técnicas para la mejora de la iniciación a la medicación.

5.3.1 Connotación emocional

Según los resultados obtenidos, la reacción emocional del paciente ante el diagnóstico y/o el nuevo tratamiento prescrito influye en la toma de decisiones (202,203). Ante un diagnóstico y/o la recomendación de un tratamiento farmacológico, algunos pacientes responden con rabia o frustración, especialmente cuando se trata de enfermedades crónicas sintomáticas mal controladas como puede ser el dolor crónico o las enfermedades mentales. Otra reacción que se desarrolla es el miedo ante medicamentos que se asocian a enfermedades graves o estigmatizadas (219,220), por lo que los profesionales de la salud deben tener en consideración estas reacciones cuando diagnostican y prescriben la medicación.

Según el presente estudio, los modelos más trabajados por los profesionales son los modelos intrapersonales. Se ha observado que cuanto mayor es el uso de estos modelos mayor es el conocimiento de los profesionales sobre su aplicación

(175,181,182,221). Los modelos intrapersonales son efectivos para promover cambios de conducta en relación al tabaco, la dieta mediterránea y la actividad física (181). Todos estos comportamientos relacionados con la salud tienen rasgos comunes con la toma de medicación por lo que se deberían considerar estos modelos en el diseño de estrategias de mejora de la iniciación para intervenciones no farmacológicas y para promover un cambio de actitud del paciente frente a la nueva medicación.

5.4 Factores interpersonales (Relación paciente-sistema sanitario)

5.4.1 Relación Paciente-Médico de atención primaria

Para limitar la influencia de factores externos, el médico debería asegurarse de que el paciente ha tomado una decisión durante la visita. Mejorar las habilidades comunicativas y de entrevista motivacional, especialmente en los médicos sustitutos y/o residentes (131), puede ayudarles a controlar la respuesta emocional (222)(222), resolver las dudas del paciente y mejorar la adherencia (223,224). Sería necesario homogeneizar los mensajes de atención primaria y especializada para incrementar la confianza de los pacientes en las recomendaciones además de implicar al farmacéutico comunitario que dispensa el medicamento, con la finalidad de aumentar la adherencia (223–226).

Aún existen algunas barreras jerárquicas que impiden que los pacientes expresen sus dudas dentro de la consulta. Algunos pacientes piden más pruebas diagnósticas o la confirmación diagnóstica por parte de un médico especialista. Sin embargo, la realización de pruebas diagnósticas o la consulta con médicos especialistas, en algunos casos, puede ser innecesaria, generar iatrogenia y aumentar los costes de los tratamientos y de la atención médica (227). Los profesionales de la salud deben asegurarse durante la exploración y la aclaración de dudas que los pacientes entienden los diagnósticos y el riesgo asociado a él.

Algunos pacientes se muestran muy críticos con los médicos de atención primaria y el sistema sanitario público en general. El Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio

de Prochaska y Diclemente (182,228) explica que las características individuales de la persona influyen en su comportamiento. Estos pacientes se encuentran en la etapa pre-contemplativa y ante una nueva prescripción farmacológica la persona aún no es consciente de tener un problema. Antes de analizar los pros y contras de la toma de medicación, que correspondería a la etapa de contemplación, el paciente genera mecanismos de defensa como la negación o racionalización. Para ello es necesario diseñar estrategias de motivación y empoderamiento que se lleven a cabo dentro de la consulta médica, aunque a priori sean difíciles llevar a cabo. Además, tal y como muestran los resultados del estudio de modelos de atención en atención primaria, incluso algunos profesionales dudan sobre la efectividad de estas actividades y les preocupan los temas éticos que se generen a raíz de estas intervenciones principalmente cuando las personas no están aún preparadas para el cambio de comportamiento (206,221).

Un factor que surgió en el estudio que implicó a profesionales sanitarios fue que, en algunas ocasiones, el paciente tenía como único objetivo de la visita médica conseguir una baja laboral. En España, los documentos que certifican si una persona es apta o no apta para acogerse a una baja laboral deben ser validados por el médico de atención primaria. Según expresaron los entrevistados, el paciente que busca obtener una baja, por miedo a la negativa del médico, puede expresar un motivo de consulta que derive en una prescripción que nunca iniciará. Algunos estudios aportan datos de prevalencia de motivos de consulta relacionados con una baja laboral, que se mueve alrededor del 8% en España (229), aunque se desconoce si los pacientes explicaron al profesional el motivo real de la consulta. Ante una indisposición puntual de 24-48 horas y en la que el paciente solicita una baja laboral, quizás se podría recurrir a un recurso exclusivamente administrativo por tratarse de un simple trámite. Si el convenio laboral se modificara, se liberaría un tiempo en consulta mejorando así la sobrecarga de visitas médicas.

5.4.2 Otros profesionales sanitarios

En relación a la influencia de otros profesionales sanitarios, los profesionales entrevistados opinaban que en numerosas ocasiones los pacientes desconfían de las

prescripciones realizadas por el personal de enfermería. Así como en el estudio de los pacientes alguno de los entrevistados no había iniciado la medicación prescrita por el médico por la misma causa, la prescripción realizada por el personal de enfermería no fue explorada ya que no surgió como un factor influyente. Debido al aumento progresivo de visitas en los centros de atención primaria y a raíz de la nueva ley en la que el personal de enfermería puede prescribir tratamientos en trastornos agudos de baja complejidad (13) es cada vez más frecuente la prescripción desde este colectivo de profesionales sanitarios. Algunos estudios realizados al respecto, aportan datos sobre un elevado grado de satisfacción de los pacientes (230). En consecuencia, para afirmar que los resultados de la presente tesis son aplicables en este colectivo, se debería explorar la percepción de no iniciación a la medicación prescrita por el personal de enfermería.

Otro de los colectivos influyentes que afloró tanto en las entrevistas con pacientes como con los profesionales, fue la intervención del farmacéutico comunitario en la toma de decisiones. El farmacéutico comunitario es un profesional sanitario muy cercano al paciente y en el que confían plenamente (16). Sería necesario que, ante una nueva prescripción, el farmacéutico comunitario reforzara el mensaje del médico y con ello ayudara al paciente en la toma de decisiones.

En el discurso de los profesionales apareció el papel que juega el auxiliar de la farmacia, que en ocasiones podía debilitar el mensaje del médico y que podría estar excediendo, en ocasiones, el límite de sus competencias. Según un estudio realizado en España, los auxiliares de farmacia realizan casi el 30% de las consultas y en las que asumen funciones de farmacéutico (231). Estos datos ponen de manifiesto la realidad de la actividad en las farmacias comunitarias de España donde, en ciertas ocasiones, el farmacéutico no cumple con sus funciones. Sería conveniente que tanto las indicaciones farmacéuticas como las dispensaciones fueran realizadas o al menos supervisadas por el farmacéutico comunitario.

5.5 Influencias externas (factores interpersonales y contextuales)

Según el discurso de los pacientes y de los profesionales, el entorno familiar y social influye en la no iniciación (147) del mismo modo que en la adherencia secundaria. La experiencia de algún familiar o amigo con la misma o similar prescripción, así como las creencias culturales pueden modificar una decisión poco robusta tomada dentro de la consulta médica.

Asimismo, algunos pacientes decidieron no iniciar tratamientos farmacológicos influidos por información que se había dado en televisión. Casi la mitad de las recomendaciones de salud que se emiten en programas televisivos y que aparecen en revistas populares carecen de evidencia (232,233). Además, internet aporta frecuentemente información relacionada con la salud que no ha sido contrastada (234). Los profesionales sanitarios podrían ofrecer a los pacientes información a través de fuentes fiables y sería necesario aplicar políticas sanitarias que regularan las campañas de promoción de productos relacionados con la salud en estos medios de comunicación.

5.6 El rol del tipo de fármaco en la toma de decisiones sobre la primera prescripción

La hipótesis de inicio de este estudio era que las motivaciones para (no) iniciar un tratamiento serían distintas según el grupo terapéutico. No obstante, se han encontrado pocas diferencias entre grupos, existiendo matices en los grupos de patología crónica asintomática y mental. El estigma, la falta de conciencia de enfermedad y la percepción de necesidad de control de la enfermedad a través de cambios de estilos de vida eran los factores más destacables en estos dos grupos.

Esta tesis forma parte de un estudio de métodos mixtos que utilizó metodología cuantitativa para estimar la prevalencia de no iniciación y los factores explicativos de la no iniciación (235). En el citado estudio, que estimó una tasa global de no iniciación del 17,62%, se detectaron diferencias en la tasa de no iniciación en función del tipo de

fármaco. Así, la prevalencia de no iniciación rondaba el 20% en los tratamientos indicados habitualmente para enfermedades físicas agudas, como los analgésicos y los protectores gástricos, y el 10% en los tratamientos para enfermedades físicas crónicas, como la enfermedad cardiovascular o la diabetes, y en los tratamientos antibióticos. Los resultados de la presente tesis explicarían la mayor prevalencia de no iniciación de tratamientos como los analgésicos ya que algunos pacientes tenían la percepción de que estos medicamentos servían como paliativos y no curaban la enfermedad.

Por el contrario, una menor tasa de no iniciación en medicamentos relacionados con patología crónica y en el grupo de penicilinas podría estar ligado a una percepción de mayor severidad de la patología. En los pacientes reticentes a iniciar este tipo de tratamientos deberían discutirse las implicaciones de no tratar la patología, así como las opciones de tratamiento no farmacológico basadas en la evidencia. Idealmente, el paciente debería ser informado en la consulta y tomar una decisión compartida.

Aunque se han detectado algunos matices en algunos de los cuatro grupos terapéuticos de estudio, los resultados cualitativos muestran que los factores que subyacen desde la perspectiva del paciente son los mismos, aunque el peso relativo y la forma en que se expresan, y el paciente los racionaliza, podría ser distinto en función del grupo de medicamentos. Estas diferencias deberían tenerse en cuenta en el momento de diseñar y aplicar estrategias de mejora, así como el contexto del paciente.

5.7 Adherencia de los profesionales a los modelos teóricos de intervenciones en salud.

Los resultados del estudio de modelos confirman que los modelos de promoción y prevención de la salud que más aplican los profesionales son los intrapersonales. en menor medida, los profesionales aplican los modelos interpersonales y casi nunca el modelo comunitario explorado. Los modelos se utilizan de forma simultánea y no siempre se aplican todas las estrategias descritas en ellos, de ahí el solapamiento de los conceptos que aparecen a través del discurso de los profesionales en el estudio.

Los factores externos que influyen en la no iniciación quedan muy poco contextualizados en los modelos intrapersonales por lo que, si se abordaran estrategias a través de modelos interpersonales, comunitarios y demandas de justicia social y equidad (236,237) estas barreras se podrían reducir. De todas formas, es lógico que, en las consultas médicas, donde la práctica clínica está centrada en la enfermedad, el tratamiento y la resolución de los motivos de consulta (238), se lleven a cabo estrategias individuales (239).

El empoderamiento de la comunidad, considerándolo como el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y diseño de estrategias para la mejora de la salud, solamente se trabaja a partir del Modelo de Organización Comunitaria, que quedaría más alineado con estrategias nacionales de salud. Estas estrategias pretenden coordinar niveles, sectores y actores (240) para unificar criterios, pero según el presente estudio se aplica raramente. No obstante, actualmente se está trabajando a través de distintas iniciativas que promueven la integración de la intervención comunitaria desde la atención primaria en salud, como el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la SEMFyC (241), el grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad y la red Actuando Unidos Por la Salud de la CAMFIC (242). En el 2013 se elaboró la “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud” promovida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA (240). Dicho esto, sería apropiado aumentar los vínculos con iniciativas ciudadanas como son el paciente experto y los diagnósticos en salud (243).

El desarrollo de las actividades de prevención y promoción de la salud contempla oportunidades, dificultades y retos sociales, profesionales y científicos. Son actividades multidisciplinarias y sociales que buscan cambios de comportamiento por lo que debería basarse en los determinantes sociales de la salud, en la equidad, en estrategias multisectoriales, la participación comunitaria y ser aplicable en la práctica diaria de la atención primaria (244). Así pues, la atención primaria en salud debería tener un punto de mira más comunitario, promover la formación, la investigación, la comunicación, el reconocimiento en cartera de servicios, la financiación y la evaluación (245). Finalmente, para una mejora de la salud comunitaria, es necesario

que Salud Pública y atención primaria en salud, integren sus competencias con una mirada más centrada en la persona y la comunidad (237).

5.8 Investigación con métodos mixtos: importancia para el diseño de intervenciones de mejora

Los métodos mixtos son particularmente adecuados cuando el objetivo final es la implementación de estrategias de mejora de problemas de salud, pues proporcionan una manera práctica de entender múltiples perspectivas, diferentes tipos de vías causales y múltiples tipos de resultados (246).

Este es el caso del problema de la no iniciación a la medicación y que se ha estudiado mediante métodos mixtos. El Modelo de Iniciación a la Medicación, se generó en paralelo al estudio basado en metodología cuantitativa de la no iniciación, de forma que la fase cuantitativa y cualitativa se complementarán e informarán mutuamente. Con la investigación cuantitativa se pretendía conocer la prevalencia, los factores explicativos y las consecuencias económicas en términos de gasto sanitario y pérdidas en productividad de la no iniciación mientras que con la investigación cualitativa se pretendía explorar en profundidad un comportamiento relacionado con la salud para intentar comprender en profundidad los motivos que llevan a los pacientes a no iniciar la medicación. De esta forma el abordaje del problema es mucho más completo, ya que se conoce la magnitud del problema y la comprensión de la perspectiva de los actores involucrados en el fenómeno: los pacientes y los profesionales sanitarios (174).

Las investigaciones con métodos mixtos ofrecen un marco óptimo para planificar estrategias de mejora de la adherencia pues la visión que se consigue con las dos metodologías es pragmática y capaz de situar el problema de estudio en el contexto social en el que se produce. Además, con el estudio de modelos de prevención y promoción de la salud que se ha realizado, se ha conocido la evidencia real de las prácticas de atención primaria en relación a los modelos existentes de prevención y promoción de la salud, lo que ha servido para elaborar una intervención

potencialmente más eficaz, eficiente y factible para mejorar la iniciación, la adherencia y los síntomas clínicos.

Teniendo presente lo anteriormente comentado, en el diseño de una intervención de estas características, se tuvieron en cuenta todos los factores que se explican en el Modelo de Iniciación a la Medicación, así como la práctica real en relación a los modelos de prevención y promoción de la salud que se aplican en atención primaria. Los resultados del estudio indican que, dentro de este marco, será necesario adaptar la intervención a cada patología y tratamiento de base.

La estrategia de intervención se modeló específicamente para nuevas prescripciones relacionadas con la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades son muy prevalentes y llevan asociada una elevada mortalidad, discapacidad y carga económica (247) con el añadido de que, a largo plazo, más del 30% de los pacientes que inician un tratamiento farmacológico para diabetes y/o patología cardiovascular abandonarán el tratamiento (248). La falta de adherencia a medicamentos para estas patologías empeora el control de la enfermedad y los resultados clínicos y aumenta la morbimortalidad y los costes sanitarios (39,249–253).

5.9 Intervención IMA: comparación con la literatura previa

En base a la evidencia disponible y a los resultados de la presente tesis, el modelado de la intervención compleja IMA se ha basado en la toma de decisiones compartidas, alfabetización en salud, en el Modelo de Creencias en Salud y el Modelo de Autoeficacia (181). La intervención IMA es una intervención multicomponente y multidisciplinar que se centra en el manejo de las nuevas prescripciones de tratamientos farmacológicos relacionados con la patología cardiovascular y la diabetes en atención primaria.

5.9.1 Modelos de práctica de promoción y prevención de la salud escogidos en la intervención

La intervención compleja IMA se sustenta en el modelo intrapersonal de Creencias de la Salud (254) y en modelo interpersonal de Teoría cognitivo social o también llamado

Modelo de la Autoeficacia (50). Estos modelos son los que se adaptan mejor en el abordaje de parámetros contextuales que influyen en la iniciación (124,255) y de los más conocidos y aplicados por los profesionales sanitarios. El Modelo de Creencias de la Salud tiene en cuenta la percepción del paciente en torno a la severidad de su enfermedad y como repercuten sus creencias sobre la autoeficacia y actitud frente a la nueva medicación. La Teoría cognitivo social considera aquellos factores del individuo que interaccionan con su entorno más próximo como es el profesional sanitario y su familia (182). Los médicos de atención primaria tienen un buen conocimiento del contexto familiar y social de los pacientes que atienden en su consulta. Este conocimiento es indispensable para orientar las recomendaciones y facilitar una decisión informada y compartida con el paciente.

Otro punto clave que se tuvo en cuenta en el diseño de la intervención IMA fue la percepción de sobremedicalización. La intervención promueve que se discutan las alternativas no farmacológicas, así como la posibilidad de no actuar sobre el problema de salud como parte del proceso de toma de decisiones informadas y compartidas.

5.9.2 Componentes clave de la intervención IMA

La intervención combina componentes educativos, actitudinales y conductuales que potencian la autogestión y utilizan un enfoque multidisciplinario, estrategias que, según la literatura, son más eficaces en la mejora de la adherencia que las intervenciones simples (114,122,256,257). Además, se ha encontrado evidencia clara de que las estrategias de mejora de adherencia que utilizan recursos humanos son más efectivas (161,258,259). Otro aspecto que se consideró importante en el diseño de la estrategia, es que la intervención compleja IMA pudiera tener un efecto positivo a largo plazo debido al tipo de enfermedades para las que estaba modelada. Según la revisión sistemática y el metanálisis en red que llevaron a cabo recientemente Tonin et al. (114), las intervenciones económicas y técnicas obtuvieron buenos resultados en la mejora de la adherencia a corto plazo mientras que las intervenciones educativas, actitudinales y técnicas los obtuvieron a largo plazo.

Las intervenciones educativas tienen como objetivo mejorar el conocimiento con la finalidad de modificar sus creencias, actitudes y habilidades. Las intervenciones actitudinales tratan de modificar las intenciones de comportamiento de los pacientes modificando actitudes de las personas y/o normas subjetivas(171). Es necesario que los profesionales mejoren las habilidades de comunicación y promuevan las entrevistas motivacionales (21,23,25,199). Además, si el médico implementa intervenciones educativas y actitudinales dentro de la consulta, puede ayudar a controlar la respuesta emocional (222), responder a las preguntas de los pacientes y mejorar su decisión siendo especialmente importante para el sustituto o residente (131).

Las intervenciones multidisciplinarias o colaborativas trabajan la adherencia teniendo en cuenta diversos proveedores de salud. Estas intervenciones integran varias estrategias por lo que tienen un gran potencial en la mejora de salud de las personas, aunque la implementación conlleva dificultades de coordinación. Las intervenciones colaborativas médicos-farmacéuticos y médicos-enfermería mejoran la adherencia y la clínica del paciente. Después de la visita, el personal de enfermería (260) puede reforzar el mensaje recibido del médico de atención primaria. El farmacéutico comunitario tiene un papel clave por su rol de dispensador y por su capacidad para mejorar la adherencia a la medicación (261). Es importante involucrar al farmacéutico comunitario en estrategias de mejora de la iniciación, ya que la dispensación activa ofrece un intervalo clave para la detección de no iniciación y en la que el farmacéutico puede actuar respondiendo a cualquier duda que surja y participar positivamente en la decisión final del paciente (223,225,226,262).

5.9.3 Intervención IMA: comparación con intervenciones de mejora de la iniciación

Existe mucha evidencia sobre la efectividad de intervenciones en la adherencia secundaria y en la que se han utilizado todo tipo de estrategias como intervenciones conductuales, educativas, técnicas, colaborativas, de autogestión y a nivel de políticas sanitarias (111,113–115). Los resultados indican que las intervenciones con un enfoque multidisciplinar y multicomponente en las que se combinen componentes

educativos, conductuales y de refuerzo en la autogestión del paciente, dentro de su contexto social y familiar, tienen más opciones de mejorar la adherencia a la medicación (114,115).

Sobre intervenciones de mejora en la no iniciación, solo se conocen 13 estudios, de los cuales sólo 9 eran ensayos clínicos aleatorizados (150–162). Ninguna de las intervenciones que se evaluaban en estos estudios se basó en un modelo teórico. Por otro lado, el contexto donde fueron realizados fue muy distinto al español. Los 9 ensayos controlados aleatorizados se realizaron en América o Canadá, que cuentan con estructuras sanitarias muy distintas a la nuestras. Tres estudios se llevaron a cabo en el segundo nivel asistencial donde se aplicaron intervenciones educativas y técnicas sin obtener resultados significativos. De los 6 estudios que se realizaron en el primer nivel asistencial, 5 consistieron en llamadas telefónicas (por profesionales sanitarios y/o automatizadas) y/o cartas de recordatorio y motivación, sobre la necesidad de recoger la medicación que no había sido retirada. En la mayoría de estos estudios, aumentó la retirada de la nueva medicación. No obstante, es posible que el paciente no la iniciara pero que la retirara al sentirse vigilado u observado. En el estudio de O'Connor et al. (259) la intervención consistió en una llamada telefónica realizada por un profesional de la salud para detectar y resolver las barreras de no iniciación. Este estudio no obtuvo resultados de mejora estadísticamente significativos. Solo uno de los estudios evaluó la mejora la no iniciación y de los síntomas clínicos a largo plazo, sin obtener resultados favorables.

En resumen, ninguno de los estudios que han evaluado el impacto de intervenciones en la no iniciación ha aportado pruebas sólidas sobre la efectividad de la mejora de la no iniciación. El diseño de la intervención IMA presenta una serie de ventajas respecto a intervenciones previas que aumenta su robustez. La intervención IMA ha sido diseñada en base a la evidencia proveniente de investigaciones cuantitativas y cualitativas y se sustenta en un modelo teórico que explica las razones que llevan al paciente a iniciar o no una nueva prescripción. Para el diseño de la intervención IMA, se realizaron además grupos de discusión con los principales interesados en la intervención en el contexto real (*stakeholders*) lo que la hace más factible y aceptable.

5.10 Limitaciones y fortalezas

5.10.1 Limitaciones

Los resultados de los estudios deben interpretarse teniendo en cuenta las siguientes limitaciones.

5.10.1.1 Primer estudio

Durante los primeros análisis de participantes captados por los porteros médicos, se detectó cierta reticencia a responder a respuestas relacionadas con la relación médico-paciente. Se introdujo un cambio en el diseño del acceso a la muestra, ampliando la captación de participantes a través de farmacéuticas comunitarias.

A raíz de los resultados obtenidos en el estudio cuantitativo sobre no iniciación de prevalencia y factores asociados, se decidió incluir en el estudio a población inmigrante. Los médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios no lograron captar ningún paciente de nacionalidad asiática por lo que se amplió la búsqueda en asociaciones de inmigrantes con resultados negativos. Finalmente, se consiguió incluir una paciente joven no iniciadora de origen asiático a través de una sociedad científica de farmacéuticos comunitarios. Por la técnica bola de nieve, la participante contactó con otra persona joven asiática no iniciadora y en vistas de no poder acceder a ninguna persona asiática, no iniciadora y de edad avanzada se llevó a cabo una entrevista con una participante asiática, mayor pero iniciadora con la finalidad de explorar la posibilidad de factores adicionales. Esta entrevista no proporcionó información adicional, aunque la exploración de casos negativos contribuye a incrementar la credibilidad de la investigación.

El nivel de alfabetización en salud fue deducido a través del análisis del discurso, pero no se utilizó ningún cuestionario formal para evaluar este factor.

El estudio se centró en la población adulta en atención primaria y, como tal, los factores que afectan la no iniciación de los tratamientos prescritos en atención especializada se desconocen. Del mismo modo, las razones de la no iniciación entre las poblaciones pediátricas o geriátricas dependientes, que son en gran medida influenciados por el cuidador, no fueron exploradas.

