

TABLA 1 Estresores laborales en el total de la muestra

	Media ± desviación típica
Las consecuencias de mis errores para el enfermo	4,08 ± 1,21
Tratar con gente agresiva	4,05 ± 0,94
Ver morir a un paciente especial	3,91 ± 1,16
Recibir un sueldo no acorde con las responsabilidades de mi trabajo