No se recogieron datos sobre las comorbilidades y antecedentes clínicos de los pacientes con su correspondiente medicación y ya que la polifarmacia es un factor importante en la adherencia a la medicación habría sido útil tener en cuenta estos datos.

5.10.1.2 Segundo estudio

Una limitación de utilizar técnicas de recogida de datos a partir de entrevistas grupales es que la opinión o participación de algunos de los participantes puede quedar inhibida o condicionada por el juicio emitido por otros participantes.

Se desconoce si existen diferencias en el discurso entre los diferentes profesionales (médicos de atención primaria, personal de enfermería, trabajadores sociales y farmacéuticos comunitarios) dado que no se alcanzó la saturación en cada grupo de profesionales.

5.10.1.3 Tercer estudio

Los informantes de los centros de salud que aceptaron voluntariamente participar en el proyecto EIRA por lo que podían tener un interés particular en la promoción de la salud. Su experiencia podría no ser transferible a otros profesionales más escépticos respecto a las prácticas de prevención y promoción de la salud.

Sólo se exploraron algunos de los modelos intrapersonales e interpersonales de prácticas de prevención y promoción de la salud y sólo uno de los comunitarios. No obstante, el elevado grado de solapamiento de algunos modelos intrapersonales e interpersonales y el bajo grado de adherencia de las prácticas actuales a los modelos comunitarios, sugirió que los modelos explorados eran los más adecuados.

Finalmente, no se realizaron entrevistas grupales reuniendo a los profesionales de los centros de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios, por lo que se desconoce si la realización de este grupo heterogéneo hubiera aportado resultados relevantes.

5.10.2 Fortalezas

Que sepamos, este es el primer estudio cualitativo que tiene como objetivo principal entender las motivaciones de la no iniciación a la medicación en el contexto de atención primaria sin centrarse en enfermedades específicas desde la perspectiva del paciente y de los profesionales. Además, es la primera vez que se diseña una intervención de mejora de la no iniciación gracias a los conocimientos que ha aportado el Modelo Teórico de la Iniciación de la Medicación.

Las distintas etapas de los estudios que conforman esta tesis han estado contrastadas y verificadas como mecanismo de control de calidad. Se realizó una triangulación de metodologías en el abordaje del problema de la no iniciación con métodos mixtos para complementar y comprender los resultados en la práctica clínica habitual. Segundo, triangulación de informantes en la que han intervenido diferentes actores del primer nivel asistencial (pacientes, médicos de atención primaria, personal de enfermería, trabajadores sociales y farmacéuticos comunitarios) para contemplar el problema desde varias perspectivas. Tercero, triangulación de investigadores con distinta formación profesional en los análisis de las entrevistas para minimizar los sesgos de interpretación y dar consistencia a los resultados. Finalmente, se ha diseñado la intervención IMA partiendo del marco teórico del estudio (174). Tanto en el estudio de pacientes como en el de profesionales sanitarios se realizó un feed-back al final de cada una de las entrevistas y dos auditorías externas, una sobre el estudio de pacientes y la otra sobre la de profesionales.

El estudio cualitativo de no iniciación cumple con los criterios de adecuación teórica-epistemológica, credibilidad, transferibilidad, consistencia (triangulación y evaluación

externa), reflexividad y es relevante ya que se ha logrado un mejor conocimiento del problema de la no iniciación.

La tesis se ha completado con el estudio de modelos aportando conocimiento añadido al diseño de la intervención. Una de las fortalezas de este trabajo es la riqueza y complementariedad de los discursos generados en los 14 centros de atención primaria en salud. Además, se han utilizado distintos procedimientos de rigor y calidad de la investigación: contextualización de la investigación, triangulación del análisis, reflexividad y multidisciplinariedad del equipo investigador (170,174).

5.11 Investigación futura

Con la realización de la presente tesis se han realizado la fase preclínica y de modelaje de las intervenciones complejas. Se han establecido las bases teóricas y se han identificado los componentes de la intervención según la evidencia científica encontrada. La investigación que se llevó con métodos mixtos ha obtenido resultados relacionados con, por un lado, la magnitud del problema de la no iniciación, el perfil de la población y las consecuencias económicas y clínicas de este comportamiento (métodos cuantitativos) y por el otro, con la presente tesis, se han conocido los motivos por los que los pacientes no inician sus tratamientos llegando a establecer el Modelo de Iniciación de la Medicación (métodos cualitativos) y a definir los componentes de la intervención IMA, identificando las potenciales barreras para su aplicación.

En el futuro, se realizará un estudio piloto en el que se evaluará la factibilidad y se optimizará la intervención y su evaluación. La fase de pilotaje ya se ha puesto en marcha y se espera obtener resultados sobre la factibilidad de la intervención a finales de 2020.

En la fase de ensayo clínico se evaluará la efectividad y la eficiencia de la intervención IMA. Está previsto que se inicie una vez obtenidos los resultados del pilotaje, siempre

y cuando se haya demostrado su factibilidad y aplicabilidad y se disponga de soporte económico.

Por último, deberá facilitarse la trasladación de la intervención IMA a la práctica clínica a largo plazo y de forma genérica una vez finalizado el ensayo clínico siempre y cuando se demuestre la efectividad y eficiencia de la intervención.

En el futuro, debería estudiarse la no iniciación a la medicación en otras poblaciones, como las poblaciones dependientes (población pediátrica y geriátrica). También sería interesante evaluar las motivaciones para la no iniciación de medicamentos prescritos por especialistas, así como por los equipos de enfermería.

Futuros estudios podrían desarrollar intervenciones de mejora de la iniciación dirigidas a otros grupos de medicamentos y evaluar su efectividad y eficiencia.

CAPÍTULO 6

Conclusiones

1. Ante una nueva prescripción farmacológica, el paciente realiza una valoración beneficio-riesgo influida por su percepción sobre la enfermedad y la medicación, por factores intrapersonales como la alfabetización en salud, que a su vez puede estar condicionada por factores interpersonales y factores externos.
2. Los profesionales confirman y amplían el Modelo Teórico de Iniciación a la Medicación generado por los pacientes y que explica los factores que influyen en la decisión final sobre iniciar un tratamiento farmacológico.
3. De acuerdo con la medicina centrada en el paciente, los profesionales deben empoderar a los pacientes e involucrarlos en la toma de decisiones apoyándose en su contexto familiar y utilizando la historia clínica compartida con el objetivo, de valorar la efectividad de esta intervención en la práctica clínica. Que se sepa no existe ningún estudio que haya valorado la viabilidad de una intervención compleja de este tipo.
4. Los programas de salud que aplican los profesionales de atención primaria provienen principalmente de modelos intrapersonales, en menor medida de modelos interpersonales y puntualmente de modelos comunitarios. Es necesario potenciar programas de prevención y promoción de la salud de los modelos intrapersonales, interpersonales y comunitarios en la mejora de la salud de las personas.
5. Se ha diseñado una intervención compleja de mejora de la Adherencia Inicial a la Medicación a largo plazo centrada en patología cardiovascular y diabetes que incluye componentes educativos, actitudinales, técnicos y conductuales, un enfoque multidisciplinario y el aprovechamiento de los programas de salud de la comunidad.

Referencias

1. Salvador Comino MR, Krane S, Schelling J, Regife Garcia V. Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España. *Aten primaria*. 2016 Feb;48(2):131–5.
2. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Of del Estado*. 1986;(102, 29 de abril):15217–24.
3. Garcia-Armesto S, Begona Abadia-Taira M, Duran A, Hernandez-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(4):1–295, xix – xx.
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS (*Boletín Oficial del Estado*, número 128, 29-05-2003). *Boe*. 2003. p. 20567–88.
5. Centros y Servicios del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [cited 2019 Nov 24]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccionCentro.htm>
6. Autónomas C. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 25]. Available from: <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/e>
7. Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. (*Diario Oficial de Catalunya*, número 1324, 09-07-1990. :1–24.
8. BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2003-10715 [Internet]. [cited 2019 Nov 25]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
9. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011;XXXIII(1):11–4.
10. Ministerio de sanidad. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. [Internet]. *Boletín Oficial Del Estado*. 2012. p. 16. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/23/pdfs/BOE-A-2015-14028.pdf>
11. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud [Internet]. [cited 2019 Nov 25]. Available from:

https://transparencia.gob.es/servicios-buscador/contenido/realdecreto.htm?id=NORMAT_E049219016471&fcAct=2016-12-01T15:53:03.393Z&lang=es

12. Sastre Paz M, Benedé Azagra CB. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2018. Available from: <https://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
13. Ministerio de Sanidad C y BS. Boletín Oficial del Estado: Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso h [Internet]. 23/10/2018. 2018. p. 8. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/10/23/pdfs/BOE-A-2018-14474.pdf>
14. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Agudo Trigueros A. Atención primaria : conceptos, organización y práctica clínica. Mosby/Doyma Libros; 1995.
15. Jefatura del Estado. LEY 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Vol. 306, Boe. 1990. p. 38228–46.
16. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Guía Práctica para los servicios de atención farmacéutica en la Farmacia Comunitaria [Internet]. Madrid: SEFAC; 2010. Available from: https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales//forofarmaciacomunitaria/Documents/ATFC_Guia FORO.pdf
17. Ministerio de Sanidad PS e I. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación [Internet]. Vol. 17, Boe. 2011. p. 6306–29. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/01/20/pdfs/BOE-A-2011-1013.pdf>
18. España. Ley 16/1997, 25 abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Vol. 100, Boletín Oficial del Estado. 1997. p. 13450–2.
19. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press; 1984.
20. Denness C. What are consultation models for? InnovAiT Educ Inspir Gen Pract [Internet]. 2013 Sep 6 [cited 2019 Nov 25];6(9):592–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1755738013475436>
21. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. Radcliffe . Oxford; 2008.
22. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care. 1975 Jan;13(1):10–24.

23. Neighbour R. *The Inner Consultation*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1987.
24. Moulton L. *The naked consultation-a practical guide to primary care consultation skills*. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press; 2007.
25. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996 Mar;30(2):83–9.
26. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=57A00D802097BC092BEE29262A32D289?sequence=1
27. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1923–94.
28. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Base de Datos Clínicos de Atención Primaria - BDCAP [Internet]. [cited 2019 Nov 26]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
29. Mendis S, Puska P (1945-), Norrving B. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control* [Internet]. Geneva : :World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization; 2011. Available from: <http://catalogo.rebiun.org/rebiun/record/Rebiun08410406>
30. Ministerio de Sanidad SS e I. *Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Revisión. Modificación Clínica. CIE-10-ES. Edición Española*. [Internet]. 2018. p. 1–1492. Available from: <https://bit.ly/2TxNGvt>
31. *CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2017.
32. Cardiovasculares E. *Las enfermedades cardiovasculares: Vol. 7, Revista Panamericana de Salud P*. 2000. p. 49–50.
33. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R, et al. *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. European Heart Network; 2017.
34. Kaplan W, Wirtz V, Mantl-Teeuwisse A, Stolk P, Duthey B, Laing R. *Priority Medicines for Europe and the World 2013 Update* [Internet]. 2013. Available from: https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/MasterDocJune28_

FINAL_Web.pdf

35. AstraZeneca. Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos. [Internet]. 2014. Available from: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/08/informe-cebr-coste-de-ecv-2014-2020.pdf>
36. Boraita Pérez A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(5):514–28.
37. Velasco JA, Cosin J, Maroto JM, Muniz J, Casasnovas JA, Plaza I, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2000 Aug;53(8):1095–120.
38. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Síntomas y causas de la diabetes [Internet]. 2016. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>
39. Bitton A, Choudhry NK, Matlin OS, Swanton K, Shrank WH. The impact of medication adherence on coronary artery disease costs and outcomes: a systematic review. *Am J Med*. 2013 Apr;126(4):357.e7–357.e27.
40. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017 Jun 1;128:40–50.
41. Dall TM, Yang W, Halder P, Pang B, Massoudi M, Wintfeld N, et al. The economic burden of elevated blood glucose levels in 2012: diagnosed and undiagnosed diabetes, gestational diabetes mellitus, and prediabetes. *Diabetes Care*. 2014 Dec;37(12):3172–9.
42. Baena-Diez JM, Penafiel J, Subirana I, Ramos R, Elosua R, Marin-Ibanez A, et al. Risk of Cause-Specific Death in Individuals With Diabetes: A Competing Risks Analysis. *Diabetes Care*. 2016 Nov;39(11):1987–95.
43. OMS | Qué es la diabetes. WHO. 2013;
44. Seguí Díaz M, Mediavilla Bravo JJ, Comas Samper JM, Barquilla García A, Carramiñana Barrera F. Prevención de la diabetes mellitus 2. *Semergen*. 2011;37(9):496–503.
45. Cofino Fernandez R, Alvarez Munoz B, Fernandez Rodriguez S, Hernandez Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios?. *Aten primaria*. 2005 May;35(9):478–83.
46. Dr. SM, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychol Health* [Internet]. 2004;19(1):29–49. Available from: <https://doi.org/10.1080/0887044031000141199>

47. Theory at a Glance: a guide for health promotion practice. 2nd ed. London: National Cancer Institute; 2005.
48. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.* 1988;15(2):175–83.
49. Ajzen I, Driver BL. Prediction of Leisure Participation from Behavioral, Normative, and Control Beliefs: An Application of the Theory of Planned Behavior. *Leis Sci.* 1991;13(3):185–204.
50. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977 Mar;84(2):191–215.
51. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
52. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión [Internet]. [cited 2019 Nov 26]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
53. Pender NJ, Pender AR. Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: predicting potential consumers. *Am J Public Health.* 1980 Aug;70(8):798–803.
54. Feather N. *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1982.
55. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognit Ther Res* [Internet]. 1992;16(2):143–63. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
56. Minkler M. *Community Organizing and Community Building for Health.* Rutgers University Press; 1997.
57. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992 Sep;47(9):1102–14.
58. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. *Adv Mind Body Med.* 2001;17(2):129–41.
59. Wigfield A, Guthrie J, Tonks S, Perencevich K. Children’s motivation for reading: Domain specificity and instructional influences. *J Educ Res.* 2004;97:299–309.
60. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action.* 2003.
61. Hutchins DS, Zeber JE, Roberts CS, Williams AF, Manias E, Peterson AM, et al. *Initial Medication Adherence-Review and Recommendations for Good*

Practices in Outcomes Research: An ISPOR Medication Adherence and Persistence Special Interest Group Report. *Value Health* [Internet]. 2015 Jul [cited 2018 Jan 10];18(5):690–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301515018446>

62. Vrijens B, Geest S De, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. 2012;691–705.
63. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R. Concordance , adherence and compliance in medicine taking. 2005;
64. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Taylor DW, Hackett BC, Roberts RS, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet* (London, England). 1976 Jun;1(7972):1265–8.
65. Dilla T, Valladares A, Lizan L, Sacristan JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten primaria*. 2009 Jun;41(6):342–8.
66. Snowden A, Martin C, Mathers B, Donnell A. Concordance: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2014 Jan;70(1):46–59.
67. Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding Patients ' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. 2013;8(12).
68. Zeber JE, Manias E, Williams AF, Hutchins D, Udezi WA, Roberts CS, et al. A systematic literature review of psychosocial and behavioral factors associated with initial medication adherence: a report of the ISPOR medication adherence & persistence special interest group. *Value Heal J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2013;16(5):891–900.
69. Rubio Valera M. Pharmacist interventions in depressed patients. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2012 Nov 9 [cited 2019 Nov 22]; Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/95993>
70. Rafii F, Fatemi NS, Danielson E, Johansson CM, Modanloo M. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 Mar;19(2):159–67.
71. Dima AL, Dediu D. Computation of adherence to medication and visualization of medication histories in R with AdhereR: Towards transparent and reproducible use of electronic healthcare data. *PLoS One*. 2017;12(4):e0174426.
72. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018 Sep 14;59(3).

73. Zullig LL, Blalock D V, Dougherty S, Henderson R, Ha CC, Oakes MM, et al. The new landscape of medication adherence improvement: where population health science meets precision medicine. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:1225–30.
74. Rodriguez Chamorro MA, Garcia-Jimenez E, Amariles P, Rodriguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten primaria*. 2008 Aug;40(8):413–8.
75. Salt E, Hall L, Peden AR, Home R. Psychometric properties of three medication adherence scales in patients with rheumatoid arthritis. *J Nurs Meas*. 2012;20(1):59–72.
76. Gonzalez-Bueno J, Vega-Coca MD, Rodriguez-Perez A, Toscano-Guzman MD, Perez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Aten primaria*. 2016 Feb;48(2):121–30.
77. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerda JM, Navarro Aznarez H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la Adherencia” del 2013. *Farm Hosp*. 2015 Mar;39(2):109–13.
78. Nunez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martin Auriolles E, Torres Verdu B, Lara Moreno C, Gonzalez Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten primaria*. 2014 May;46(5):238–45.
79. Rigueira Garcia A. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España. *Aten primaria*. 2001 May;27(8):559–68.
80. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Jan;96(4):e5641.
81. Khunti K, Seidu S, Kunutsor S, Davies M. Association Between Adherence to Pharmacotherapy and Outcomes in Type 2 Diabetes: A Meta-analysis. *Diabetes Care*. 2017 Nov;40(11):1588–96.
82. Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and Risk Indicators of Nonadherence to Statin Therapy: A Meta-analysis. Vol. 28, *Canadian Journal of Cardiology*. 2012. p. 574–80.
83. McGrady ME, Hommel KA. Medication adherence and health care utilization in pediatric chronic illness: a systematic review. *Pediatrics*. 2013 Oct;132(4):730–40.
84. Carter S, Taylor D, Levenson R. A question of choice-compliance in medicine taking. *A preliminary review*. *Medicines Partnership*; 2003.
85. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento (uso responsable del

medicamento). 2016.

86. National Council on Patient Information and Education. Enhancing Prescription Medicine Adherence : A National Action Plan [Internet]. Education. 2007. p. 1–36. Available from: www.talkaboutrx.org
87. Gadkari AS, McHorney CA. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: how unintentional is it really? *BMC Health Serv Res*. 2012 Jun;12:98.
88. Marks D, Murray M, Evans B, Estacio E. Medication Taking: Adherence and Resistance. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2010.
89. Smith D, Lovell J, Weller C, Kennedy B, Winbolt M, Young C, et al. A systematic review of medication non- adherence in persons with dementia or cognitive impairment. 2017;1–19.
90. Aznar-lou I, Fernández A, Sabés-figuera R, Fajó-pascual M, Peñarrubia-maría MT, Serrano-blanco A, et al. Impact of initial medication non-adherence on use of healthcare services and sick leave: 2017;(March).
91. García AIR. Cumplimiento terapéutico : ¿ qué conocemos de España ? Atención primaria [Internet]. 2001;27(8):559–68. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78860-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78860-9)
92. Mann DM, Woodward M, Muntner P, Falzon L, Kronish I. Predictors of nonadherence to statins: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2010 Sep;44(9):1410–21.
93. Lumbreras B, Lopez-Pintor E. Impact of changes in pill appearance in the adherence to angiotensin receptor blockers and in the blood pressure levels: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2017 Mar;7(3):e012586.
94. Dimatteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of Physicians ' C o m m u n i c a t i o n Skill to Nonverbal Patient Satisfaction , Appointment Workload Noncompliance , and Physician. 1986;5(6):581–94.
95. Jové AM, Fernández A, Hughes C, Guillén-Solà M, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain. *J Interprof Care*. 2014 Jul;28(4):352–7.
96. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane database Syst Rev*. 2014 Mar;(3):CD004134.
97. Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*. 25AD;1(119-123).
98. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Front Pharmacol*. 2013;4 JUL.

99. Cleemput I, Kesteloot K, DeGeest S. A review of the literature on the economics of noncompliance. Room for methodological improvement. *Health Policy*. 2002 Jan;59(1):65–94.
100. Aaserud M, Austvoll-Dahlgren A, Kösters J, Oxman A, Ramsay C, Sturm H. *Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies*. John Wiley & Sons, Ltd; 2006.
101. Harris BL, Stergachis A, Douglas Ried L. The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization. *Med Care*. 1990;28(10):907–17.
102. Luiza VL, Chaves LA, Silva RM, Emmerick ICM, Chaves GC, Fonseca de Araujo SC, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 May;(5):CD007017.
103. Hernandez-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012 Mar;26 Suppl 1:6–13.
104. Koocher GP, McGrath ML, Gudas LJ. Typologies of nonadherence in cystic fibrosis. *J Dev Behav Pediatr*. 1990 Dec;11(6):353–8.
105. Lask B. Non-adherence to treatment in cystic fibrosis. *J R Soc Med*. 1994;87 Suppl 2:25–7.
106. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999 Dec;47(6):555–67.
107. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med [Internet]*. 2005 Jul [cited 2018 Jan 10];61(1):133–55. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604006069>
108. Bader A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, Rojas R, Lohmann M, Deobald O, et al. An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Med Sci Monit*. 2006 Dec;12(12):CR493–500.
109. Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med [Internet]*. 2005 Jan 1 [cited 2018 Jan 10];3(1):23–30. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1466796>
110. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med*. 2009 Jun 30;32(3):278–84.

111. Prats Mas R, García Zaragoza E, Gil Girbau M, Murillo Fernández M, Vázquez Valcuende J, Vergoñós Tomàs A. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario (ADHe+). EDITTEC, editor. 2017.
112. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane database Syst Rev.* 2014 Nov;(11):CD000011.
113. Rodríguez Chamorro MA, Pérez Merino EM, García Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Martínez Martínez F, Faus Dader MJ. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *PharmCare Esp.* 2014;16(3):110–20.
114. Wiecek E, Tonin FS, Torres-Robles A, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F, Garcia-Cardenas V. Temporal effectiveness of interventions to improve medication adherence: A network meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(3):e0213432.
115. Tonin FS, Wiecek E, Torres-Robles A, Pontarolo R, Benrimoj S (Charlie) I, Fernandez-Llimos F, et al. An innovative and comprehensive technique to evaluate different measures of medication adherence: The network meta-analysis. *Res Soc Adm Pharm [Internet].* 2019;15(4):358–65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.05.010>
116. George J, Elliott RA, Stewart DC. A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs Aging.* 2008;25(4):307–24.
117. Aminof K, Wilma B, Crepez-Keay D, Daumerie N, Finkelstein C, Gauci D, et al. Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. 2010. p. 1–17.
118. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane database Syst Rev.* 2005 Oct;(4):CD000011.
119. Nunes V. Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence Full Guideline January 2009 National Collaborating Centre for Primary [Internet]. Lon. 2009. p. 1–364. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG76FullGuideline.pdf>
120. Andrade SE, Kahler KH, Frech F, Chan KA. Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2006 Aug;15(8):565–7.
121. Jackevicius CA, Li P, Tu J V. Prevalence, Predictors, and Outcomes of Primary Nonadherence After Acute Myocardial Infarction. *Circulation.* 2008;117(8).
122. da Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Braganca F, da Silva JA, Cabrita J. Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. *Int J Clin Pharm.* 2015

Aug;37(4):626–35.

123. Li X, Cole SR, Westreich D, Brookhart MA. Primary non-adherence and the new-user design. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2018 Apr;27(4):361–4.
124. Marks DF, Murray M, Evans B, Willig C, Sykes CM, Woodall C. *Health psychology: Theory, research and practice.* 3rd ed. London: Sage; 2010.
125. Fischer MA, Stedman MR, Lii J, Vogeli C, Shrank WH, Brookhart MA, et al. Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. *J Gen Intern Med.* 2010 Apr;25(4):284–90.
126. Menckeberg TT, Bouvy ML, Bracke M, Hugtenburg JG, Lammers J-W, Raaijmakers JAM. Patients' understanding of the reasons for starting and discontinuing inhaled corticosteroids. *Br J Clin Pharmacol.* 2008 Aug;66(2):255–60.
127. Ax F, Ekedahl A. Electronically transmitted prescriptions not picked up at pharmacies in Sweden. *Res Social Adm Pharm.* 2010 Mar;6(1):70–7.
128. Thengilsdottir G, Pottegard A, Linnet K, Halldorsson M, Almarsdottir AB, Gardarsdottir H. Do patients initiate therapy? Primary non-adherence to statins and antidepressants in Iceland. *Int J Clin Pract.* 2015 May;69(5):597–603.
129. Pottegård A, Christensen R dePont, Houji A, Christiansen CB, Paulsen MS, Thomsen JL, et al. Primary non-adherence in general practice: a Danish register study. *Eur J Clin Pharmacol* [Internet]. 2014 Jun [cited 2015 Jul 10];70(6):757–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24756147>
130. Shin J, McCombs JS, Sanchez RJ, Udall M, Deminski MC, Cheetham TC. Primary nonadherence to medications in an integrated healthcare setting. *Am J Manag Care* [Internet]. 2012 Aug [cited 2015 Jun 11];18(8):426–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22928758>
131. Aznar-Lou I, Fernandez A, Gil-Girbau M, Fajo-Pascual M, Moreno-Peral P, Penarrubia-Maria MT, et al. Initial medication non-adherence: prevalence and predictive factors in a cohort of 1.6 million primary care patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2017 Jun;83(6):1328–40.
132. Tamblyn R, Egale T, Huang A, Winslade N, Doran P. The incidence and determinants of primary nonadherence with prescribed medication in primary care: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2014;160(7):441–50.
133. Lemstra M, Nwankwo C, Bird Y, Moraros J. Primary nonadherence to chronic disease medications: A meta-analysis. Vol. 12, *Patient Preference and Adherence.* 2018. p. 721–31.
134. Shah NR, Hirsch AG, Zacker C, Wood GC, Schoenthaler A, Ogedegbe G, et al. Predictors of first-fill adherence for patients with hypertension. *Am J Hypertens.* 2009 Apr;22(4):392–6.

135. Ko DT, Chiu M, Guo H, Austin PC, Marquis J-FF, Tu J V. Patterns of use of thienopyridine therapy after percutaneous coronary interventions with drug-eluting stents and bare-metal stents. *Am Heart J.* 2009;158:592–8.e1.
136. Aznar-Lou I, Fernandez A, Gil-Girbau M, Sabes-Figuera R, Fajo-Pascual M, Penarrubia-Maria MT, et al. Impact of initial medication non-adherence on use of healthcare services and sick leave: a longitudinal study in a large primary care cohort in Spain. *Br J Gen Pract.* 2017 Sep;67(662):e614–22.
137. Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten primaria.* 2016 Mar;48(3):149–58.
138. Vazquez ML, Vargas I, Aller M-B. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y en la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.* 2014 Jun;28 Suppl 1:142–6.
139. Saurina C, Vall-Llosera L, Saez M. A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare Region. *BMC Public Health.* 2010 Jun;10:379.
140. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot M-L. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2011 Jan;11:10.
141. Bauer AM, Parker MM, Schillinger D, Katon W, Adler N, Adams AS, et al. Associations between antidepressant adherence and shared decision-making, patient-provider trust, and communication among adults with diabetes: diabetes study of Northern California (DISTANCE). *J Gen Intern Med.* 2014 Aug;29(8):1139–47.
142. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Educ Couns.* 2012 Oct;89(1):57–62.
143. Gleason PP, Starner CI, Gunderson BW, Schafer JA, Sarran HS. Association of prescription abandonment with cost share for high-cost specialty pharmacy medications. *J Manag Care Pharm.* 2009 Oct;15(8):648–58.
144. Lee S-Q, Raamkumar AS, Li J, Cao Y, Witedwittayanusat K, Chen L, et al. Reasons for Primary Medication Nonadherence: A Systematic Review and Metric Analysis. *J Manag care Spec Pharm.* 2018 Aug;24(8):778–94.
145. Rathbone AP, Todd A, Jamie K, Bonam M, Banks L, Husband AK. A systematic review and thematic synthesis of patients' experience of medicines adherence. *Res Social Adm Pharm [Internet].* 2017 May [cited 2018 Jan 10];13(3):403–39. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S155174111630105X>
146. Polinski JM, Kesselheim AS, Frolkis JP, Wescott P, Allen-Coleman C, Fischer MA.

A matter of trust: patient barriers to primary medication adherence. *Health Educ Res* [Internet]. 2014 May 16 [cited 2015 Sep 1];29(5):755–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24838119>

147. Srimongkon P, Aslani P, Chen TF. Consumer-related factors influencing antidepressant adherence in unipolar depression: A qualitative study. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:1863–73.
148. Swart KMA, Vilsteren M Van, Hout W Van, Draak E, Zwaard BC Van Der, Horst HE Van Der, et al. Factors related to intentional non-initiation of bisphosphonate treatment in patients with a high fracture risk in primary care : a qualitative study. 2018;1–9.
149. Wiecek E, Tonin FS, Torres-Robles A, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F, Garcia-Cardenas V. Temporal effectiveness of interventions to improve medication adherence: A network meta-analysis. Mathes T, editor. *PLoS One*. 2019 Mar;14(3):e0213432.
150. Fernando TJ, Nguyen DD, Baraff LJ. Effect of electronically delivered prescriptions on compliance and pharmacy wait time among emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2012 Jan;19(1):102–5.
151. Bergeron AR, Webb JR, Serper M, Federman AD, Shrank WH, Russell AL, et al. Impact of electronic prescribing on medication use in ambulatory care. *Am J Manag Care*. 2013 Dec;19(12):1012–7.
152. McCarthy ML, Ding R, Roderer NK, Steinwachs DM, Ortmann MJ, Pham JC, et al. Does Providing Prescription Information or Services Improve Medication Adherence Among Patients Discharged From the Emergency Department? A Randomized Controlled Trial. *Ann Emerg Med*. 2013 Sep;62(3):212–23.e1.
153. Derosé SF, Green K, Marrett E, Tunceli K, Cheetham TC, Chiu VY, et al. Automated outreach to increase primary adherence to cholesterol-lowering medications. *JAMA Intern Med*. 2013 Jan;173(1):38–43.
154. Sarangarm P, London MS, Snowden SS, Dilworth TJ, Koselke LR, Sanchez CO, et al. Impact of pharmacist discharge medication therapy counseling and disease state education: Pharmacist Assisting at Routine Medical Discharge (project PhARMD). *Am J Med Qual*. 2013 Jul;28(4):292–300.
155. O'Connor PJ, Schmittdiel JA, Pathak RD, Harris RI, Newton KM, Ohnsorg KA, et al. Randomized Trial of Telephone Outreach to Improve Medication Adherence and Metabolic Control in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*. 2014 Dec;37(12):3317–24.
156. Cizmic AD, Heilmann RMF, Milchak JL, Riggs CS, Billups SJ. Impact of interactive voice response technology on primary adherence to bisphosphonate therapy: a randomized controlled trial. *Osteoporos Int*. 2015 Aug;26(8):2131–6.
157. Leguelinel-Blache G, Dubois F, Bouvet S, Roux-Marson C, Arnaud F, Castelli C,

- et al. Improving Patient's Primary Medication Adherence: The Value of Pharmaceutical Counseling. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Oct;94(41):e1805.
158. Kerner DE, Knezevich EL. Use of communication tool within electronic medical record to improve primary nonadherence. *J Am Pharm Assoc*. 2017;57(3):S270–3.e2.
 159. Hackerson ML, Luder HR, Beck AF, Wedig JM, Heaton PC, Frede SM. Addressing primary nonadherence: A collaboration between a community pharmacy and a large pediatric clinic. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2018 Jul;58(4S):S101–8.e1.
 160. McAlister FA, Ye C, Beaupre LA, Rowe BH, Johnson JA, Bellerose D, et al. Adherence to osteoporosis therapy after an upper extremity fracture: a pre-specified substudy of the C-STOP randomized controlled trial. *Osteoporos Int*. 2019 Jan;30(1):127–34.
 161. Fischer MA, Jones JB, Wright E, Van Loan RP, Xie J, Gallagher L, et al. A randomized telephone intervention trial to reduce primary medication nonadherence. *J Manag care Spec Pharm*. 2015 Feb;21(2):124–31.
 162. Fischer MA, Choudhry NK, Bykov K, Brill G, Bopp G, Wurst AM, et al. Pharmacy-based interventions to reduce primary medication nonadherence to cardiovascular medications. *Med Care*. 2014 Dec;52(12):1050–4.
 163. Skivington K, Matthews L, Craig P, Simpson S, Moore L. Developing and evaluating complex interventions: updating Medical Research Council guidance to take account of new methodological and theoretical approaches. *Lancet* [Internet]. 2018;392:S2. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32865-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32865-4)
 164. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care*. 2007 Dec;19(6):349–57.
 165. Departament de Salut. Copago de los medicamentos [Internet]. Barcelona; Available from: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/quins_serveis_ofereix_catsalut/atencio_farmaceutica/document_s/copago_a3.pdf
 166. Aznar-Lou I, Pottegard A, Fernandez A, Penarrubia-Maria MT, Serrano-Blanco A, Sabes-Figuera R, et al. Effect of copayment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study. *BMJ Qual Saf*. 2018 Nov;27(11):878–91.
 167. Starks H, Trinidad SB. Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qual Health Res*. 2007 Dec;17(10):1372–80.
 168. Creswell JW. *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating*

- Quantitative and Qualitative Research [Internet]. Pearson; 2012. (Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research). Available from: <https://books.google.es/books?id=4PywcQAACAAJ>
169. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: A review of the literature. Vol. 2, Health Technology Assessment. 1998.
 170. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. 2014. p. 224.
 171. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2015.
 172. Comissió de recerca qualitativa en salut [Internet]. Consorci de Salut i Social de Catalunya. [cited 2019 Nov 22]. Available from: http://www.consorci.org/associacio/en_comissions-i-grups-de-treball-permanents/7/comissio-de-recerca-qualitativa-en-salut
 173. Dawson S, Manderson L, Tallo V. A manual for the use of focus groups. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries; 1993.
 174. Vázquez Navarrete ML. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, editor. Bellaterra; 2006. 131 p.
 175. Berenguera A, Pons-Vigues M, Moreno-Peral P, March S, Ripoll J, Rubio-Valera M, et al. Beyond the consultation room: Proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care centre workers. *Heal Expect an Int J public Particip Heal care Heal policy*. 2017 Oct;20(5):896–910.
 176. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *Br Med J*. 2007 Mar 3;334(7591):455–9.
 177. Zabaleta-Del-Olmo E, Pombo H, Pons-Vigues M, Casajuana-Closas M, Pujol-Ribera E, Lopez-Jimenez T, et al. Complex multiple risk intervention to promote healthy behaviours in people between 45 to 75 years attended in primary health care (EIRA study): study protocol for a hybrid trial. *BMC Public Health*. 2018 Jul;18(1):874.
 178. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 26];9(2):e89554. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24586867>

179. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, Berenguera A, Martínez-Andrés M, Pons-Vigués M, et al. Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion-a meta-ethnographic synthesis. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 26];10(5):e0125004. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25938509>
180. Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, Pombo-Ramos H, March S, Asensio-Martínez A, et al. Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. *Int J Equity Health* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 26];16(1):99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28610633>
181. Bully P, Sanchez A, Zabaleta-del-Olmo E, Pombo H, Grandes G. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review. *Prev Med (Baltim)*. 2015 Jul;76 Suppl:S76–93.
182. Grandes Odriola G, Sanchez Perez A, Cortada Plana J, Calderon gomez C. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. *Osasun Teknologien Ebaluazioa*. Bilbao; 2008.
183. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. Vol. 337, *BMJ*. 2008. p. 979–83.
184. Skivington K, Matthews L, Craig P, Simpson S, Moore L. Developing and evaluating complex interventions: updating Medical Research Council guidance to take account of new methodological and theoretical approaches. *Lancet*. 2018 Nov;392:S2.
185. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. Vol. 27, *Journal of General Internal Medicine*. 2012. p. 1361–7.
186. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
187. Farmacéuticos de Cataluña y CatSalut abordan primeras dispensaciones [Internet]. [cited 2019 Nov 25]. Available from: <https://www.actasanitaria.com/cataluna-catsalut-dispensaciones/>
188. Maffoni M, Giardini A. QUALITATIVE STUDIES ON MEDICATION ADHERENCE: WHAT DO THEY ADD TO KNOWLEDGE GAINED BY QUANTITATIVE METHODS? In: Costa E, Giardini A, Alessandro M, editors. *Adherence to Medical Plans for Active and Healthy Ageing*. Nova Science; 2017. p. 1–30.
189. WHO | ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION. WHO. 2015;

190. E. Crespillo-García, F. Rivas-Ruiza, E. Contreras Fernández, . Castellano Muñoz, Suárez Alemán EP-T. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Rev Calid Asist* 2013;28(1):56--62.
191. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, José Arango JS, Ramírez Manent JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018 May 1;50:29–40.
192. Molina F, Castaño E MJ. Experiencia Educativa con un Paciente Experto. [Internet]. [cited 2019 Nov 25]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200008
193. Rushforth B, McCrorie C, Glidewell L, Midgley E, Foy R. Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: Qualitative systematic review. *Br J Gen Pract*. 2016 Feb 1;66(643):e114–27.
194. Kim J, Ozzoude M, Nakajima S, Shah P, Caravaggio F, Iwata Y, et al. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*. 2019;
195. Peters M, Potter CM, Kelly L, Fitzpatrick R. Self-efficacy and health-related quality of life: A cross-sectional study of primary care patients with multimorbidity. *Health Qual Life Outcomes*. 2019 Feb 14;17(1).
196. Rubio-Valera M, Fernández A, Evans-Lacko S, Luciano J V., Thornicroft G, Aznar-Lou I, et al. Impact of the mass media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain. *Eur Psychiatry*. 2016 Jan 1;31:44–51.
197. G. S, I. B, S. E-L, E. R, G. T, C. H, et al. The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009–2014 Time to Change programme. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 25];40:116–22. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L613702363%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.008>
198. Stigglebout AM, Pieterse AH, De Haes JCJM. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns*. 2015 Oct 1;98(10):1172–9.
199. Meryn S. Improving doctor-patient communication. Not an option, but a necessity. Vol. 316, *BMJ* (Clinical research ed.). England; 1998. p. 1922.
200. S. Ochoa, F. Martínez, M. Ribas, M. García-Franco, E. López, R. Vilellas, O. Arenas, I. Álvarez, C. Cunyat, S. Vilamala, J. Autonell, E. Lobo JM. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2011; 31.

201. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [Internet]. 2009. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg76%0D
202. Polinski JM, Kesselheim AS, Frolkis JP, Wescott P, Allen-Coleman C, Fischer MA. A matter of trust: patient barriers to primary medication adherence. *Health Educ Res.* 2014 Oct;29(5):755–63.
203. Srimongkon P, Aslani P, Chen TF. Consumer-related factors influencing antidepressant adherence in unipolar depression: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:1863–73.
204. Swart KMA, van Vilsteren M, van Hout W, Draak E, van der Zwaard BC, van der Horst HE, et al. Factors related to intentional non-initiation of bisphosphonate treatment in patients with a high fracture risk in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2018 Aug;19(1):141.
205. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, Berenguera A, Martínez-Andrés M, Pons-Vigués M, et al. Primary Care Patients' Perspectives of Barriers and Enablers of Primary Prevention and Health Promotion—A Meta-Ethnographic Synthesis. Harper DM, editor. *PLoS One* [Internet]. 2015 May 4 [cited 2019 Nov 25];10(5):e0125004. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0125004>
206. Rubio-Valera M, Pons-Vigues M, Martinez-Andres M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernandez A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One.* 2014;9(2):e89554.
207. Lovell R, Husk K, Blockley K, Bethel A, Bloomfield D, Warber S, et al. A realist review and collaborative development of what works in the social prescribing process. *Lancet.* 2017 Nov;390:S62.
208. López-Valcárcel BG, Librero J, García-Sempere A, Peña LM, Bauer S, Puig-Junoy J, et al. Effect of cost sharing on adherence to evidence-based medications in patients with acute coronary syndrome. *Heart.* 2017 Jul 1;103(14):1082–8.
209. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: WHO; 2003.
210. Fernández Rodríguez, S.López González, ML.Comas Fuentes, A.García Cueto, E.Cueto Espinar A. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema* 2003 Vol 15, n° 1, pp 82-87.
211. Gourzoulidis G, Kourlaba G, Stafylas P, Giamouzis G, Parissis J, Maniadakis N. Association between copayment, medication adherence and outcomes in the management of patients with diabetes and heart failure. Vol. 121, *Health Policy.* Elsevier Ireland Ltd; 2017. p. 363–77.

212. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Serv Res.* 2017 Jan 19;17(1):1–12.
213. INE Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ine.es/>
214. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol.* 2013;4:91.
215. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. Vol. 376, *The Lancet.* 2010. p. 1261–71.
216. Lemstra M, Nwankwo C, Bird Y, Moraros J. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:721–31.
217. Zimmerman BJ. From Cognitive Modeling to Self-Regulation: A Social Cognitive Career Path. *Educ Psychol.* 2013 Jul;48(3):135–47.
218. Rueda Martínez de Santos JR, Manzano Martínez I, Páez Rovira D, Pérez de Arriba Díaz de Argandaña J, Zuazagoitia Nubla J, Zulueta Ortíz de Villalba G. La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. *Investigación Comisionada.* 2008. p. 1–81.
219. Corrigan P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. 2004;
220. Tak-Ying Shiu A, Kwan JY-M, Wong RY-M. Social stigma as a barrier to diabetes self-management: implications for multi-level interventions. *J Clin Nurs* [Internet]. 2003 Jan [cited 2019 Nov 25];12(1):149–50. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2702.2003.00735.x>
221. Coulson NS, Ferguson MA, Henshaw H, Heffernan E. Applying theories of health behaviour and change to hearing health research: Time for a new approach. Vol. 55, *International Journal of Audiology.* Taylor and Francis Ltd; 2016. p. S99–104.
222. Lerner JS, Li Y, Valdesolo P, Kassam KS. Emotion and decision making. *Annu Rev Psychol.* 2015 Jan 3;66(1):799–823.
223. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RCM, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med* [Internet]. 2012 Dec 4 [cited 2018 Jan 10];157(11):785–95. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-157-11-201212040-00538>
224. da Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Bragança F, da Silva JA, Cabrita J. Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. *Int J Clin Pharm*

- [Internet]. 2015 Apr 2 [cited 2015 Jun 11];37(4):626–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25832675>
225. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, Pujol MM, et al. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2011 Jan 4;45(1):39–48.
 226. Elliott RA, Boyd MJ, Salema N-E, Davies J, Barber N, Mehta RL, et al. Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service. *BMJ Qual Saf*. 2016 Oct;25(10):747–58.
 227. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 2009 Sep 2;101(17):1216–20.
 228. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983 Jun;51(3):390–5.
 229. Isanta Pomar C, Rivera Torres P, Pedraja Iglesias M, Giménez Blasco N. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Rev Esp Salud Publica*. 2000 May;74(3):263–74.
 230. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca Gemma Flores Mateo L. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería [Internet]. Vol. 40, Atención primaria. 2008 [cited 2019 Nov 26]. Available from: www.doyma.es/266.182
 231. Baixauli Fernández VJ, Barbero González A, Salar Ibáñez L, comunitario de Madrid farmacéutico, Carlos Baixauli FC, Estévanez N, et al. Las consultas de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria. Vol. 7, ORIGINALES 54 • *Pharmaceutical Care España*. 2005.
 232. El-Jardali F, Bou Karroum L, Bawab L, Kdouh O, El-Sayed F, Rachidi H, et al. Health Reporting in Print Media in Lebanon: Evidence, Quality and Role in Informing Policymaking. Schanzer DL, editor. *PLoS One*. 2015 Aug 26;10(8):e0136435.
 233. Korownyk C, Kolber MR, McCormack J, Lam V, Overbo K, Cotton C, et al. Televised medical talk shows--what they recommend and the evidence to support their recommendations: a prospective observational study. *BMJ*. 2014 Dec 17;349(dec17 11):g7346–g7346.
 234. Edwards M, Davies M, Edwards A. What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature. Vol. 75, *Patient Education and Counseling*.

2009. p. 37–52.

235. Aznar-Lou I, Fernández A, Gil-Girbau M, Fajó-Pascual M, Moreno-Peral P, Peñarrubia-María MT, et al. Initial medication non-adherence: prevalence and predictive factors in a cohort of 1.6 million primary care patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2017;83(6):1328–40.
236. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis through Meta-Ethnography. Harper DM, editor. *PLoS One.* 2014 Feb 28;9(2):e89554.
237. Pasarín MI, Díez E. Community health: Action needed. *Gac Sanit.* 2013;27(6):477–8.
238. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit.* 2017 May 1;31(3):269–72.
239. Jacobsen ET, Rasmussen SR, Christensen M, Engberg M, Lauritzen T. Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scand J Public Health.* 2005;33(1):4–10.
240. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS [Internet]. España Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. 2014. p. 79. Available from: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/home.htm>
241. PACAP [Internet]. 2019. Available from: <http://www.pacap.net/pacap/>
242. CAMFIC Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària [Internet]. Available from: <http://www.camfic.org/>
243. Cofino R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *GacSanit.* 2012 Mar;26 Suppl 1(1578-1283 (Electronic)):88–93.
244. Camarelles Guillem F. Los retos de la prevención y promoción de la salud, y los del PAPPs. *Aten Primaria* [Internet]. 2018;50(S1):1–2. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-los-retos-prevencion-promocion-salud-S0212656718303585>
245. Sastre Paz M, Benede Azagra CB, PACAP. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria [Internet]. Sastre Paz M, Benede Azagra CB, editors. *SemFYC*; 2018 [cited 2019 Nov 26]. 37 p. Available from: <http://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>

246. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ*. 2013 Nov;347:f6753.
247. Gheorghe A, Griffiths U, Murphy A, Legido-Quigley H, Lamptey P, Perel P. The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018 Aug;18(1):975.
248. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J*. 2013 Oct;34(38):2940–8.
249. Morris AD, Boyle DI, McMahon AD, Greene SA, MacDonald TM, Newton RW. Adherence to insulin treatment, glycaemic control, and ketoacidosis in insulin-dependent diabetes mellitus. The DARTS/MEMO Collaboration. *Diabetes Audit and Research in Tayside Scotland. Medicines Monitoring Unit. Lancet (London, England)*. 1997 Nov;350(9090):1505–10.
250. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*. 2016 Mar;387(10022):957–67.
251. Xu T, Yu X, Ou S, Liu X, Yuan J, Tan X, et al. Adherence to Antihypertensive Medications and Stroke Risk: A Dose-Response Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2017 Jul;6(7).
252. Kim Y-Y, Lee J-S, Kang H-J, Park SM. Effect of medication adherence on long-term all-cause-mortality and hospitalization for cardiovascular disease in 65,067 newly diagnosed type 2 diabetes patients. *Sci Rep*. 2018 Aug;8(1):12190.
253. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 2018 Jan;8(1):e016982.
254. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975 Jan;13(1):10–24.
255. Hutchins DS, Zeber JE, Roberts CS, Williams AF, Manias E, Peterson AM. Initial Medication Adherence-Review and Recommendations for Good Practices in Outcomes Research: An ISPOR Medication Adherence and Persistence Special Interest Group Report. *Value Heal J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2015 Jul;18(5):690–9.
256. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RCM, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012 Dec;157(11):785–95.

257. Torres-Robles A, Wiecek E, Tonin FS, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F, Garcia-Cardenas V. Comparison of Interventions to Improve Long-Term Medication Adherence Across Different Clinical Conditions: A Systematic Review With Network Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 2018;9:1454.
258. Sarangarm P, London MS, Snowden SS, Dilworth TJ, Koselke LR, Sanchez CO, et al. Impact of pharmacist discharge medication therapy counseling and disease state education: Pharmacist Assisting at Routine Medical Discharge (project PhARMD). *Am J Med Qual*. 2013;28(4):292–300.
259. O'Connor PJ, Schmittiel JA, Pathak RD, Harris RI, Newton KM, Ohnsorg KA, et al. Randomized trial of telephone outreach to improve medication adherence and metabolic control in adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2014 Dec;37(12):3317–24.
260. Celio J, Ninane F, Bugnon O, Schneider MP. Pharmacist-nurse collaborations in medication adherence-enhancing interventions: A review. Vol. 101, *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2018. p. 1175–92.
261. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belio J, Fernandez A, Garcia-Campayo J, Pujol MM, et al. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2011 Jan;45(1):39–48.
262. Costa E, Pecorelli S, Giardini A, Savin M, Menditto E, Lehane E, et al. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2015 Sep [cited 2018 Jan 10];1303. Available from: <https://www.dovepress.com/interventional-tools-to-improve-medication-adherence-review-of-literat-peer-reviewed-article-PPA>

ANEXO 1

Publicaciones incluidas en
la tesis doctoral

Artículo 1

Reasons for medication non-initiation: A qualitative exploration of the patients' perspective

M. Gil-Girbau

A.M. Jové

I. Aznar-Lou

J. Mendive

M.T. Peñarrubia-María

R. Fernández-Vergel

P. Moreno-Peral

A. Figueiras

A. Fernández

M. March-Pujol

J.Á. Bellón

M. Rubio-Valera

Research in Social and Administrative Pharmacy.2019
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.08.002>.



Reasons for medication non-initiation: A qualitative exploration of the patients' perspective

M. Gil-Girbau^{a,b,c}, I. Aznar-Lou^{a,d}, M.T. Peñarrubia-María^{d,e,f}, P. Moreno-Peral^{c,g,h},
A. Fernández^{d,j}, J.Á. Bellón^{c,g,h,i}, A.M. Jové^{e,f}, J. Mendive^{c,e,f}, R. Fernández-Vergel^{c,e,f},
A. Figueiras^{d,k,l}, M. March-Pujol^{b,d}, M. Rubio-Valera^{a,b,d,*}

^a Research and Development Unit, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Barcelona, Catalonia, Spain

^b School of Pharmacy, University of Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain

^c Primary Care Prevention and Health Promotion Research Network (REDIAPP), Barcelona, Catalonia, Spain

^d Consortium for Biomedical Research in Epidemiology & Public Health (CIBER en Epidemiología y Salud Pública - CIBERESP), Madrid, Spain

^e Catalan Institute of Health, Barcelona, Spain

^f Primary Care Research Institute (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, Spain

^g Málaga-Guadalhorce Primary Care District, Málaga, Spain

^h Institute of Biomedical Research in Malaga (IBIMA), Málaga, Spain

ⁱ El Palo Health Center, Andalusian Health Service (SAS), Málaga, Spain

^j Service of Community Health, Public Health Agency of Barcelona, Barcelona, Spain

^k Department of Preventive Medicine and Public Health, University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain

^l Health Research Institute of Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Primary care
Qualitative research
Shared-decision making
Medication adherence

ABSTRACT

Background: Non-initiation occurs when the doctor prescribes a new pharmacological treatment to a patient who does not fill the prescription. Non-initiation prevalence estimates range between 6% and 28% in Primary Care (PC) and it is associated with poorer clinical outcomes, more sick-leave days and higher costs. To date, the reasons for non-initiation have not been explored using a qualitative framework.

Objective: The aim of the present study was to identify reasons for medication non-initiation among PC patients with distinct treatment profiles (acute, chronic symptomatic and asymptomatic, and mental disorders).

Methods: An exploratory, explanatory qualitative study based on Grounded Theory. We conducted individual semi-structured interviews with 30 PC patients. A constant comparative method of analysis was performed.

Results: The results were similar for all therapeutic groups. The decision to initiate treatment is multifactorial. Users make a risk-benefit assessment which is influenced by their beliefs about the pathology and the medication, their emotional reaction, health literacy and cultural factors. The patients' context and relationship with the health system influence decision-making.

Conclusions: The decision to initiate a treatment is strongly influenced by factors that health professionals can discuss with patients. Health professionals should explore patients' beliefs about benefits and risks to help them make informed decisions and promote shared decision-making. General practitioners should ensure that patients understand the benefits and risks of disease and treatment, while explaining alternative treatments, encouraging patients to ask questions and supporting their treatment decisions.

Introduction

Lack of medication adherence is a serious health issue which has been subjected to a great amount of research.¹ The concept of non-adherence includes three aspects: non-initiation, sub-optimal implementation of dosing regimen, and discontinuation.² Medication non-initiation is defined as not taking the first dose of a prescribed

medication.² Various reviews of qualitative studies have focused on reasons for non-adherence,³⁻⁵ but most articles examined the factors that condition adherence after initiation of treatment and focused on specific diseases, generally severe ones.³⁻⁵

Implementation and discontinuation are strongly influenced by patients' beliefs.³ Patients usually decide whether to take a course of medication by making a "lay evaluation". The lay evaluation involves

* Corresponding author. C\ Doctor Antoni Pujadas 42 08830, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain.

E-mail address: mrubio@pssjd.org (M. Rubio-Valera).

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.08.002>

Received 22 January 2019; Received in revised form 25 July 2019; Accepted 1 August 2019

1551-7411/ © 2019 Published by Elsevier Inc.

experiencing the benefits and harmful effects of medication to assess the acceptability of the treatment, making changes to the dosage regimen, and taking “medication holidays” or stopping the medicine to evaluate the treatment benefits.³ However, this type of lay evaluation cannot be used to decide whether to initiate treatment. Acknowledgement and acceptance of the illness, beliefs about treatment and the use of information from the patients’ environment and context influence implementation and discontinuation and could also affect initiation.³⁻⁵

Despite all the evidence on factors that explain adherence,⁶ very little is known about the reasons for non-initiation. The prevalence of non-initiation ranges between 6% and 28% in Primary Care (PC)⁷ and is associated with poorer clinical outcomes, more days of sick leave and higher costs.^{8,9} In previous quantitative studies, the absence of social support and the cost of treatment have been consistently associated with increased risk of non-initiation of medication for chronic diseases.¹⁰ Patients’ age and country of origin, beliefs about medication and provider factors are also associated with risk of non-initiation.^{7,10,11} However, results from quantitative studies do not completely explain this phenomenon.

Few qualitative studies have explored non-initiation to medications. Polinski et al. explored non-initiation of antihypertensive treatments.¹² Srimongkon et al. explored factors influencing antidepressant adherence at initiation, implementation and discontinuation phases of adherence.¹³ Finally, Swart et al. explored intentional non-initiation of bisphosphonate treatment in patients with a high fracture risk.¹⁴ Fear of adverse effects, disbelief in the effectiveness of medication, pill burden, preference for lifestyle interventions and cost of treatment affected initiation.¹²⁻¹⁴ The risk perception and the acceptance of the diagnosis affected initiation of bisphosphonates and antihypertensive treatments^{12,14} while stigma and the severity of the disease influenced the initiation of antidepressants.¹³ The trust in the doctor and the quality of care were also determining factors.¹²⁻¹⁴

Understanding the reasons for medication non-initiation from the patients’ perspective could guide the development of adherence-enhancing interventions. Very few studies have assessed this behaviour in PC, where the greatest volume of prescriptions is managed and patients with multiple diseases are treated, which increases the complexity of the approach that needs to be used to reduce non-initiation.¹⁵ To address the problem of adherence in PC, it is essential to know which factors affect adherence depending on the treatment profile (acute, chronic symptomatic and asymptomatic, and mental).

The aim of the present study was to identify reasons for medication non-initiation among PC patients with distinct treatment profiles (acute, chronic symptomatic and asymptomatic, and mental disorders).

Material and methods

The research was conducted in Spain and was carried out through an exploratory, explanatory qualitative study based on Grounded Theory¹⁶ where the analysis was performed inductively using data obtained in individual semi-structured interviews. The methods have been described in accordance with COREQ recommendations.¹⁷

Context

The Spanish Health System is a free at the point of use, universal coverage system with some exceptions, such as medication. There is copayment for pensioners and non-pensioners that ranges from 0% to 60%, depending on income.¹⁸ An exception exists for medication with reduced contribution (most chronic treatments) where the patients must pay 10% of medication cost irrespective of their income. Most of the population copays 40% of the medication cost.

PC is the gateway to the health system, where health professionals manage the most prevalent health problems as the patients’ care reference and ensure accessibility and care continuity in the communities

where they live. General practitioners (GPs) electronically prescribe medications that are dispensed at community pharmacies. An electronic prescription system connects GPs and pharmacists.

Research team

MRV (PhD, female), MGG (female) and IAL (PhD, male) are pharmacists and all three work as full-time researchers. MRV and MGG have training and experience in conducting qualitative research. All have experience in conducting research on non-initiation and adherence, using mainly quantitative research in the case of IAL. MTP (female) and AMJ (PhD, female) are full-time GPs and active researchers. Both have experience in conducting qualitative research and MTP has carried out research on adherence. AFS (PhD, female) and PMP (PhD, female) are psychologists and researchers with wide experience of using qualitative research methods.

Sample and recruitment

The sample consisted of public health system patients residing in Barcelona, Girona and Málaga (Spain). The only inclusion criteria were being over 18 years old and not initiating a new treatment prescribed by a GP.

In this study, non-initiation is understood as not taking the first pill of a treatment prescribed by a GP, whether or not the prescription had been filled in a community pharmacy. Patients who, when prompted, reported that they intended not to initiate the medication were included, irrespective of the time passed from the prescription of the new treatment.

Theoretical sampling was carried out, segmented into four treatment profiles according to the non-initiated medication: acute, chronic symptomatic, chronic asymptomatic, and mental disorders. The division into four treatment profiles was based on the hypothesis that motivations for non-initiation would differ among treatments. In addition, maximum variability criteria were used based on gender, age, and cultural level within each profile until saturation of information was achieved in each one. Saturation was considered to have been achieved when no new or relevant information emerged from interviews.¹⁹

Reasons for non-initiation of medication for mental disorders were expected to be related to stigma and lack of insight. Problems related to lack of insight and a low perception of risk were expected to be identified in asymptomatic chronic diseases that would not be present in symptomatic chronic diseases. In relation to treatments for acute disorders, there were no specific hypotheses on reasons for non-initiation.

Initially, the participants were identified by four GPs. In Catalonia, the electronic prescription system contains information on prescription and dispensing. Therefore, by reviewing patients’ clinical pharmacotherapeutic history, GPs could identify those patients that, 14 days after receiving the prescription, had not initiated a prescribed treatment. GPs contacted those patients to confirm they had not initiated the treatment and invited them to participate in the study. GPs could also recruit patients that reported having not initiated a prescribed treatment at a follow-up visit.

Following analysis of some interviews, two changes to the sampling strategy were implemented: a) new healthcare professionals were involved in patient identification and b) immigrants were included.

a) Inclusion of new healthcare professionals involved in patient identification: although the interviews were always performed by full-time researchers that had had no previous contact with the patient (MGG, PMP and MRV), the patients recruited to the study by their GP may have felt that their responses could affect their patient-GP bond of trust. After the first two interviews, the researchers were concerned that, independently of the measures taken, the participants (referred by the GP) did not feel free to talk about the

influence of the patient-GP relationship on non-initiation. Therefore, five community pharmacists were included as healthcare professionals involved in patient recruitment. When patients visited the pharmacy, the community pharmacists had access to all the medications prescribed to the patients and they may fill some prescriptions and not others. When, during the act of dispensing, patients did not ask for one of the medicines included in their e-prescription, pharmacists asked if this was a first prescription. If this was the case, the pharmacists invited those patients to join the study.

- b) Inclusion of immigrants: In light of the results of the quantitative study (conducted in parallel)⁷ that showed that country of origin could influence non-initiation, it was decided to include foreign participants. To explore immigrant population behaviour, contact was made with immigrants' associations and scientific societies. These associations were asked to get in touch with members that could have been prescribed a new treatment or who knew other immigrants fulfilling our inclusion criteria (choosing not to initiate a prescribed treatment). This strategy was complemented by the snowball method (some participants helped to contact other non-initiators from the same country of origin). The people who identified the participants explained the study aims and asked permission for a researcher to contact them.

Data collection

Between March 2015 and December 2016, expert qualitative researchers (MGG, PMP and MRV) carried out face-to-face, individual, semi-structured interviews (9–55 min; average = 29.4 min) which were audio recorded. No previous relationship existed between the participants and interviewers. Two interviews were held in PC centre rooms, one was conducted in a cafeteria in the participant's neighbourhood and all others were carried out at patients' homes. The interviews were conducted in Spanish or Catalan. One of the interviews was carried out with the aid of the participant's caregiver (spouse) as the participant presented with slight cognitive impairment and the caregiver helped with medication management.

The thematic guide was based on the Becker and Maiman Health Belief Model.²⁰ The model contains concepts that predict why people will take action to prevent, screen for, or control illness conditions. This model is one of the most extensively used theoretical frameworks in Health Psychology for explaining change and maintenance of health-related behaviours, especially adherence to medication and lifestyle recommendations.²¹ Prior to the study, there was little knowledge about patients' reasons for non-initiation. Therefore, a general interview guide based on this model was used as a starting point. The original interview guide was a thematic guide that included the following topics: perceptions of disease, perceptions of treatment, interaction with the GP and social norms and other influencing factors. Following analysis of the first interviews, it was considered important to modify the guide to include the issue of the participant's expectations about the

visit to the GP. Table 1 shows the definitive thematic guide.

Analysis

All the interviews were transcribed literally, anonymized and analysed by three researchers: MGG, MRV and a third researcher among five other researchers (MTP, AFS, AMJ, IAL and PMP). To minimize bias in the interpretation of the data, professionals from different disciplines analysed all the interviews (two pharmacists and a GP or psychologists). This triangulation was done to improve the credibility, consistency and reflexivity of the research.¹⁹

Following grounded theory,¹⁶ the researchers, working individually, listened to and read the interview until they were familiar with it, extracted the emergent themes from parts of the discourse or verbatim quotes of significance in the context of the interview, and developed a list of first interpretations on the reasons for non-initiation. Subsequently, the researchers' analysis was triangulated,¹⁹ comparing and reaching agreement on the verbatim quotes selected and their interpretation for categorisation. As categories were created from raw data, macro categories and connections between categories were established, constantly comparing the analyses of the previous interviews in an iterative process. Interviews were conducted only after analyzing the previous interviews to allow changes in the study design and ongoing interpretation of the phenomenon. Finally, in the interpretation phase, when saturation was reached, MGG, MRV and MTP constructed a conceptual framework of the factors that influence the decision not to initiate a medication prescribed by a GP and developed the Theoretical Model of Medication Non-Initiation. Manual and computer support (ATLAS/Ti 6.0) was used for the analysis. To allow for comparisons between the four generic treatment profiles, saturation of information was reached in each profile. Verbatim quotes in Catalan and Spanish were translated into English by a native professional translator.

To improve the methodological rigour of the study, the principle of reflexivity and circularity¹⁹ was applied throughout the study, carrying out changes to the sample access strategies, to the sampling design and to the interview thematic guide, as described above.

Furthermore, diverse recruiters (GPs, community pharmacists and members of associations), a thematic guide and a fieldwork diary were used. Respondent validation was conducted at the end of each interview: the interviewer summarised the points made by the participants and allowed them to correct and complement the information.

The entire process was audited by an external team with expertise in qualitative research. Prior to the development of the study, the aims and methods were presented to the "Comisión de Investigación Qualitat en Salut" (Committee for Qualitative Health Research) at the *Consorci de Salut i Social de Catalunya* (CSC) (Catalan Health and Social Consortium).²² Halfway through the study, preliminary results and changes to the methods derived from the iterative process were again presented to the same team and discussed for validity.

Table 1
Thematic guide.

Topic	Sample questions
Expectations for the visit	When you visited your GP, what were you expecting to happen?
Beliefs about the illness: causes, consequences, identity, treatments.	When you were diagnosed with X, what did you think? Did you agree with the diagnosis? How do you think that X should be treated?
Beliefs about treatment: benefits, risks, previous experiences.	What do you think about the medicine Y? Have you ever taken Y? Do you know anybody that has taken Y? What was their experience?
GP-patient relationship	Who decided to initiate a treatment with Y? Would you have liked something to have been done differently in the visit where you were prescribed Y?
Social norms, influence of others in decision-making	Did you discuss your medication with anyone apart from your GP? How did they help you make a decision?
Alternative sources of information about the illness and/or treatment	Did you look up information about the medication? Where? How did this information influence you?

GP: General Practitioner.

Table 2
Participants' characteristics.

Person	Group	Recruiter*	Medication	Health issue	Sex	Age	Nationality	Educational level
1	A	CP	Levosulpiride	Bitter taste-dry-mouth	Woman	81	Spanish	Primary
2	A	CP	Aciclovir tablets	Herpes Zoster	Woman	48	Spanish	Secondary
3*	A	CP	Budesonide	Pneumonia	Woman	67	Spanish	Third level
4	A	OTHER	Ibuprofen	Dysmenorrhea	Woman	21	Chinese	Third level
5	A	OTHER	Antihistamine corticosteroid	Hay fever	Man	53	Spanish	Third level
6	A	GP	Azithromycin	Molar extraction	Woman	51	Spanish	Secondary
7	A	OTHER	Clarithromycin	Bronchitis	Man	40	Spanish	Third level
8	CS	GP	Triptan	Migraine	Woman	61	Spanish	No formal education
9	CS	GP	Clebopride + Simethicone	Indigestion	Woman	39	Colombian	Primary
10	CS	GP	Fentanyl	Chronic pain	Woman	74	Spanish	Primary
11	CS	GP	Amitriptiline hydrochloride	headache, sensation of cold face/eye	Woman	63	Spanish	Primary
12	CS	GP	Paracetamol	Chronic pain	Woman	65	Spanish	Primary
13	CS	GP	Pregabalin	Pain-Chronic Lumbago	Man	74	Spanish	Primary
14	CS	GP	Clebopride + Simethicone	Indigestion	Man	20	Spanish	Third level
15	CS	GP	Clebopride + Simethicone	Fibromyalgia	Woman	49	Spanish	Primary
16	CS	GP	Tolterodine	Urinary incontinence	Woman	42	Spanish	Third level
17	CA	GP	Simvastatin	Hypercholesterolemia	Woman	60	Spanish	Primary
18	CA	CP	Enalapril	Hypertension	Man	64	Spanish	Secondary
19	CA	OTHER	Diuretic	Hypertension	Man	58	Spanish	Primary
20	CA	CP	Simvastatin	Hypercholesterolemia	Woman	42	Spanish	Third level
3*	CA	CP	Calcium	Hypocalcemia	Woman	67	Spanish	Third level
21	CA	GP	Furosemide	Hypertension	Man	70	Spanish	Third level
22	CA	GP	Doxazosin	Hypertension	Man	72	Spanish	Primary
23	CA	GP	Metformin	Diabetes	Woman	59	Spanish	Secondary
24	M	GP	Lorazepam	Adaptive disorder	Woman	85	Spanish	Primary
25	M	CP	Lorazepam	Anxiety-distress	Man	26	Spanish	Third level
26	M	CP	Paroxetine	Depression	Woman	42	Spanish	Third level
27	M	CP	Citalopram	Depression	Woman	71	Spanish	Primary
28	M	CP	Alprazolam	Anxiety-depression	Man	44	Spanish	Secondary
29	M	GP	Fluoxetin	Adaptive disorder	Man	42	Spanish	Third level
30	M	CP	Citalopram	Depression	Woman	71	Spanish	Primary

Treatment profile: A-Acute, CS-Chronic Symptomatic, CA-Chronic Asymptomatic, M-Mental; GP: General Practitioner; CP: Community pharmacist; OTHER: Other contact route (Snowball contacts, immigrant associations and scientific associations).

* Recruiter (individuals involved in patient identification and recruitment).

* Participant number 3 had not initiated two treatments, one for an acute condition and another for a chronic asymptomatic condition and her results were considered in both treatment profiles.

Ethics approval and informed consent

This study was approved by the Clinical Research Ethics Committee at Sant Joan de Déu (PIC 111-14) and the Jordi Gol Primary Care Research Institute (P14/140). All participants provided signed informed consent. The participants received a €20 gift voucher to thank them but they were not informed about this until the end of the interview.

Results

The characteristics of the 30 participants can be seen in Table 2. In order to reach saturation, we needed to interview seven participants with an acute disease, 9 with a chronic symptomatic disease, 8 with a chronic asymptomatic disease and 7 with a mental disorder. One participant did not initiate either a treatment for an acute condition or a treatment for a chronic asymptomatic condition.

Three participants declined to be interviewed when they were contacted by the researcher, one cited problems at work for non-attendance at the interview while the other two gave no specific reason. Two other patients were excluded because they reported having initiated the treatment, and a sixth was excluded from the study after explaining in the interview that he/she had initiated the medication but abandoned it due to side-effects. Nineteen women and 11 men with ages ranging from 26 to 85 years old (Average age = 55.1 years old) were interviewed. Eighteen participants had secondary or third level education. Two immigrants of different nationalities (Chinese and Colombian) were interviewed. The factors that influence non-initiation are detailed below. Quotations that illustrate the process of interpretation based on the data are presented underneath each explanation,

followed by presentation of a model describing the influence of these factors based on the interpretation of researchers.

Risk-benefit balance

Perception of disease

Perception of the severity and/or urgency of the disease influences the decision to initiate treatment. In symptomatic illnesses which were not thought to carry a threat beyond the symptom, some participants chose to tolerate the symptom rather than initiate the treatment.

"I would have to be very bad, it would have to be something that was very very bad. Let's see, some very severe illness ..." (P15, chronic symptomatic disease)

Similarly, some patients did not perceive prevention as important. They did not consider that the disease constituted a real risk (e.g., prophylaxis in dental intervention) or believed that it was caused by (bad) habits that could be controlled if they took responsibility for their behaviour (e.g., cardiovascular risk).

"If I take a pill to lower my pressure, what I'm doing is making it easier to drink alcohol, easier to eat fat and easier to behave worse because what I'm doing is controlling it artificially." (P18, chronic asymptomatic disease)

Not all patients had insight into the disease.

"I know what I have, I know what my reasons are and when I get a little sad like this, it's because I need affection (...) As I know what it is, I control myself. It's not an illness." (P30, mental disorder)

Others accepted the diagnosis but thought they should be able to

control their diseases without medication and/or taking responsibility for their own behaviour. This was usually associated with a strong emotional response.

"If I have cholesterol and I'm careful with food and go on a diet, it's normal that it goes down. If it doesn't go down, it's because I haven't made an effort." (P17, chronic asymptomatic disease)

Some participants believed that GPs over-medicalised minor problems (such as catarrh or gastroenteritis) or daily life problems (such as grief or conflicts at work), as they did not perceive them as a health problem but rather as a part of life.

"You're sad, but well, maybe it's because you should be sad, isn't it? I mean, I think people really want to be well and sometimes you need to grieve. Or avoiding colds (...) I've been unwell for a week, I mean, it's not necessary [to medicate] either, right? I think the medication is excessive and I don't think it helps much (...) [The doctor should] understand the situation a little and try to calm the patient down, eh? Especially in the case of anxiety." (P25, mental disorder)

Some patients were in doubt about the diagnosis although tests had been performed.

"When I came to see the doctor with the famous PSA [Prostate-Specific Antigen], with levels that went through the roof and I don't trust this for a start (...) one says one thing, another says something else, they have given me two biopsies, came up negative, I asked for an appointment again with the urologist and they sent me for another biopsy but that was ages ago. So in the end they gave me a test, the thing is I don't trust the biopsies or anything else. So the only solution the urologist gives you is pills." (P21, chronic asymptomatic disease)

Medication perception

Preconceived ideas about the harmful effects of the medication (side-effects, interactions, tolerance and dependency) appeared as important reasons when evaluating the new treatment, although there had been no previous experiences with the medication in question. This was particularly important in chronic or long-term treatment and in poly-medicated patients.

"I think that medication for a period, if it's necessary, should be taken [but] you can't be taking medications all your life because, well, it does harm, that it, it damages the liver, puts it at risk. I don't think it's healthy to be always taking pills." (P17, chronic asymptomatic disease)

Some patients mentioned that their evaluation of the safety of the medication was influenced by the information contained in the package insert. When patients explained the contents of the package insert, it was discerned that some patients had difficulties understanding the information included in it.

"I read the contraindications, I counted them, but there were two benefits and 80 contraindications and, of course, if you divide 2 by 80, you say, this isn't right, it can't be, 'Am I going to take that?'" (P21, chronic asymptomatic disease)

Some participants questioned the efficacy of the medication, on occasion due to previous experiences, especially if the indication was for a problem which had become chronic. In sceptical patients, it could be questioned according to criteria not based on evidence.

"They gave me the medicine [Clebopride in combination with Simecicone] and as the experience with omeprazol hadn't been very positive, and I also read the insert and the warnings about harmful effects, so I wasn't convinced." (P14, chronic symptomatic disease)

Some individuals rejected medication which had a delayed onset (such as antidepressants) as well as symptomatic treatments or those that do not definitively solve the problem, such as pain killers or

antihypertensives, especially if the problem was not considered life-threatening.

"They're not immediate, so if you have to wait three weeks until it takes effect, damn, I'm not well, perhaps I would have already thrown myself under a train." (P29, mental disorder)

"They prescribe me medication like paracetamol or ibuprofen which are drugs to, say, alleviate pain, that is alleviate symptoms but not really cure." (P4, acute disease)

Considering that the potency of the treatment was excessive or insufficient could also be expressed as leading to non-initiation.

"No, because I already said that I take tramadol, and morphine comes after that. As you can understand, paracetamol does nothing for me." (P12, chronic symptomatic disease)

Some participants preferred non-pharmacological interventions such as surgery, physiotherapy or physical exercise and use medication as a last resort.

"Man, if you can go without the medication, with some physiotherapy, 'well done', as it were." (P13, chronic symptomatic disease)

Finally, the cost of the medication was reported as a barrier to access to treatment.

"When you have to go to the pharmacy and pay for the medication, it's expensive, when money is tight, everything is expensive, anything is too expensive. (...) I think medication is expensive and even more so for people who can't afford it." (P17, chronic asymptomatic disease)

Patient-related (intrapersonal factors)

Health literacy

Health literacy refers to the capacity of patients to obtain, understand and use information to promote and maintain good health. It is a broad concept that includes the knowledge, motivation and competencies required to access, understand, appraise and apply health-related information.^{23,24}

Some patients had beliefs about the illness and/or the medication that were not supported by scientific evidence. These were used when weighing up the risks and benefits of the medication, leading patients to reject a beneficial medication based on personal perceptions. The following quotation shows how the patient had difficulties understanding the mechanism of action of the treatment, which led her to believe that the treatment would interfere with the absorption of proteins, which is not a side effect of the treatment.

"It is supposed that [Clebopride in combination with Simecicone] does a process in the stomach, absorbs all the vitamins, the body, and mine expels them fast so I will have no proteins. This was the idea I had, that I believed, and that's why I didn't buy it." (P9, chronic symptomatic disease)

Some participants preferred to make their own health decisions since they may believe that hunches and feelings about their own bodies gave them an advantage over the health professional in diagnosing and treating their health problems, thus rejecting the diagnosis or recommended medicine. The quotation below provides an example of a patient who refused the recommendations made by the GP and other healthcare professionals for the prevention of cardiovascular diseases because he had difficulties appraising the implications of his symptoms and the health-related information given by the physicians.

"You know your body better than anyone and you know when you have an arrhythmia and even more when you've done sport. You know when you've done too much, because it happened to me sometimes, I remember one time playing squash, 20 years ago I pushed myself too much and my heart hurt and I know what an arrhythmia feels like, and they aren't

always right.” (P21, chronic asymptomatic disease)

Social and cultural factors

Participants reported that some medication can limit their capacity to cope with everyday responsibilities, such as taking care of the family or working, and this was seen as another barrier to initiation.

“I was [prescribed Lorazepam] when I had both [their dependant relatives] of them unwell but I didn't take it then either because I had to get up all the time (...) I had two patients, my older sister that called me all the time ‘name of the informant, come here, I'm thirsty’ ‘name of the informant, I have to do a wee’. Well, how can you sleep with that anxiety?” (P24, mental disorder)

Some patients refused to take the medication because they recognised the incompatibility of the treatment with their drinking habits and may have felt unable to adapt.

“I am like a person who likes a drop of whisky (...) at lunchtime I like to have a little red wine. Well, so many pills, it's not, it's not so good if you fancy a drink.” (P21, chronic asymptomatic disease)

The immigrant participants reported that the language was a barrier to access to treatment as some PC Centres do not have translation support tools and/or transcultural mediators. Sometimes, the participant supplied their own resources. On the other hand, care differences between the country of origin and the Spanish context increased mistrust regarding diagnosis and treatment. Customs or family culture affect patients when initiating a treatment.

“Many of them prefer to put up with the pain rather than take it (...) In my culture, you know, if you can't sleep and so on, mental, psychological problems, perhaps the people don't notice (...) For instance, the people here, when they have a tiny problem they go to the psychologist, the doctor, while in China to go to the psychologist for (...) something, well now people believe less and less in voodoo type things, right? but yes, but I also believe that it's also because of trust because the Chinese may not trust the Western doctors very much, you know!” (P4, acute disorder).

Emotional response

In many cases, prescription of a medication produced an emotional response which influenced the decision. This type of emotional response can be detected in the interview through verbal and non-verbal language. Some participants responded with anger or frustration to the need for medication, which they perceived as a failure or a weakness. This was especially true for individuals who presented chronic, poorly-controlled symptomatic illnesses (such as chronic pain or mental disease).

“I was two or three years taking [Citalopram], well the truth is that later I thought ‘I will be a slave to these pills.’” (P30, mental disorder)

Other patients reacted with fear to prescriptions for medication with side-effects that they considered very severe or medications known to be associated with a severe or stigmatised illness (e.g., diabetes or depression).

“The thing is, I don't usually read the inserts, I get by with the help of the doctor, and this time, as I got so bad I read the other [Citalopram] and I saw it was more or less the same [compared with Sertraline]. So, off my own bat, I say no, no, because I will go from here to the graveyard.” (P27, mental disorder)

On many occasions this fear was due to misunderstandings about the treatment.

“I thought it was a bit much, to start taking morphine, right? although it was a small amount. (...) As she was explaining it to me I thought ‘My God! Right?’ (...) Because I think this is for people in the terminal phase.” (P10, chronic symptomatic disease)

Patient Relationship with the Healthcare System and Health Care Provider (interpersonal factors).

GP-patient relationship

In this category, factors associated with the GP (during the visit) and other health professionals (usually, after the visit) were identified. If the GP's recommendations were in conflict with the participants' ideas/beliefs and/or expectations (e.g., diagnosis, potency of the treatment) and this was not detected and discussed during the consultation, patients' intention to commence the course of medication could be affected. The hierarchical GP-patient relationship prevented some patients from expressing their doubts about the treatment. Some of the patients that were afraid to ask the GP about the medication or disease, did not have quality information to make an informed decision about initiation.

“I told her what I had been thinking and so she didn't get mad about that at all. I initially thought ‘I don't know how she would react’ You know? Even to ask her for the blood test, I was a little ... I didn't dare in case she would say no.” (P10, chronic symptomatic disease)

Some patients reported that poor quality of care, whether it is due to scientific-technical or organisational issues, was a barrier to initiating treatment: short consultation, depersonalisation of the treatment (“the same for everyone”), inadequate interview or exploration, lack of preparation for the consultation (the GP does not know the history), prescription of treatments which interact with those the patient is already taking or simply a lack of empathy.

“Sometimes they listen to you very little. I have had problems in my life and sometimes I have to get really rude so that the doctor really looks at you and sees what you have.” (P7, acute disease)

Some participants commented that they would like the GP to be exhaustive in their explanations about the treatment or indicated the need for the GP to explore their therapeutic preferences before taking the decision.

“What they put in the insert, they should tell us already, there are these possibilities but, I don't know how to explain it to you.” (P11, chronic symptomatic disease)

Some participants mistrusted the professional diagnosis made by GPs because they believed they should be treated by a specialist or because they thought they should have had complementary tests (such as blood tests or x-rays) done as proof of adequate diagnosis.

“Well (I thought) I'll consult the pulmonologist. (...) I'll get the opinion of someone more specialised. (...) If they suspect it is something bacterial, they should check what bacteria it is. Otherwise, it's going to be trying one antibiotic after antibiotic.” (P7, acute disease)

Mistrust of the professionals was also accentuated when the participants did not understand the clinical criteria, for instance, when the medication has distinct indication criteria according to the clinical situation, as in the case of antidepressants that can be prescribed for anxiety or pain-related disorders. Similarly, the participants rejected treatment if they did not know the etiology, as illustrated by the following quote, where the patient wanted to know the origin of the inflammation instead of just dealing with the symptoms.

“Come on, it's normal, the only way your leg loses fluid is through urine, right? So of course, you take this pill and after a half an hour or an hour you're constantly going to the bathroom to urinate and urinate. Finally the inflammation goes down, but the problem is not that it goes down but why the inflammation occurs?” (P21, chronic asymptomatic disease)

Other health professionals

Patients expressed the belief that the lack of coordination between

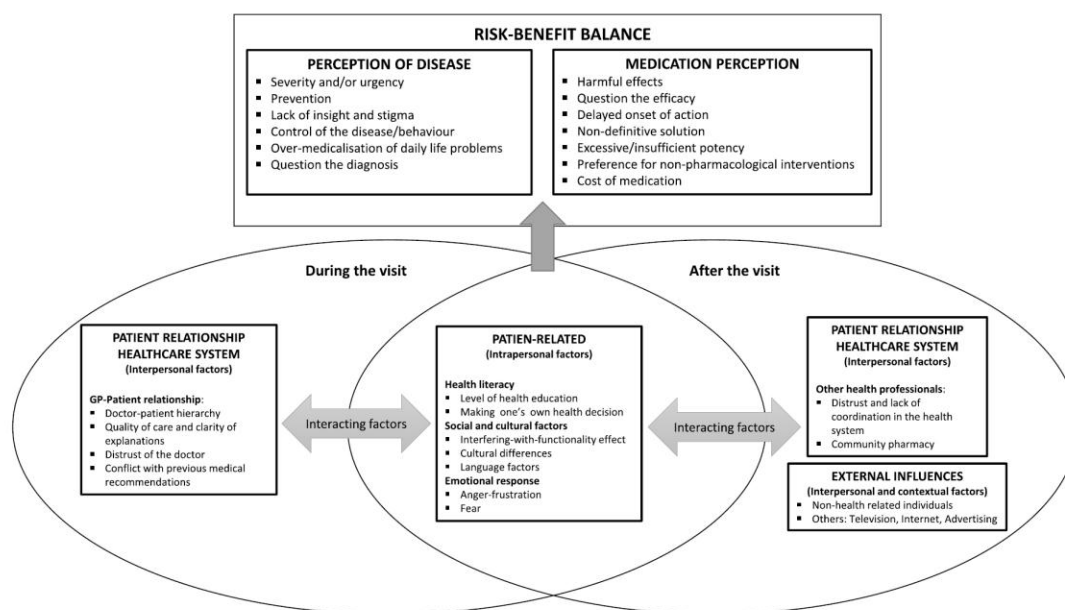


Fig. 1. Theoretical model of medication non-initiation GP = General practitioner.

different levels of care and/or professionals undermining each other at distinct care levels (specialised-family medicine) or in distinct services (such as dentistry and pharmacy) generated mistrust. This conflict could also occur with unregulated health-related services (such as homeopathy and osteopathy).

“He [the specialist] said ‘well, I wouldn't have prescribed it’, because he did do complementary tests at the time, he did do a spirometry, he gave me another x-ray just in case. The spirometry went well, the x-ray too. And he told me “well, we won't start with an antibiotic; we'll start with a dilator.” (P7, acute disease)

Some participants mistrusted the health system because they believed that the pharmaceutical industry influences the treatments that are prescribed or that there is no strict control of medications or their harmful effects.

“If I were the doctor, pills? the minimum. There are a lot of herbs that cure you exactly the same, more slowly, they hardly have any contraindications (...) but in order to do these things, there can't be the economic interests that there are. The thing is that the pharmaceutical industry has a lot of power, a lot of power, of course the pharmacists are a pure mafia, my daughter is a pharmacist but pure mafia (laughs).” (P21, chronic asymptomatic disease)

According to the patients, the pharmacist who dispenses the medication also has a strong influence on the decision to initiate treatment.

“I was convinced when I left, but in the street I was thinking ‘Heavens! This is an antidepressant’. When I spoke to the pharmacist, [she] said, ‘yes, this is an antidepressant, you're going to take a thing that ..., are you sure?’ (P26, mental disorder)

External influences (interpersonal and contextual factors)

Family members and the participant's direct environment influence decision-making. Alarming news in the press or on television about purported health information, which is frequently not based on scientific evidence, influenced the participants, especially those that did not have the means to assess the reliability of the source or the quality of the information. Some websites advertise alternative products and/or supposedly natural products that encouraged patients not to initiate pharmacological treatment.

“On the TV there's a programme that specifically comments that it damages the stomach in the long run, (mmm), what do you believe? Well, I don't know, I don't know because you're on a scales (smiles) in the pros and contras, which is better? because the heartburn kills you.” (P24, mental disorder)

Treatment profiles

The results were very similar for all the therapeutic groups with some exceptions. Stigma and low insight were especially important in mental disorders and chronic illnesses such as diabetes.

“(In the blood analysis) a little (blood sugar) came out, nothing. Maybe in that one. In other (blood analyses) that they had done, or they did on me later, no blood sugar came out. I don't know, I didn't take it (the antidiabetic medication), the thing is no sugar came out”. (P23, chronic asymptomatic disease)

Patients felt responsibility for their own behaviour and perception of the illness, that they should be able to control the disease without medication, by making changes to their lifestyle. This was more frequent in mental and chronic, asymptomatic disorders.

“It's like a kind of added failure that you have to get out of, through pills, a situation that as an adult, you should be able to deal with, then of course, but of course, you are stuck.” (P29, mental disorder)

An assessment of the medication for each disease was performed based on its potential benefits and harm. However, the drawbacks of greatest weight varied according to the medication profile, with fear of dependence and delayed onset of action more frequent in relation to mental disorders and concerns about interactions or doubts about efficacy in acute and chronic symptomatic illnesses.

“All I know is that antidepressives are addictive things and getting off them later takes a lot of effort. And on top of that, if it's not prescribed by a specialist ...” (P26, mental disorder)

Theoretical Model of Medication Non-initiation

Fig. 1 shows the factors identified in the study. On receiving a new prescription, patients carry out a risk-benefit assessment which is

influenced by their beliefs about the disease and the medication. The perception of the disease and medication is affected by interacting intrapersonal, interpersonal and external factors.

During the visit, the patients received information about the disease and the medication. At that moment, the way the information was processed and assimilated was influenced by GP-patient relationship factors and intrapersonal factors such as health literacy or language. After the visit, the patients get information that comes from their interaction with other healthcare professionals, their relatives and friends, and from mass media or the internet. The way this information was processed was also affected by intrapersonal factors.

Either during the visit or after a longer period of reflection, the assimilated information was used to weigh up the benefits and risks of the disease, medication and alternative treatments.

Discussion

As far as we know, this is the first qualitative study that aims to understand non-initiation without focusing on diseases or specific treatments. The factors that influence initiation of treatments prescribed in PC are independent of type of disease. Our study results indicate that the decision to initiate treatment is multifactorial, with the perception of the risk of the disease and the treatment informing the risk-benefit balance being the central focus in the decision-making process. Intrapersonal factors (i.e., health literacy, social/cultural factors and emotional response) interact with interpersonal factors (patient relationship with the healthcare system and external influences) throughout the process of diagnosis and prescription (during the visit) and subsequent process of deliberation and decision making (after the visit) to influence the benefit-risk evaluation.

Previous studies identified some factors affecting non-initiation¹⁰⁻¹⁴: patients' age and nationality, cost of treatment, stigma, social support, negative emotions, acceptance of the diagnosis, fear of adverse effects, pill burden, beliefs about medication and the patient-provider relationship. The present study identifies new factors related to the patient that affect non-initiation, including insight, health literacy, the perception of over-medicalisation and cultural factors. The study gives insight into the factors in the patient-physician relationship that affect the decision to initiate a treatment and show that community pharmacists (who dispense the treatment), other health-care professionals and television, internet and advertising play an important role in the decision-making process.

Previous studies also show that the prevalence of non-initiation varies according to the treatment.⁷ Using in-depth interviews with patients not initiating treatments for a wide range of diseases, it was observed that, in contrast to the initial hypothesis, the differences between the distinct treatment profiles were minor and, on occasion, were due to the characteristics of medications that had not been initiated (such as the creation of dependence or delayed onset of action). The slightly greater fear of interactions associated with medications for chronic problems could be due to the fact they are indicated for older patients who are, in all likelihood, polymedicated. Some conditions, such as mental disorders and diabetes, appear to be associated with greater lack of insight about the disease which could be related to stigma. This is in line with the results of previous studies.^{13,25-27}

In general, the factors that affect non-initiation are in line with the factors that affect implementation and discontinuation.² However, the assessment of a first prescription is conditioned by memories of past experiences,¹³ influences from the environment and preconceived ideas that can be brought into the open and resolved in the consultation.

Misconceptions about the disease and the treatment could affect the benefit-risk balance. The GP should ensure that the patient gets all the relevant information in order to make an informed decision. The perception that GPs overmedicalised and did not offer non-pharmacological alternative treatments were factors affecting all treatment profiles. According to the shared decision-making model, the doctor should

explain the alternatives to treatment in an understandable way, including the option not to treat, if it is appropriate for the patient to decide, and bear in mind patients' treatment preferences.²³ A series of consultation models have been developed to try and guide GPs in the best ways to improve the patient-physician relationship and increase adherence.²⁸ Models such as the Neighbour²⁹ or the Carlgary-Cambridge model³⁰ stress the importance of considering the patients' point of view and expectations, checking the patients' understanding and formulating a consensual management plan. High quality patient-physician communication has been shown to improve patients' adherence to treatment and health outcomes.^{30,31}

As in previous studies,¹²⁻¹⁴ many patients seemed to prefer non-pharmacological interventions to pharmacological ones but most non-pharmaceutical resources are not funded, which represents a barrier to their recommendation in PC.^{32,33} Social prescribing involves GPs and other healthcare professionals to refer patients to local community resources that offer activities that promote healthy behaviours. Using community resources as therapeutic resources could facilitate access to these treatments.³⁴

The study results show that some patients are critical and mistrust GPs' recommendations but there are still hierarchical barriers that prevent patients from expressing their uncertainties. Some patients would be reassured by a diagnostic test or a diagnosis provided by a specialist. However, a great number of tests or consultations with specialists may be unnecessary, increasing the costs of treatment and leading to iatrogenesis.³⁵ Health professionals should ensure that patients understand the diagnosis and the risk associated with it, actively exploring and clearing up their doubts.

One of the most influential factors is health literacy, especially in vulnerable populations (e.g., older patients with low socioeconomic and/or educational level, or immigrants).³⁶ Health professionals should ensure that these patients understand the benefits and risks so that they are able to make informed decisions. Including health training in compulsory education and promoting public health campaigns could improve health literacy.³⁷

As pointed out previously, the emotional reaction of the patient to the diagnosis and/or treatment recommendation influences the decision-making process.^{12,13} This emotional reaction seemed to affect patients' perception of the disease and treatment as well as the prescriber-patient relationship and patients' relationship with the healthcare system. The patients' emotional response should be taken into account by healthcare professionals when they explain a new diagnosis and recommend treatment.

Some patients decided not to initiate their treatments as they were influenced by information from the internet and television. Almost half of the recommendations made on popular medical talk shows or in journals have either no evidence or are contradicted by the best available evidence.^{38,39} In addition, the internet offers unfiltered information which is not always based on evidence.⁴⁰ GPs and other healthcare professionals could direct patients to reliable information sources and policies that regulate the promotion of products, or health recommendations in these media could be implemented.

Non-initiation is an adherence-related behaviour and many of the reasons for non-initiation have been reported to explain sub-optimal implementation of dosing regimens and discontinuation.⁴ The effectiveness of interventions to improve adherence should be taken into consideration when designing interventions to improve initiation. Attitudinal, educational, technical (i.e. providing gadgets, instruments, or systems that facilitate the medication intake or increase convenience of the medication taking process) and economic interventions, alone or in combination, have been tested to improve medication adherence.⁴¹ The combination of economic and technical interventions seem to have a greater effect in improving short-term adherence than other interventions alone or in combination.⁴² They also have a positive impact on the long-term management of medication adherence in patients with circulatory system and metabolic diseases.⁴² In the long term, attitudinal

interventions and attitudinal plus educational interventions seem to have a more powerful impact on adherence in patients with musculoskeletal, mental, behavioral or neurodevelopmental disorders.⁴¹ While educational interventions aim to improve knowledge with the goal of modifying their beliefs, attitudes and skills, attitudinal interventions try to modify patients' behavioral intentions by modifying people's attitudes and/or subjective norms.²¹ Improving communication skills and motivational interviewing could help with implementation of educational and attitudinal interventions, and can help to control emotional responses,⁴³ respond to patients' questions and improve adherence.^{44,45} This is especially important for substitute or resident doctors that show higher rates of non-initiation.⁷

Standardising primary and specialised care messages would increase patients' trust in the recommendations. After the visit, nursing personnel⁴⁶ can reinforce the message received from the GP. The community pharmacist has a key role in this issue as an ally in improving medication adherence^{47,48} and acts as a reliable detector of non-initiation through the electronic prescription during dispensing, actively responding to any queries that arise and participating positively in the decision. Involving the community pharmacist has the potential to improve adherence.^{44,45,47,49}

Pharmaceutical copayment and the need to hire a private interpreter can also be reasons for non-initiation.⁵⁰ Co-payments have increased considerably in recent years in high-income countries.¹⁸ Policies should be reviewed to ensure that the cost of treatment or translation services do not determine adherence.^{18,51}

Study results should be interpreted with the following limitations in mind. The GPs had difficulties in finding immigrant informants. An expanded search for immigrant associations was made in an attempt to deal with this issue and an extra interview with an elderly Chinese woman that had initiated her treatments was conducted to explore the possibility of additional factors. This interview did not provide extra information and it was not included in the results. Although respondent validation was done at the end of the interview, the final results of the analysis were not given to the participants. Health literacy was deduced based on discourse analysis but no formal questionnaire was used to assess this factor. The study focused on the adult population in PC and, as such, the factors that affect non-initiation of treatments prescribed in specialised care are not known. Similarly, the reasons for non-initiation among dependent pediatric or geriatric populations, which are heavily influenced by the caregiver, were not explored. Finally, polypharmacy seems to be an important factor and it would have been useful to have this data.

Conclusions

The decision to initiate a treatment is strongly influenced by factors that health professionals can work through with patients. The central factors are perception of risk with respect to the disease and the treatment, and patients' health literacy, which result in a benefit-risk evaluation mediated by the intrapersonal and relationship factors. Based on these results, action proposals have been generated. Recommendations include the use of motivational interviewing techniques, a multi-disciplinary approach and taking advantage of community health programmes. Not treating and/or using non-pharmacological resources where possible may be preferred by patients and reduce over medicalisation. In keeping with patient-centred medicine, professionals should empower patients and involve them in decision-making. Policies are required that protect vulnerable populations (such as immigrants and people with limited economic resources) to ensure the equity of the health system in access to treatment. Future studies should design and evaluate strategies to address non-initiation.

Competing interests

The authors declare no conflict of interest.

Funding

This work was supported by the Instituto de Salud Carlos III, Spanish Health Ministry (grant number: PI14/00052).

We thank the CIBERESP ("Centro de Investigación Biomedica en Red de Epidemiología y Salud Pública", CB16/02/00322), the Research Network on Preventative Activities and Health Promotion (redIAPP) (RD16/0007/0012) and the European Regional Development Fund for its support in the development of this study.

MRV has a contract awarded by the "Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut" (PERIS) (Strategic Plan for Health Research and Innovation) by the Ministry of Health (Government of Catalonia) (SLT002/16/00190).

Acknowledgements

We thank the participants of this study, as well as the GPs, the pharmacists, and the members of the "Sociedad Española de Farmacia Comunitaria y Familiar" (SEFAC) that facilitated access to the participants. We thank Stephen Kelly for help in English language editing.

References

- Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc.* 2011;86:304–314.
- Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;73:691–705.
- Pound P, Britten N, Morgan M, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med.* 2005;61:133–155.
- Maffoni M, Giardini A. Qualitative studies on medication adherence: what do they add to knowledge gained by quantitative methods? In: Costa E, Giardini A, Alessandro M, eds. *Adherence to Medical Plans for Active and Healthy Ageing.* Hauppauge, NY: Nova Science; 2017:1–30.
- Rathbone AP, Todd A, Jamie K, Bonam M, Banks L, Husband AK. A systematic review and thematic synthesis of patients' experience of medicines adherence. *Res Soc Adm Pharm.* 2017;13:403–439.
- Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One.* 2013;8:e80633.
- Aznar-Lou I, Fernández A, Gil-Girbau M, et al. Initial medication non-adherence: prevalence and predictive factors in a cohort of 1.6 million primary care patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2017;83:1328–1340.
- Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care.* 2005;43:521–530.
- Roebuck MC, Liberman JN, Gemmill-Toyama M, Brennan TA. Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending. *Health Aff.* 2011;30:91–99.
- Lemstra M, Nwankwo C, Bird Y, Moraros J. Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:721–731.
- Zeber JE, Manias E, Williams AF, et al. A systematic literature review of psychosocial and behavioral factors associated with initial medication adherence: a report of the ISPOR medication adherence & persistence special interest group. *Value Health.* 2013;16:891–900.
- Polinski JM, Kesselheim AS, Frolkis JP, Wescott P, Allen-Coleman C, Fischer MA. A matter of trust: patient barriers to primary medication adherence. *Health Educ Res.* 2014;29:755–763.
- Srimongkon P, Aslani P, Chen T. Consumer related factors influencing antidepressant adherence in unipolar depression: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:1863–1873.
- Swart KMA, van Vilsteren M, van Hout W, et al. Factors related to intentional non-initiation of bisphosphonate treatment in patients with a high fracture risk in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2018;19:141.
- Tamblyn R, Eguale T, Huang A, Winslade N, Doran P. The incidence and determinants of primary nonadherence with prescribed medication in primary care: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2014;160:441–450.
- Starks H, Trinidad SB. Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qual Health Res.* 2007;17:1372–1380.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349–357.
- Aznar-Lou I, Pottegård A, Fernández A, et al. Effect of copayment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study. *BMJ Qual Saf.* 2018;27:878–891.
- Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess.* 1998;2:1–274.
- Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *MedCare.* 1975;13:10–24.

21. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. fourth ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2015.
22. Consorci de Salut i, Social de Catalunya. Committee for qualitative health research. http://www.consorci.org/associacio/en_comissions-i-grups-de-treball-permanents/7/comissio-de-recerca-qualitativa-en-salut; 2019 Accessed 19.07.24.
23. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27:1361–1367.
24. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
25. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med*. 2009;32:278–284.
26. Bader A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, et al. An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Med Sci Monit*. 2006;12:CR493–CR500.
27. Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med*. 2005;3:23–30.
28. Denness C. What are consultation models of? *InnovAIT*. 2013;6:592–599.
29. Neighbour R. *The Inner Consultation*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1987.
30. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2008.
31. Meryn S. Improving doctor-patient communication. Not an option, but a necessity. *BMJ*. 1998;316:1922.
32. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, et al. Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion—a meta-ethnographic synthesis. *PLoS One*. 2015;10:e0125004.
33. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9:e89554.
34. Lovell R, Husk K, Blockley K, et al. A realist review and collaborative development of what works in the social prescribing process. *Lancet*. 2017;390:S62.
35. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 2009;101:1216–1220.
36. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Serv Res*. 2017;17:52.
37. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*. 2010;376:1261–1271.
38. El-Jardali F, Bou Karroum L, Bawab L, et al. Health reporting in print media in Lebanon: evidence, quality and role in informing policymaking. *PLoS One*. 2015;10:e0136435.
39. Korownyk C, Kolber MR, McCormack J, et al. Televised medical talk shows—what they recommend and the evidence to support their recommendations: a prospective observational study. *BMJ*. 2014;349:g7346.
40. Lee K, Hoti K, Hughes JD, Emmerton LM. Consumer use of "dr google": a survey on health information-seeking behaviors and navigational needs. *J Med Internet Res*. 2015;17:e288.
41. Torres-Robles A, Wiecek E, Tonin FS, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F, Garcia-Cardenas V. Comparison of interventions to improve long-term medication adherence across different clinical conditions: a systematic review with network meta-analysis. *Front Pharmacol*. 2018;9:1454.
42. Tonin FS, Wiecek E, Torres-Robles A, et al. An innovative and comprehensive technique to evaluate different measures of medication adherence: the network meta-analysis. *Res Soc Adm Pharm*. 2019;15:358–365.
43. Lerner JS, Li Y, Valdesolo P, Kassam KS. Emotion and decision making. *Annu Rev Psychol*. 2015;66:799–823.
44. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States. *Ann Intern Med*. 2012;157:785–795.
45. Costa E, Pecorelli S, Giardini A, et al. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1303–1314.
46. Celio J, Ninane F, Bugnon O, Schneider MP. Pharmacist-nurse collaborations in medication adherence-enhancing interventions: a review. *Patient Educ Couns*. 2018;101(7):1175–1192.
47. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, et al. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2011;45:39–48.
48. Milosavljevic A, Aspden T, Harrison J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *Int J Pharm Pract*. 2018;26:387–397.
49. Elliott RA, Boyd MJ, Salema N-E, et al. Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:747–758.
50. Gourzoulidis G, Kourilaba G, Stafylas P, Giamouzis G, Parissis J, Maniadas N. Association between copayment, medication adherence and outcomes in the management of patients with diabetes and heart failure. *Health Policy*. 2017;121:363–377.
51. Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, Stone E. Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *Am J Public Health*. 2004;94:866–869.

Artículo 2

Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud

Montse Gil-Girbau

Clara Vidal Thomás

Mariona Pons-Vigués

Sónia Conejo-Cerón

Maria Rubio-Valera

Jose Ignacio Recio

Gabriela Murrugarra

Catalina Martínez

Bárbara Malusk

Enriqueta Pujol-Ribera

Beatriz Rodriguez-Martín

Anna Berenguera

Atanasio García Pineda

Gaceta Sanitaria. 2019.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>

Original

Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud

Montse Gil-Girbau^{a,b}, Mariona Pons-Vigués^{c,d,e}, Maria Rubio-Valera^{a,b,f,g}, Gabriela Murrugarra^a, Barbara Masluk^h, Beatriz Rodríguez-Martínⁱ, Atanasio García Pineda^j, Clara Vidal Thomás^k, Sonia Conejo-Cerón^l, José Ignacio Recio^m, Catalina Martínezⁿ, Enriqueta Pujol-Ribera^{c,d,e} y Anna Berenguera^{c,d,*}

^a Research and Development Unit, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Barcelona, España

^b Primary Care Prevention and Health Promotion Research Network, Barcelona, España

^c Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Barcelona, España

^d Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès, Barcelona), España

^e Universitat de Girona, Girona, España

^f CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^g Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^h Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

ⁱ University of Castilla-La Mancha, Social and Health Research Centre, Cuenca, España

^j Servicio de Salud Illes Balears, España

^k Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Servicio de Salud Illes Balears, Instituto de Investigación Sanitaria de les Illes Balears, España

^l Instituto de Investigación Biomédica de Málaga, Unidad de Investigación, Distrito de Atención Primaria Málaga-Guadalhorce, Málaga, España

^m Institute of Biomedical Research of Salamanca, Primary Health Care Research Unit, La Alamedilla (Salamanca), España

ⁿ Primary Care Research Unit of Bizkaia, Basque Health Service-Osakidetza, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2018

Aceptado el 9 de junio de 2019

On-line el xxx

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Estilos de vida

Investigación cualitativa

Modelos teóricos

Práctica habitual

Promoción de la salud

Keywords:

Primary health care

Lifestyles

Qualitative research

Theoretical models

Everyday practice

Health promotion

RESUMEN

Objetivo: Comprender a qué modelos teóricos se ajusta la práctica actual de la prevención primaria y promoción de la salud en atención primaria de salud en diferentes centros de salud de siete comunidades autónomas de España, según los/las profesionales de distintas disciplinas de este ámbito asistencial.

Método: Investigación cualitativa descriptiva en la que participaron 145 profesionales de 14 centros de salud de siete comunidades autónomas de España. El muestreo fue teórico. Se realizaron 14 grupos de discusión. El análisis de datos se realizó siguiendo procedimientos del análisis de contenido temático y de acuerdo con siete modelos teóricos de promoción de la salud a nivel micro, meso y macro.

Resultados: Las prácticas de los profesionales de los centros participantes en relación con las actividades de prevención primaria y promoción de la salud se adhieren principalmente a modelos intrapersonales, centrándose en ayudar a que las personas se empoderen aumentando la conciencia de riesgo y de los beneficios del cambio en los comportamientos, y guiándolas en la implementación de un comportamiento saludable. Algunos/as profesionales realizan actividades que encajan en modelos interpersonales, implicando a la familia y al propio profesional en las estrategias. Solo en algunos casos las prácticas actuales encajan en modelos comunitarios de promoción de la salud.

Conclusiones: Las prácticas de prevención primaria y promoción de la salud de los profesionales de atención primaria siguen principalmente modelos intrapersonales, en algunos casos modelos interpersonales y más puntualmente modelos comunitarios. Es necesario potenciar la participación de la ciudadanía y la orientación comunitaria de los servicios de atención primaria de salud.

© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Theoretical models of health promotion in primary healthcare everyday practice

ABSTRACT

Objective: To understand which theoretical models apply to current primary care practice of primary prevention and health promotion in a sample of primary health centres of seven autonomous regions in Spain according to the various professionals involved.

Method: Descriptive qualitative research with the participation of 145 professionals from 14 primary health centres of seven autonomous regions in Spain. Theoretical sampling was used and 14 discussion groups were carried out. Data analysis followed thematic contents analysis procedures and was based on seven health promotion theoretical models at micro-, meso- and macro-level.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: aberenguera@idiapjgol.org (A. Berenguera).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>

0213-9111/© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Gil-Girbau M, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. Gac Sanit. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>

Results: Current practice of primary prevention and health promotion activities mainly follow intrapersonal models, which focus on assisting the empowerment of patients by means of raising awareness of risk and benefits of behavioural change and on guiding the adoption of the new healthy behaviour. To a lesser degree, the activities of some professionals adhere to interpersonal models, which involve also the family and the health professional. In only a few instances community models of health promotion were used.

Conclusions: Primary prevention and health promotion practice of primary healthcare professionals follow mainly intrapersonal models, few cases use interpersonal models and community models are only occasionally employed. Advance of public participation and community orientation in primary healthcare services is needed.

© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La promoción de la salud y la prevención primaria son actividades propias de la atención primaria de salud¹. Aunque la prevención primaria se enmarca principalmente en el entorno sanitario, el desarrollo de la promoción de la salud debe realizarse dentro del ámbito comunitario. Esta vertiente comunitaria de la atención primaria de salud es fundamental para abordar los determinantes sociales de la salud y para reducir, en colaboración con otros actores, las desigualdades en salud². En la atención primaria española se desarrollan proyectos como el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) y el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)³, que incluyen intervenciones complejas con numerosos actores en contextos complejos y promueven cambios conductuales. Desarrollar intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud (PPPS) exitosas en atención primaria de salud depende principalmente de la comprensión, de la caracterización de los elementos del sistema y de cómo interactúa en los profesionales. Además, hay una gran variabilidad entre centros de salud y entre comunidades autónomas, tanto en la cantidad como en las condiciones del contexto¹.

Existen muchos modelos teóricos para el desarrollo de actividades de PPPS en atención primaria de salud^{4,5}, la mayoría intrapersonales e interpersonales. Estas actividades encajan en un modelo ecológico que sitúa a las personas en el nivel más básico (microsistema), y los recursos comunitarios, los valores culturales, las condiciones sociales y las políticas en los niveles macro. Así, los modelos teóricos de PPPS pueden clasificarse en modelos micro, meso y macro según si se consideran solo constructos relacionados con la persona (intrapersonales), si incluyen interacciones con profesionales de atención primaria de salud y otros agentes de su contexto (interpersonales) o con elementos del contexto social de la actividad (comunitarios)^{6,7}. Modelos individuales como el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada y el modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente explican la PPPS según características individuales de la persona que influyen su comportamiento^{5,7}. Los modelos interpersonales, como la teoría cognitivo-social, el modelo de apoyo interpersonal-social y la teoría de la motivación por incentivos, consideran factores relacionados con las interacciones del individuo y su entorno directo, incluyendo al profesional sanitario y los familiares^{5,7}. Finalmente, los modelos comunitarios explican la influencia sobre la salud individual de las redes sociales y comunitarias, las políticas y las estructuras sanitarias^{5,7}.

El uso de modelos teóricos facilita la planificación de actividades de PPPS y la evaluación de su impacto^{4,8,9}. Bully et al.⁴, en una revisión sobre PPPS en atención primaria de salud, señalaron que existía muy poca evidencia sobre la efectividad de las intervenciones basadas en modelos teóricos sobre cambios de conducta. La mayoría de los estudios se han basado en el modelo transteórico

de las etapas de cambio, y se ha encontrado una fuerte evidencia de su efectividad en las intervenciones nutricionales a corto plazo y en la cesación tabáquica a largo plazo⁴. No obstante, este modelo tiene limitaciones para abordar comportamientos complejos (actividad física o conducta alimentaria) y en la intervención sobre más de una conducta al mismo tiempo, y la evidencia sobre su efectividad en atención primaria de salud es controvertida¹⁰. Tampoco hay suficientes experiencias con otros modelos¹¹. Las intervenciones de PPPS, incluso cuando han demostrado su efectividad, son difícilmente aplicables a la práctica clínica habitual por limitaciones de tiempo, motivación o competencias, entre otras razones¹². Para trasladar los resultados positivos obtenidos en condiciones controladas es necesario explorar el contexto y cómo integrar las nuevas intervenciones¹³.

Conocer los modelos teóricos sobre cambios de conducta que encajan en las intervenciones que actualmente se realizan en la atención primaria de salud permitiría reconocer los elementos y las prácticas clave y su interrelación. Este marco podría utilizarse para diseñar e implementar nuevas intervenciones que, en caso de demostrar su efectividad, podrían trasladarse a la práctica habitual. El objetivo de este estudio es comprender a qué modelos teóricos se ajusta la práctica actual de la PPPS en atención primaria de salud en una muestra de centros de salud de siete comunidades autónomas de España, según la percepción de los/las profesionales de distintas disciplinas de este ámbito asistencial.

Método

Diseño

Estudio cualitativo descriptivo basado en grupos de discusión con profesionales de atención primaria de salud. Se trata de un análisis secundario de un estudio cualitativo^{12,14} realizado en el marco del diseño, la implementación y la evaluación de una intervención compleja multirriesgo para disminuir el consumo de tabaco, la baja adherencia a la dieta mediterránea, una insuficiente actividad física y el riesgo cardiovascular y de depresión en personas de 45 a 75 años atendidas en atención primaria con dos o más de estas conductas o riesgos (proyecto EIRA)¹⁵. Este proyecto, de acuerdo con el UK Medical Research Council Framework¹², sigue una metodología de desarrollo en cinco fases secuenciales en las que se utilizan métodos tanto cuantitativos como cualitativos, y hasta el momento se han desarrollado las cuatro primeras fases¹⁴⁻¹⁸.

Emplazamiento y participantes

Catorce centros de salud de siete comunidades autónomas participaron en el Proyecto EIRA (dos centros por comunidad autónoma): Andalucía (Málaga), Aragón (Zaragoza), Baleares (Mallorca), Castilla-La Mancha (Cuenca y Talavera de la Reina), Castilla-León (Salamanca), Cataluña (Barcelona y Cornellà de Llobregat) y País

Tabla 1
Características de los/las profesionales de atención primaria de salud que participaron en los grupos de discusión

Comunidad autónoma	Participantes	Edad	Sexo	Disciplina profesional
Andalucía	20	1 menor de 30 años 6 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	13 mujeres 7 hombres	3 personal de atención al usuario 4 enfermería 11 medicina de familia 2 trabajo social
Aragón	22	4 menores de 30 años 5 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	18 mujeres 4 hombres	2 personal de atención al usuario 8 enfermería 10 medicina de familia 2 trabajo social
Castilla-La Mancha	19	2 entre 30 y 49 años 12 entre 50 y 65 años 5 sin información	14 mujeres 5 hombres	2 personal de atención al usuario 6 enfermería 1 fisioterapia 8 medicina de familia
Castilla-León	18	1 entre 30 y 49 años 17 entre 50 y 65 años	12 mujeres 6 hombres	2 trabajo social 4 personal de atención al usuario 6 enfermería 8 medicina de familia
Cataluña	25	1 menor de 30 años 17 entre 30 y 49 años 7 entre 50 y 65 años	22 mujeres 3 hombres	4 personal de atención al usuario 10 enfermería 1 estudiante de enfermería 8 medicina de familia
Islas Baleares	20	7 entre 30 y 49 años 13 entre 50 y 65 años	14 mujeres 6 hombres	2 trabajo social 3 personal de atención al usuario 6 enfermería 9 medicina de familia
País Vasco	21	3 menores de 30 años 3 entre 30 y 49 años 15 entre 50 y 65 años	15 mujeres 6 hombres	2 trabajo social 2 personal de atención al usuario 8 enfermería 11 medicina de familia
Suma participantes	145	9 menores de 30 años 41 entre 30 y 49 años 90 entre 50 y 65 años 5 sin información	108 mujeres 37 hombres	20 personal de atención al usuario 48 enfermería 1 estudiante de enfermería 1 fisioterapia 65 medicina de familia 10 trabajo social

Vasco (Vitoria-Gasteiz). Los centros de salud se seleccionaron teniendo en cuenta los siguientes criterios: 1) ser representativo de las características generales de la población de la comunidad autónoma; 2) buen cumplimiento de los objetivos de evaluación del centro; y 3) más de un 70% de profesionales que aceptaran participar en el Proyecto EIRA. Todos/as los/las trabajadores/as que atienden a personas adultas de los centros de salud participantes (medicina de familia, enfermería, trabajo social, fisioterapia, personal de atención al usuario y estudiantes) fueron invitados/as a participar, buscando variabilidad en cuanto a sexo, edad, perfil profesional y años de experiencia profesional. La [tabla 1](#) muestra las características de las 145 personas participantes (108 mujeres y 37 hombres). La participación fue voluntaria y los/las participantes firmaron su consentimiento informado.

Técnicas de recogida de información

Entre noviembre de 2013 y mayo de 2014 se realizaron 14 grupos de discusión con los/las profesionales de atención primaria de salud (8-12 profesionales por centro de salud). Los/las entrevistadores/as de cada comunidad autónoma eran investigadores/as con experiencia en investigación cualitativa y con competencias en la técnica de la entrevista. Siguió un guion semiestructurado de entrevista con preguntas relacionadas con la práctica habitual en actividades de PPPS. El guion temático, pilotado en una comunidad autónoma, exploraba las actitudes y las prácticas de los/las profesionales de atención primaria respecto a la promoción de la salud, las prácticas de promoción de la salud en el centro de salud, y la reflexión y el debate de intervención sobre un caso práctico típico. El guion temático y ejemplos de preguntas se muestran en la [tabla 2](#).

Análisis de la información

Las personas investigadoras realizaron una revisión bibliográfica y consensuaron siete modelos de cambio de conducta que frecuentemente se utilizan para diseñar intervenciones de PPPS o para enmarcar estas actividades⁴. Los modelos teóricos sobre cambios de conducta se clasificaron en los niveles micro o individual, meso o interpersonal y macro o comunitario. En el nivel micro se encuentran el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada y el modelo transteórico de las etapas de cambio; en el nivel meso, el modelo cognitivo-social, el modelo de apoyo interpersonal-social y la teoría de la motivación por incentivos; y en el nivel macro, el modelo de organización comunitaria⁴.

La [tabla 3](#) muestra los siete modelos utilizados, resume sus características y presenta los solapamientos o similitudes entre ellos. Los constructos o factores de cada modelo se definieron y se asociaron con actividades relacionadas con la PPPS en atención primaria de salud.

Los grupos de discusión se transcribieron literalmente y se anonimizaron. Las personas investigadoras se familiarizaron con los grupos de discusión escuchándolos y leyéndolos. Cada grupo de discusión fue analizado siguiendo los fundamentos teóricos y los procedimientos del análisis de contenido temático por parte de cinco analistas que trabajaron en dos grupos (grupo 1: MGG, GM y MRV; grupo 2: MPV y EPR). En primer lugar, todas las personas analistas, de forma independiente, segmentaron los textos e identificaron las citas que describían las prácticas actuales de PPPS en los centros de salud participantes. En una segunda fase se codificaron estas citas, en un proceso de triangulación dentro de cada grupo de análisis, asociándolas a los conceptos clave de cada uno de los modelos. Una vez analizados todos los grupos de discusión, se determinó a qué modelos teóricos se ajustaba la práctica actual. Para hacerlo, MGG y MRV revisaron de nuevo todas las citas y la aso-

Tabla 2

Guion de los temas de los grupos de discusión

Temas	Ejemplo de preguntas
Actitudes y prácticas de los profesionales del equipo de atención primaria de salud respecto a la promoción de la salud	Para vosotros/as, ¿hasta qué punto es importante impulsar las conductas promotoras de la salud? En vuestro día a día, ¿qué actividades hacéis para impulsar estas conductas? ¿Qué parte de vuestro trabajo diario dedicáis a impulsar conductas promotoras de la salud, en relación con otras actividades? ¿Qué intervenciones de promoción de la salud habéis hecho durante el último mes? ¿Cómo veis la utilidad y la efectividad de estas intervenciones? (profundizar en las diferencias según el tipo de conducta: alimentación, actividad física, tabaco, OH, salud mental...) ¿Cómo las organizáis? ¿Cómo priorizáis estas intervenciones? ¿Cómo las integráis? ¿Cuándo las hacéis? (tipo de visita) ¿Tenéis en cuenta las preferencias y los valores de las personas que atendéis? ¿Contáis con otros «aliados»? (recursos comunitarios, organizaciones, entidades, agentes sociales, iniciativas ciudadanas, medios de comunicación locales) ¿Aplicáis modelos teóricos de promoción de la salud? ¿Se modifica la duración de las visitas si hacéis estas intervenciones? ¿Qué dificultades tenéis para hacer estas intervenciones? ¿Qué se podría hacer para superar las dificultades y mejorar la efectividad de estas intervenciones?
¿Cómo se hacen las intervenciones de promoción de la salud en el centro de salud?	Prácticas habituales de los/las profesionales del equipo de atención primaria de salud en esta situación ¿Qué hacéis los profesionales del centro de salud en esta situación? ¿Qué podéis hacer los profesionales del centro de salud en esta situación?
Reflexión y debate sobre un caso práctico	

Tabla 3

Resumen de las principales teorías sobre el cambio de conducta aplicadas en atención primaria de salud analizadas en este estudio

Modelo o teoría	Foco del modelo o teoría	Conceptos clave: explicación	Solapamientos entre conceptos de los modelos
<i>Modelos intrapersonales</i>			
Modelo de creencias en salud	La percepción sobre la enfermedad la determinan las creencias sobre la susceptibilidad y la gravedad La percepción sobre la conducta la determinan las creencias sobre el beneficio de la acción, la autoeficacia y el coste o las barreras para el comportamiento	Susceptibilidad percibida: fragilidad del individuo Gravedad percibida: daño potencial de la enfermedad Beneficios percibidos: efectividad de la conducta para reducir el riesgo o la gravedad Barreras percibidas: costes materiales y personales de la conducta Indicaciones para la acción: factores que aumentan la disposición a realizar la conducta Autoeficacia: confianza en las propias habilidades para conseguir la conducta Factores modulantes: demográficos, psicosociales y estructurales	Actitud hacia la conducta en la teoría de la acción razonada y expectativas en la teoría cognitivo-social Control percibido en la teoría de la acción razonada y autoeficacia en la teoría cognitivo-social
Teoría de la acción razonada	La intención de conducta, o disposición para realizar esa conducta, es un antecedente inmediato del comportamiento La intención de conducta viene determinada por las actitudes, la norma social y la percepción de control	Norma subjetiva: influencia que ejerce el grupo social sobre la persona Actitud hacia la conducta: suma de creencias sobre la conducta Control percibido sobre la conducta: confianza sobre la propia capacidad para llevar a cabo el comportamiento	Conceptos del modelo de creencias en salud Autoeficacia del modelo de creencias en salud y capacidad para comportamientos del modelo de la teoría cognitivo-social
Modelo transteórico de las etapas del cambio	Cuando una persona pone en marcha una nueva conducta sigue un proceso de maduración que progresa a lo largo de cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento	Precontemplación: aparece la duda, se empiezan a percibir los riesgos y problemas de la conducta actual, pero no hay intención de actuar en los próximos 6 meses Contemplación: la persona analiza los beneficios de su posible cambio de conducta y pretende actuar en los próximos 6 meses Preparación: se planifican los cambios a seguir y se actuará en los próximos 30 días Acción: la persona ha cambiado la conducta y la mantiene menos de 6 meses Mantenimiento: la persona intenta mantener el cambio 6 o más meses	

Tabla 3 (continuación)

Modelo o teoría	Foco del modelo o teoría	Conceptos clave: explicación	Solapamientos entre conceptos de los modelos
<i>Modelos interpersonales</i> Teoría cognitivo-social	El determinismo recíproco es la La autoeficacia, los objetivos y las expectativas respecto al resultado de la conducta determinan la probabilidad de que una persona lleve a cabo una nueva conducta Las personas aprenden de sus acciones, pero también de la observación de la conducta de las otras personas y de las consecuencias de estas conductas	Determinismo recíproco: interacción dinámica de factores personales, del comportamiento y de factores ambientales Capacidad para los comportamientos: conocimientos y habilidades para realizar un comportamiento Expectativas: beneficios atribuidos a la conducta Autoeficacia: confianza en las propias capacidades para conseguir la conducta Observación: aprendizaje a través de la observación de las conductas y resultados Reforzamiento: respuestas a la conducta que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se lleve a cabo Apoyo informativo: conjunto de herramientas informativas e instrumentales que facilitan la conducta Apoyo emocional: conjunto de herramientas psicológicas (cuidado, empatía, confianza. . .) que facilitan la conducta Colaboración con el entorno: el entorno influye en la cognición, la emoción, el comportamiento y las respuestas biológicas a través de interacciones no necesariamente dirigidas a la provisión de ayuda o apoyo a la conducta	Autoeficacia Creencias en salud Control percibido sobre la conducta en la teoría de la acción razonada Autoeficacia en el modelo de creencias en salud y control percibido Recompensas de la teoría de la motivación por incentivos
Modelo de apoyo interpersonal-social	El entorno social facilita el cambio al ofrecer apoyo informativo y emocional, y sobre todo implicando a la persona en grupos sociales en los que participa Los efectos positivos de esta intervención provienen de la interacción de estos componentes	Recompensas internas: sentimientos motivados por los intereses y las satisfacciones que produce la conducta en la persona Recompensas externas: determinantes ambientales que estimulan la conducta y recompensas que provienen del entorno	Reforzamiento de la teoría cognitivo-social
Teoría de la motivación por incentivos	La conducta viene condicionada por las expectativas sobre los beneficios o recompensas como consecuencia de esta conducta; esto implica la recompensa y los estímulos que la preceden	Empoderamiento: proceso social de acción a partir del cual la población gana control sobre sus vidas y sus comunidades Capacidad de la comunidad: habilidad para identificar problemas y movilizar recursos para solucionarlos Participación: implicación de los miembros de la comunidad como colaboradores en igualdad de condiciones Relevancia: organización comunitaria alrededor de las prioridades de sus miembros Selección del problema: identificación de objetivos de cambio y mejora que unifiquen y consoliden la comunidad Conocimiento crítico: conciencia de las fuerzas sociales, políticas y económicas que contribuyen al problema social	
<i>Modelo comunitario</i> Modelo de organización comunitaria	La comunidad se organiza para identificar problemas de salud, movilizar recursos y desarrollar e implementar estrategias que permitan responder a objetivos colectivos Desde la perspectiva de los/las profesionales de la salud, este modelo se ha adaptado para mostrar que los programas de salud reflejan las prioridades de la comunidad, defina o no la agenda de objetivos		

ciación a los conceptos clave de los modelos realizados en la fase de triangulación. Finalmente, en caso de duda, todas las personas analistas revisaron conjuntamente la codificación.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la IDIAP Jordi Gol (2013; P12/073).

Resultados

Los resultados muestran que las prácticas de PPPS de los/las profesionales de atención primaria de salud en los 14 centros participantes se adhieren principalmente a los modelos intrapersonales. Se centran en empoderar a las personas, aumentando la conciencia de riesgo y de los beneficios del cambio en los comportamientos, y guiarlas en la implementación del comportamiento saludable. En menor grado, se observa que algunos/as profesionales realizan actividades de PPPS que encajan en modelos interpersonales, implicando a la familia y al propio profesional en las estrategias de PPPS. Excepcionalmente, las prácticas de PPPS encajan en modelos comunitarios.

Modelos micro o intrapersonales

La **tabla 4** muestra los modelos intrapersonales evaluados. Para cada factor del modelo se especifican las estrategias teóricas que deben desarrollarse para llevar a cabo las intervenciones de PPPS. Las estrategias que utilizaban los/las profesionales para promocionar actividades saludables y de prevención encajaban principalmente con las recomendaciones de estos modelos. Los/las profesionales se basaban en evaluar la actitud de la persona atendida ante el cambio propuesto para intentar concienciarla sobre los riesgos del comportamiento y los beneficios del cambio, apoyándose, cuando era posible, en la influencia de su entorno. Además, exploraban las barreras percibidas por la persona atendida, incluyendo factores socioeconómicos, y potenciaban su autoeficacia con educación para la implementación del cambio y utilizando estrategias progresivas de acción. También ofrecían apoyo y motivación en la implementación del cambio y en el mantenimiento del comportamiento, con evaluación de los resultados y la adherencia a largo plazo.

Tabla 4

Modelos micro: intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo con los modelos intrapersonales de salud

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónomas
Modelo de creencias en salud	Susceptibilidad percibida	Definir las poblaciones a trabajar en función de su riesgo; adaptar la información del riesgo a las características y comportamientos de la persona; ayudar a la persona a desarrollar una percepción adecuada del riesgo	Sería conveniente que no fumaras tal y cual. Hombre, yo sí que utilizo a veces. . . Tenemos un botoncito en el ordenador que te calcula el riesgo cardiovascular... y te permite hacer una simulación, entonces yo ahí sí que hay veces que les explico, mira, si dejaras de fumar y dejaras de y bajaras de peso, al volver a calcular el riesgo le vuelves a dar y salen otras cifras, y entonces es como más gráfico ¿No? Intentas motivar al paciente a base de que vea que eso va a tener un efecto beneficioso.	Aragón
	Gravedad percibida	Especificar las consecuencias o amenazas de la enfermedad	Se sabe que cualquier motivación puede ser negativa o positiva. Está la positiva y que tú le das valores buenos y bonitos y le dices: «Qué bien vas a estar», y hay quien se lo cree; y luego está la negativa: «Mira lo que le ha pasado a fulanito y menganito», y eso también actúa. Hay gente que por miedo, porque ha tenido un infarto o una angina de pecho, pues cambia muchos aspectos en su vida, y hay quien, con el tiempo, esa motivación se diluye y vuelve a las andadas. Luego hay quien dice: «Me da lo mismo, yo quiero vivir la vida, me da igual, yo voy a comer lo que me dé la gana, voy a beber lo que quiera, voy a fumar lo que quiera y el día que me dé, que me dé, pero voy a vivir la vida a tope».	Castilla-La Mancha
	Beneficios percibidos	Explicar los beneficios de la acción	Yo les planteo dos cosas: salud y dinero; curiosamente, en lo que más se sorprenden es por dinero. Hay unas cartillas en las que te dicen la cantidad de tabaco que fuman, y según lo que fumes lo que te puedes ahorrar, y ellos al verlo se sorprenden. Yo a todos los que van a dejar de fumar les digo que cojan una botella grande y vayan echando las monedas sistemáticamente todos los días. Y es sorprendente que al cabo del año es por lo que más me felicitan, dicen: «Me he hecho un viaje de narices».	Castilla-La Mancha
Modelo de creencias en salud	Barreras percibidas	Ofrecer confianza, incentivos y asistencia para superar las barreras; corregir la desinformación	Llega un señor que está solo y que no sabe guisarse y yo le digo: «Pero si no es difícil, mira, coge el pescado y mira lo haces así, le echas un mínimo de sal y te lo puedes hacer tú solo y es muy saludable». O sea, que hacemos un poco de todo, lo que puedes.	Castilla-La Mancha
	Indicaciones para la acción	Informar sobre la manera de implementar el cambio; promover la conciencia y utilizar sistemas de recordatorio	Yo siempre pienso que hay que darles ideas, marcarles una pauta, marcarles un sistema, ofrecerles dentro de lo que puedan hacer, marcar un programa de ejercicios con esa persona	Castilla-La Mancha
	Autoeficacia	Ofrecer entrenamiento y guía en la implementación de la acción; marcar objetivos progresivos; dar refuerzo verbal; demostrar los comportamientos deseados	Cuando digo identificar y dar conocimientos e ilusionar no es «te lo cuento y ahí te quedas»; eso va a depender de cada uno de los que promocionamos la salud. Unos sabremos hacerlo, tendremos mejor estilo, y otros, peor. E iremos actuando sobre cosas pequeñas para llegar a cosas más grandes, o tendremos que buscar estrategias para poder solucionar este tema. Aun así, tendremos que reconocer y ser realistas de que muchas veces no lo vamos a conseguir. Pero ese es nuestro trabajo.	Castilla-La Mancha
Teoría de la acción razonada	Factores modulantes	Considerar los factores sociales y contextuales de la persona que influyen en el comportamiento para adaptar la acción	Que hagan actividades, y si no pueden hacerlas en sus barrios, que vayan a otros lugares, que a lo mejor no están muy lejos, y eso a los niños les va bien, o sea, además es gente que tiene pocos recursos económicos, y hay muchas actividades para hacer, pero todas valen dinero.	Islas Baleares
	Norma subjetiva	Evaluar la percepción del individuo sobre la opinión del entorno respecto al cambio y utilizarlo para promoverlo	Si yo tengo, vamos de los que tenemos todos, todos los días en consulta, un paciente mayor que viene a la consulta con su esposa y tiene sobrepeso evidente, y este sobrepeso puede estar influyendo mucho en su hiperlipidemia, en su dislipidemia y en su control glucémico. Entonces yo le insisto en la importancia de perder peso para mejorar ambas cosas que a él le preocupan mucho y me encuentro con que su esposa es una tremenda aliada, porque parece ser que está insistiéndole a él y busca cómo hacerlo y cómo poner en práctica eso, y bueno, es un ejemplo que a todos nos pasa casi a diario.	Andalucía

Tabla 4 (continuación)

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónomas
Modelo transteórico de las etapas de cambio	Actitud hacia la conducta	Subrayar los aspectos positivos y los apoyos sociales hacia el cambio	Y a veces el meterte de lleno, decir «mira, tú tienes esto», y a veces tienes más cuidado y a veces dices «mira, no, tienes esto, tienes que perder peso, hacer ejercicio y quitarte del tabaco. Por dónde quieres que empecemos». Y también un poco la posibilidad de que él pueda elegir: «pues no, mira, el tabaco lo había pensado y voy a hacerlo»; «vale, y además puedes caminar un poco, vale, pues sales a caminar». Se lo planteas un poco todo, como en conjunto, para que cambie el estilo de vida en general, no que cambie una cosa... Y que no lo vea como un problema, sino como que voy a mejorar, ¿no? Voy a mejorar eso, comía mal, voy a comer bien, no salía a caminar, voy a salir a caminar. O sea, que lo vea que es como una cosa beneficiosa. A lo mejor no quitar la relación que tiene con la diabetes o con la hipertensión, sino decir, aparte de que tengas eso, esto es para que tú te encuentres mejor a largo plazo.	Islas Baleares
	Control percibido sobre la conducta	Explorar la capacidad percibida para lograr el cambio y fomentar la autoconfianza	Me decía el primer día: «¿Tú has dejado de fumar? ¿Tú fumas?». Digo que no. «¿Tú has sido fumador? Y digo «No, pero te voy a ayudar. No, pero te voy a acompañar. Y vamos a hacerlo juntas y te voy a ir visitando y me vas a ir explicando. Yo te voy a ir ayudando, no te preocupes... no te vas a quedar sola...»	Cataluña
	Precontemplación (la persona no pretende iniciar la acción en 6 meses)	Aumentar la conciencia de necesidad de cambio personalizando la información de los riesgos y beneficios	Es que eso es igual a lo del tabaco, depende en la fase en que están, si están en la fase precontemplativa, pues es que no hay nada que hacer, tendrás que esperar a la próxima vez que vengan, hasta que llegue un momento en que diga «Vale, voy a intentarlo», pero claro, es inútil, a veces. Hay que saber a quién hay que dar un consejo. Si no está receptivo es una bobada, habrá que esperar a que tenga...	Castilla y León
	Contemplación (la persona pretende realizar el cambio en los próximos 6 meses)	Motivar y animar a realizar planes específicos	Hacer una captación activa y desde ese momento que te diga el paciente, actuar. Aquí no creo que... yo creo que hay que recibirlo, ¿no?, y aprovechar el momento y no tanto... O sea, no son gente muy organizada, y entonces es difícil, a lo mejor, plantear actividades es más difícil.	Andalucía
	Preparación (la persona pretende realizar el cambio en los próximos 30 días)	Orientar los pasos conductuales hacia el cambio; ayudar a desarrollar e implementar una acción concreta dentro de la planificación para llegar a objetivos gradualmente	En el momento que ellos ya se motivan sí acuden. «Usted me dijo que aquí se podía quitar de fumar.» Eso es importante, porque saben que aquí sí lo pueden hacer. Lo vas encauzando, le pones una fecha.	Andalucía
	Acción (la persona ha cambiado la conducta hace menos de 6 meses)	Dar soporte a través de diálogo; solucionar problemas y reforzar el cambio	Has pactado con él posibles soluciones, en esa consulta demanda había salto de mapa y porque no se puede programar aparte tranquilamente con él para ver cómo ha podido, qué dificultades ha tenido en conseguir esos objetivos y analizarlos uno por uno.	Andalucía
Mantenimiento (la persona realizó el cambio hace más de 6 meses)	Dar soporte a través de recordatorios y aportar alternativas ante los fallos que puedan producirse	Ver si lo están haciendo. Seguimiento y control.	Castilla y León	

Modelos meso o interpersonales

La **tabla 5** muestra los modelos interpersonales evaluados. Los discursos de los/las profesionales mostraron que, hasta cierto punto, también se trabajaban factores interpersonales, específicamente de los modelos de la teoría cognitivo-social y de la teoría de la motivación por incentivos. Estas estrategias incluían el uso de modelos de comportamiento del entorno de la persona atendida o del propio profesional para convencerla y proponerle estrategias eficaces de actuación, así como la integración del contexto familiar

o social en el proceso de cambio. Los/las profesionales de atención primaria no utilizaban estrategias de recompensas externas basadas en la teoría de la motivación por incentivos.

Modelos macro o comunitarios

La **tabla 6** muestra el modelo macro o comunitario evaluado. Puntualmente, los/las profesionales de atención primaria utilizaban las figuras clave de la comunidad para promover estrategias de PPPS y realizaban actividades formativas dirigidas a empoderar a los miembros de la comunidad. Sin embargo, las estrategias para

Tabla 5
Modelos meso: intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo con los modelos interpersonales de salud

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónoma
Teoría cognitivo-social	Determinación recíproca	Considerar múltiples estrategias para promover cambios, como hacer ajustes en el entorno e influir en las actitudes personales	Yo al paciente que fuma le pregunto: «¿Cuál es la cantidad ideal de tabaco al día que tú crees que debes de consumir?». «Tres, cuatro. . .», sabiendo que es cero. A pesar de que lo digan en la televisión, a pesar de que tú se lo digas, siempre hay que buscar la manera de interactuar con ellos, o sea, dónde está el punto, el punto fuerte del paciente, el punto débil del paciente. A veces, con decirle «Oye, contabilízalo, yo creo que a tal hora o a tal hora podemos quitar el tabaco».	Castilla-La Mancha
	Capacidad en los comportamientos	Mejorar los conocimientos y habilidades para realizar el comportamiento	Persistencia, tienes que mandarle medicación y tienes que hacerle revisiones muy continuadas, tienes que hacerle una buena educación sanitaria. En el sentido de explicarle que tiene que cambiar su vida en muchos aspectos en 3 o 6 meses, e identificar con él las situaciones que le llevan a fumar, para que cambien esas conductas y haga. . . suplemente esas actividades por otras, para que no fume.	Castilla-La Mancha
	Expectativas	Exponer los resultados positivos del comportamiento	Como un paso previo, ¿no?, antes de intentar que haga las cosas bien, que para él también sea algo bueno, igual él es de salir a andar todos los días y él no sabía que eso era beneficioso para él, explicarle lo que es bueno o por qué es bueno, y luego conseguir que lo haga. Cuando se tiene una actitud reacia, lo primero es cambiar la actitud; el resultado va a venir mucho más tarde. Tú estás pidiendo a una persona que cambie a cambio de nada, que le dices «ya verás, que más adelante te sentirás. . .», pero claro, hay un margen de tiempo en que solo va a valorar lo que él pone de su parte, que hace un esfuerzo y no va a notar ningún cambio.	Aragón
	Autoeficacia	Depositar la confianza en la capacidad de alguien de tomar medidas y vencer barreras; planificar los cambios a través de pequeños pasos para asegurar el éxito	Pues cuando tienes un paciente que esta obeso, mal controlado con la glucemia y le haces formación de estilos de vida saludable. Lo vuelves a citar al mes y le aconsejas, pues bueno, anda, y ves que viene y ha perdido peso, y ves que los controles glucémicos van mejorando, pues eso es algo bueno que lo vemos mucho. Claro, los felicitas cuando vienen, y cuando ven que están mejor se van animando.	Andalucía
Teoría cognitivo-social	Observación	Ofrecer modelos de comportamiento (terceras personas) que sean fiables; promover el aprendizaje de habilidades a través de la observación	Y si eso funciona bien, lo que le ha funcionado a uno igual le funciona a otro. Intentas aplicar con el paciente si ves que tiene un perfil parecido. O sea, muchas veces recibes <i>inputs</i> de otras personas que han buscado soluciones y te explican que son correctas y demás, y a veces, cuando ves una persona con un perfil parecido, se los trasladas. A veces funciona y a veces no, pero es un poco intuitivo. . . No hay una norma. . .	Cataluña
	Reforzamiento	Promover las iniciativas personales e incentivarlas	Ayer mismo tenía un caso de tabaco. Estaba con una señora de unos 55 años, fumadora de dos paquetes diarios, hipertensa y con un síndrome depresivo. Desde el centro vemos que se ha ido deteriorando físicamente, y cuando venía a controlarse la presión le hacíamos el consejo antitabaco, el consejo mínimo, porque ella siempre decía que en aquel momento no quería. Según la fase en la cual se encontraba se le realizaba el consejo adecuado. Justo vino esta semana y dijo «Ahora sí». Yo le di el mismo consejo que las otras veces, y esta vez dijo «Ahora sí que lo acepto». Le pregunté por qué lo aceptaba ahora y dijo «porque ahora ya no tengo los nietos en casa, vivo sola con mi marido, tengo tiempo y quiero dedicarme a dejar de fumar y hacer otros hábitos saludables». Y pensé, bueno, no sé si ha ido bien que fuera incidiendo o es que ha habido este momento en su vida que ha hecho que pudiera recibir toda la información que le íbamos diciendo y hasta ahora ella tenía otras preocupaciones quizás.	Cataluña

Tabla 5 (continuación)

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónoma
Modelo de apoyo interpersonal-social	Apoyo informativo	Repetir y clarificar instrucciones y averiguar el grado de resistencia al cambio	Todos los componentes que tiene la educación: una es la información y cerciorarte de si esa persona lo ha interiorizado; y otra es la evaluación, y ver si tienen los medios necesarios para hacerlo.	Castilla-La Mancha
	Apoyo emocional	Transmitir empatía y comprensión en relación con las dificultades del cambio; revisar la evolución y transmitir apoyo	Yo creo que ha cambiado eso. Nosotros lo que hacemos ahora es priorizar los problemas, primero te presentas delante de esta persona, antes de decir nada, pregunto «¿Trabajas?», porque realmente la situación de muchas personas ha cambiado. Creo que nosotros debemos ponernos en el lugar de la otra persona antes de decirle nada, porque decirle según qué, porque si no le sonará a chino, tú ya le puedes decir come esto, o haz esto o lo otro, y te dirá, «¿Qué? ¡No se está poniendo en mi lugar!». Ponerse en su lugar, a partir de aquí, ir dándole información y que él pueda ir recogiendo información para intentar hacer que cambie, que a lo mejor le va a hacer bien, por su salud, pero realmente, antes de todo, es ver la situación y también que él se implique en lo que pueda.	Islas Baleares
	Colaboración con el entorno	Invitar a la familia o al entorno a ayudar en el cambio, comprometiéndose y comprendiendo la necesidad del cambio; utilizar a la familia o al entorno como recordatorio y refuerzo	Pues el otro día también ella me comentaba que estaba muy contenta porque ya no bebía alcohol el marido. . . Bueno. . . Es un paciente con muchos factores de riesgo cardiovascular y alcohólico, bebía mucho alcohol. Y entonces estaba la mujer encantada: «Llega a la hora, cenamos juntos. . . no sé qué» Digo, o sea, digo. . . es que digo «¿Eso se lo has dicho a él?», porque claro, antes pasaba de él porque siempre malos modos, irritabilidad. . . y dice «No, no se lo he dicho», y digo «Hombre, díselo. Pero lo bueno y lo malo. O sea, ahora que estás encantada, díselo que estás encantada, ¿no?» Y lo que decimos siempre de lo positivo, ¿no?, de refuerzo positivo. Es un papel importante, que también hay que tener en cuenta para ayudar al paciente, la pareja, no sé. Yo le recomendaría, lo primero, que sacara un tiempo para ella exclusivamente, un día a la semana o lo que fuera, pero un tiempo para ella y fuera de casa. Un tiempo en función de lo que necesitara para hacer lo que a ella realmente le apetezca hacer, y pueda. Si le fuera el ejercicio físico bien, yo empezaría por algo que a ella le guste hacer y no pueda hacer, es decir, bueno, pues dedícale un día a la semana o dos, los que puedas, lo primero que ella se cuida un poco porque realmente una persona así no va a poder aparcar a los hijos, no va a aumentar sus ingresos económicos. . . Entonces, claro, yo creo que lo que tiene que hacer es fortalecerse ella y sentirse mejor con ella misma.	Cataluña
Teoría de la motivación por incentivos	Recompensas internas	Promover todo aquello que una persona tiene para autorrecompensarse	Yo le recomendaría, lo primero, que sacara un tiempo para ella exclusivamente, un día a la semana o lo que fuera, pero un tiempo para ella y fuera de casa. Un tiempo en función de lo que necesitara para hacer lo que a ella realmente le apetezca hacer, y pueda. Si le fuera el ejercicio físico bien, yo empezaría por algo que a ella le guste hacer y no pueda hacer, es decir, bueno, pues dedícale un día a la semana o dos, los que puedas, lo primero que ella se cuida un poco porque realmente una persona así no va a poder aparcar a los hijos, no va a aumentar sus ingresos económicos. . . Entonces, claro, yo creo que lo que tiene que hacer es fortalecerse ella y sentirse mejor con ella misma.	Aragón
	Recompensas externas	Ofrecer incentivos simbólicos que animen a la participación continuada	<i>En el discurso de los participantes no se menciona esta estrategia</i>	

implicar a personas de la comunidad en el liderazgo de la PPPS se realizaban de forma puntual y con frecuencia en el marco de programas dirigidos por los/las profesionales de salud pública de la zona o de proyectos de investigación. No se describieron acciones desde atención primaria de salud para promover que la comunidad identificara los problemas, priorizara los problemas que debían trabajarse y planificara acciones para resolverlos.

Discusión

Este estudio añade conocimientos sobre los modelos teóricos de PPPS subyacentes en la práctica habitual de los/las profesionales de atención primaria de salud. Actualmente, la PPPS en atención primaria se realiza sobre todo partiendo de modelos intrapersonales, pocas veces con los modelos interpersonales y excepcionalmente siguiendo el modelo comunitario explorado. Los/las profesionales

participantes utilizan simultáneamente diversos modelos de PPPS y, dentro de estos, solo algunas de sus estrategias. El solapamiento de conceptos entre los modelos explicaría la aplicación simultánea de distintos modelos.

El mayor uso de los modelos intrapersonales es coherente con una mayor tradición y conocimiento de los/las profesionales sobre su aplicación. Estos incluyen múltiples factores que definen el modelo y han mostrado su efectividad en algunas conductas promotoras de la salud, sobre todo mediante intervenciones intensivas y de mayor duración^{4,5,11,12}. Las guías de la US Preventive Services Task Force raramente asignan recomendaciones fuertes a las intervenciones de consejo sobre las conductas, a diferencia del PAPPs, cuyas recomendaciones sobre tabaco, dieta mediterránea y actividad física indican evidencia alta y recomendación fuerte a favor de su aplicación¹¹. No obstante, entre los/las profesionales persiste cierta ambivalencia en su aplicación. Se mueven entre la

Tabla 6
Modelos macro: intervenciones de prevención primaria y promoción de la salud de acuerdo con los modelos comunitarios de salud

Modelo	Conceptos clave	Estrategias	Ejemplo de citas	Comunidad autónoma
Modelo de organización comunitaria	Empoderamiento	Empoderar a los miembros de la comunidad para crear cambios deseados	Nos ponemos en contacto con otras administraciones para ver si podemos potenciar la formación de grupos, nos sigue costando mucho hacer grupos. Estamos hablando con el colegio desde atención primaria para que se promocioe la salud, el ejercicio y el que no empiecen a fumar. Las charlas que estamos dando en la población, estamos preparando. . . hicimos hace poco una de la menopausia.	País Vasco
	Capacidad de la comunidad	Activar la participación en la comunidad de sus miembros; promover la ganancia de habilidades de liderazgo e impulso	Aunque a su vez eso puede ser también un factor positivo. Es decir, el hecho de que sea un grupo donde hay un patriarca y tal, a lo mejor con una intervención sobre determinadas personas puede condicionar que se consigan muchos beneficios. Concretamente, con el tema de la vacuna se consiguió vacunar a niños simplemente con ir al patriarca, hablar y decir «no os preocupéis, mañana está aquí todo el mundo vacunándose». O sea, que eso tiene su aspecto positivo y negativo.	Andalucía
	Participación	Desarrollar en los miembros de la comunidad habilidades de liderazgo, conocimiento y recursos a través de su participación	El Plan de Barrios ha pasado por aquí recientemente y se ha vivido muy activamente, se han realizado muchas actividades. Por ejemplo, el «Actívate», el Taichí en el parque, etc. Yo fui un día y me gustó muchísimo. La gente se motiva con los temas de actividad física y además está relacionado con la relajación, también hay respiración, mente-cuerpo, etc. También hay actividades físicas que imparten enfermeras del centro, son actividades que también motivan a la gente. . . Seguramente se motivan unos cuantos y no todos los que quisiéramos, pero crea mucha cohesión. Después de un tiempo, continúan ellos solos haciendo las salidas para andar. Ahora estamos proyectando lo de la ruta saludable, que es animar a la gente a que salga a caminar, que lo hacemos, ¿no?, pero ahora lo que vamos a tener es conocimiento de por dónde pueden ir a caminar, los parques que hay, las zonas verdes por donde pueden ir. Entonces, ahora yo creo que tenemos un instrumento muy bueno para decir «puedes ir a este parque que está cerca de tú casa o puedes ir a este otro sitio», para que la gente se anime a salir.	Cataluña
Modelo de organización comunitaria	Relevancia	Ayudar a la comunidad a crear su propio orden del día basado en necesidades sentidas, el poder compartido y la conciencia de recursos	Ahora estamos proyectando lo de la ruta saludable, que es animar a la gente a que salga a caminar, que lo hacemos, ¿no?, pero ahora lo que vamos a tener es conocimiento de por dónde pueden ir a caminar, los parques que hay, las zonas verdes por donde pueden ir. Entonces, ahora yo creo que tenemos un instrumento muy bueno para decir «puedes ir a este parque que está cerca de tú casa o puedes ir a este otro sitio», para que la gente se anime a salir.	Islas Baleares
	Selección del problema	Potenciar que los miembros de la comunidad participen en la identificación de los problemas por orden de importancia	<i>En el discurso de los participantes no se menciona esta estrategia</i>	
	Conocimiento crítico	Animar a que los miembros de la comunidad hablen de las causas del origen de los problemas y que planifiquen acciones para resolverlos	<i>En el discurso de los participantes no se menciona esta estrategia</i>	

preocupación ética relacionada con el desarrollo de estas actividades y las dudas o el escepticismo sobre su efectividad y su impacto cuando las circunstancias de las personas dificultan los cambios de conducta^{11,16}.

En relación con los modelos interpersonales, los/las profesionales destacan estrategias de colaboración con el entorno de la persona, así como el papel del profesional para proponer y adaptar las estrategias de actuación al proceso de cambio. El modelo basado en la teoría cognitivo-social, uno de los más utilizados⁶, y el modelo de apoyo interpersonal-social aparecen en los discursos de los/las profesionales en la mayoría de los centros de salud. Esto concuerda con estudios previos que encuentran que implicar a familiares y amistades aumenta la probabilidad y el mantenimiento del cambio⁴.

Por otra parte, la menor utilización del modelo de organización comunitaria es coherente con el menor desarrollo de la acción comunitaria en atención primaria de salud, que contrasta con un mayor desarrollo de la prevención clínica y de la educación sanitaria individual¹⁹. Además, el enfoque predominante de la práctica clínica se centra en la enfermedad y en la resolución de problemas de salud o de los motivos de la consulta²⁰, en concordancia con las expectativas de las personas usuarias de los servicios y de algunos/as profesionales sanitarios/as. La práctica profesional prioriza curar, considerando las expectativas de la persona atendida, que espera que el/la profesional entienda su situación individual y resuelva su problema²¹. No obstante, mientras que los/las profesionales destacan barreras para la PPPS centradas en el/la paciente, este/a señala barreras contextuales (del ambiente construido,

culturales y socioeconómicas) que podrían reducirse con un abordaje comunitario, y demanda políticas de justicia social y equidad¹⁶.

El modelo de organización comunitaria es el único que trabaja el empoderamiento de la comunidad, reforzando la acción comunitaria y la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias protectoras y favorecedoras de la salud. El hecho de que este modelo, el más alineado con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, sea el menos utilizado, indica que aún queda un largo camino por recorrer en la PPPS en atención primaria²²⁻²⁴.

El modelo de organización comunitaria se aplica muy poco. No obstante, distintas iniciativas promueven la integración de la intervención comunitaria desde atención primaria de salud. El PACAP de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria aboga por las intervenciones comunitarias en nuestro contexto²⁵. Asimismo, el grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y la red Actuando Unidos Por la Salud (AUPA) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària²⁶ promueven una PPPS con mirada comunitaria. En 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las comunidades autónomas, elaboró la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, que invita a integrar y coordinar los niveles, los sectores y los actores implicados en la PPPS²⁷, y enfatiza el consejo integral en estilos de vida en atención primaria de salud vinculado con los recursos comunitarios²⁸; además, incluye la aplicación *Localiza salud*, con un mapa de recursos para la PPPS²⁹. Finalmente, la Alianza de Salud Comunitaria facilita un espacio de encuentro de Administraciones, instituciones académicas y asociaciones de profesionales implicados en la promoción de la salud de las comunidades que desean implicar y empoderar a las personas en su propia salud³⁰. Así pues, para potenciar los modelos comunitarios habría que aumentar los vínculos con iniciativas ciudadanas como los diagnósticos de salud participativos³¹ o el paciente experto.

El desarrollo de las actividades de PPPS contempla oportunidades, dificultades y retos sociales, profesionales y científicos. La PPPS es social y multidisciplinaria, y debería basarse en los determinantes sociales de la salud, en la equidad, en estrategias multisectoriales y en la participación comunitaria, y ser aplicable en la práctica diaria de la atención primaria de salud³². De este modo, la atención primaria de salud debería orientar comunitariamente la práctica profesional³³. El sistema tiene que incorporar la participación y la orientación comunitaria, y facilitar el intercambio, la formación, la investigación, el reconocimiento en la cartera de servicios, la financiación y la evaluación. Para ello es necesario llevar a cabo una reorganización del sistema asistencial más centrada en la persona y en la comunidad, que haya voluntad política en alianza con la población y que tanto la salud pública como la atención primaria de salud ejerzan de manera integrada sus competencias en beneficio de la salud comunitaria¹⁹.

Una de las fortalezas de este trabajo es la riqueza y la complementariedad de los discursos generados en los 14 centros de atención primaria, lo que permite responder la pregunta de investigación. No obstante, los/las informantes trabajan en centros de salud que aceptaron voluntariamente participar en el proyecto EIRA¹⁵, lo que sugiere un interés particular en la promoción de la salud. Su experiencia podría no ser transferible a otros/as profesionales más escépticos/as respecto a la PPPS. Se han utilizado distintos procedimientos de rigor y calidad de la investigación: contextualización de la investigación, triangulación del análisis, reflexividad y multidisciplinaria del equipo investigador³⁴. En este artículo únicamente se exploran algunos de los modelos intrapersonales e interpersonales de PPPS, y solo uno de los comunitarios. No obstante, el alto grado de solapamiento de algunos modelos intrapersonales e interpersonales, y el bajo grado de adherencia de las

prácticas actuales a los modelos comunitarios, sugieren que los modelos explorados son los más adecuados.

Conclusiones

Las prácticas de PPPS de los/las profesionales de atención primaria de salud participantes siguen principalmente los modelos intrapersonales. Además, algunos/as profesionales realizan actividades de PPPS que encajan en modelos interpersonales y más puntualmente en modelos comunitarios.

Es necesario potenciar la participación y la orientación comunitaria de los servicios de atención primaria de salud, así como evaluar el impacto de la atención basada en modelos intrapersonales, interpersonales y comunitarios en la mejora de la salud de las personas.

Editora responsable del artículo

Erica Briones-Vozmediano.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La promoción de la salud y la aplicación de medidas de prevención primaria son actividades propias de la atención primaria de salud. Existen numerosos modelos teóricos para el desarrollo de estas actividades en atención primaria de salud, como el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, el modelo transteórico de las etapas del cambio, la teoría cognitivo-social, el modelo de apoyo interpersonal-social, la teoría de la motivación por incentivos y el modelo de organización comunitaria.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las prácticas de prevención primaria y promoción de la salud actuales cubren adecuadamente los modelos intrapersonales, algunos de los cuales han demostrado un impacto positivo en la salud de los usuarios. Además, diversos profesionales realizan actividades de prevención primaria y promoción de la salud que encajan en modelos interpersonales y más puntualmente en modelos comunitarios. Es necesario potenciar la participación y la orientación comunitaria de los servicios de la atención primaria de salud, así como evaluar el impacto de la prevención primaria y la promoción de la salud basada en modelos intrapersonales, interpersonales y comunitarios en la mejora de la salud de las personas.

Contribuciones de autoría

A. Berenguera, M. Gil-Girbau, M. Pons-Vigués, E. Pujol-Ribera y M. Rubio-Valera participaron en la concepción y el diseño del estudio. B. Masluk, J.I. Recio, B. Rodríguez-Martín, C. Martínez, S. Conejo-Cerón, A. García Pineda, C. Vidal Tomás, A. Berenguera, E. Pujol-Ribera y M. Pons-Vigués realizaron el trabajo de campo y

las técnicas de recogida de datos. M. Gil-Girbau, M. Rubio-Valera, M. Pons-Vigués, E. Pujol-Ribera y G. Murrugarra realizaron el análisis de los datos. Todos/as los/las autores/as participaron en la interpretación y la discusión de los resultados. A. Berenguera, M. Gil-Girbau, M. Pons-Vigués, E. Pujol-Ribera y M. Rubio-Valera elaboraron la primera versión del manuscrito, que luego fue mejorada con contribuciones relevantes del resto de los/las autores/as. Todas las personas firmantes han participado en la redacción del manuscrito y su revisión crítica, y han aprobado la versión final.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todos los profesionales de atención primaria de salud que participaron en el estudio. También queremos agradecer la colaboración de Anna Moleras, Bonaventura Bolívar, Joan Llobera, José Ángel Maderuelo, Rosa Magallón, Vicente Martínez, Elena Melús, Emma Motrico y Fernando Salcedo.

Financiación

Este proyecto fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad) con una subvención para proyectos de investigación en salud (PI12/01914; PI12/001616; PI12/02608; PI12/01974; PI12/02774; PI12/02635; PI12/02379) y por la Red de Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria (redIAPP, RD12/0005/0001; RD16/0007/0001), cofinanciado por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Cabeza E, March S, Cabezas C, et al. Promoción de la salud en atención primaria. *Gac Sanit.* 2016;30:81–6.
- Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1:6–13.
- Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, et al. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria.* 2005;35:478–83.
- Bully P, Sánchez Á, Zabaleta-del-Olmo E, et al. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: a systematic review. *Prev Med.* 2015;76:S76–93.
- Grandes Odriozola G, Sánchez Pérez A, Cortada Plana JM, et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud, 2008 (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2008_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/D_08_07_estilos_vida.pdf
- Rueda Martínez de Santos JR, Manzano Martínez I, Páez Rovira D, et al. La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. 2008 (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2009/06/d_08_08_promoci_salud.pdf
- National Cancer Institute. Theory at a glance. A guide for health promotion practice. London; 2005. (Consultado el 19/10/2018.) Disponible en: <https://www.sbccimplementationkits.org/demandrnmch/wp-content/uploads/2014/02/Theory-at-a-Glance-A-Guide-For-Health-Promotion-Practice.pdf>
- Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychol Health.* 2004;19:29–49.
- Michie S, Johnston M, Francis J, et al. From theory to intervention: mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Appl Psychol.* 2008;57:660–80.
- Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria.* 2018;50:29–40.
- Coulson NS, Ferguson MA, Henshaw H, et al. Applying theories of health behaviour and change to hearing health research: time for a new approach. *Int J Audiol.* 2016;55:S99–104.
- Berenguera A, Pons-Vigués M, Moreno-Peral P, et al. Beyond the consultation room: proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care centre workers. *Health Expect.* 2017;20:896–910.
- Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ.* 2007;334:455–9.
- Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, et al. Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. *Int J Equity Health.* 2017;16:99.
- Zabaleta-del-Olmo E, Bolívar B, García-Ortiz L, et al. Building interventions in primary health care for long-term effectiveness in health promotion and disease prevention. A focus on complex and multi-risk interventions. *Prev Med.* 2015;76:S1–4.
- Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One.* 2014;9:e89554.
- Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, et al. Primary care patients' perspectives of barriers and enablers of primary prevention and health promotion – a meta-ethnographic synthesis. *PLoS One.* 2015;10:e0125004.
- Zabaleta-Del-Olmo E, Pombo H, Pons-Vigués M, et al. Complex multiple risk intervention to promote healthy behaviours in people between 45 to 75 years attended in primary health care (EIRA study): study protocol for a hybrid trial. *BMC Public Health.* 2018;18:1–15.
- Pasarín MI, Díez E. Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit.* 2013;27:477–8.
- López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit.* 2017;31:269–72.
- Jacobsen ET, Rasmussen SR, Christensen M, et al. Perspectives on lifestyle intervention: the views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scand J Public Health.* 2005;33:4–10.
- March S, Torres E, Ramos M, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Prev Med.* 2015;76:S94–104.
- Martínez Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, et al. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32 Supl 1:17–21.
- Valls Pérez B, Calderón Larrañaga S, March Cerdà JC, et al. Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32 Supl 1:82–5.
- PACAP. (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/>.
- CAMFiC, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: <http://www.camfic.org/>.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud; 2014. (Consultado el 25/5/2019.) Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocion-y-Prevencion.htm>.
- Andradas E. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 (Consultado el 25/5/2019.) Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
- Localiza Salud. (Consultado el 30/10/2018.) Disponible en: <https://localizasalud.msssi.es/maparecursos/main/Menu.action>.
- Alianza de Salud Comunitaria. (Consultado el 24/1/2019.) Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>.
- Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1:88–93.
- Camaralles Guillem F. Los retos de la prevención y promoción de la salud, y los del PAPPs. *Aten Primaria.* 2018;50:1–2.
- SEMFiC. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en atención primaria. (Consultado el 25/5/2019.) Disponible en: <https://e-documentossemfic.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>.
- Calderon C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research.* 2009;10art:17.

ANEXO 2

Publicaciones no incluidas en la tesis doctoral

1. Peñarrubia-Maria M, **Gil-Girbau M**, Gallardo-González M, et al. Reasons for initial medication nonadherence from a health professionals' perspective: a qualitative exploration. Submitted.
2. Vilaplana-Carnerero C, Aznar-Lou I, Peñarrubia-Maria M, Serrano-Blanco A, Fernandez Vergel R, Petitbó D, **Gil-Girbau M**, March-Pujol M, Mendive J, Carbonell C, Rubio-Valera M. Initiation and single dispensing in cardiovascular medications and insulin: prevalence and explanatory factors. Submitted.
3. Aznar-Lou I, Iglesias-González M, Rubio-Valera M, Peñarrubia-Maria MT, Mendive JM, Murrugarra-Centurión AG, **Gil-Girbau M**, González-Suñer L, Peuters C, Serrano-Blanco. Diagnosi accuracy and treatment approach to depression in primary care. Predictive factors. *A.Fam Pract.* 2019 Jan 25;36(1):3-11. doi: 10.1093/fampra/cmz098.
4. Iglesias-González M, Aznar-Lou I, Peñarrubia-María MT, **Gil-Girbau M**, Fernández-Vergel R, Alonso J, Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M. Effectiveness of watchful waiting versus antidepressants for patients diagnosed of mild to moderate depression in primary care. A 12-month pragmatic clinical trial (INFAP study). *Eur Psychiatry.* 2018 Sep; 53:66-73. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.005. Epub 2018 Jun 26.
5. Aznar-Lou I, Pottegård A, Fernández A, Peñarrubia-María MT, Serrano-Blanco A, Sabés-Figuera R, **Gil-Girbau M**, Fajó-Pascual M, Moreno-Peral P, Rubio-Valera M. Effect of capayment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study. *BMJ Qual Saf.* 2018 Nov;27(11):878-891. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007416. Epub 2018 Mar 15.
6. Aznar-Lou I, Iglesias-González M, **Gil-Girbau M**, Serrano-Blanco A, Fernández A, Peñarrubia-María MT, Sabés-Figuera R, Murrugarra-Centurión AG, March-Pujol M, Bolívar-Prados M, Rubio-Valera M. Impact of initial medication non-adherence to SSRIs on medical visits and sick leaves. *J Affect Disord.* 2018 Jan 15;226:282-286. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.057. Epub 2017 Oct 3. Erratum in: *J Affect Disord.* 2019 Oct 11;261:110.

7. Iglesias-González M, Aznar-Lou I, **Gil-Girbau M**, Moreno-Peral P, Peñarrubia-María MT, Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A. Comparing Watchful waiting with antidepressants for the management of subclinical depression symptoms to mild-moderate depression in primary care: a systematic review. *Fam Pract.* 2017 Nov 16;34(6):639-648. doi: 10.1093/fampra/cmz054.

8. Aznar-Lou I, Fernández A, **Gil-Girbau M**, Sabés-Figuera R, Fajó-Pascual M, Peñarrubia-María MT, Serrano-Blanco A, Moreno-Peral P, Sánchez-Niubó A, March-Pujol M, Rubio-Valera M. Impact of initial medication non-adherence on use of healthcare services and sick leave. A longitudinal study in a large primary care cohort in Spain. *Br J Gen Pract.* 2017 Sep;67(662):e614-e622. doi: 10.3399/bjgp17X692129. Epub 2017 Jul 31.

9. Aznar-Lou I, Fernández A, **Gil-Girbau M**, Fajó-Pascual M, Moreno-Peral P, Peñarrubia-María MT, Serrano-Blanco A, Sánchez-Niubó A, March-Pujol MA, Jové AM, Rubio-Valera M. Initial medication non-adherence: prevalence and predictive factors in a cohort of 1.6 million primary care patients. *Br J Clin Pharmacol.* 2017 Jun;83(6):1328-1340. doi: 10.1111/bcp.13215. Epub 2017 Feb 24. Erratum in: *Br J Clin Pharmacol.* 2018 Oct;84(10):2450.

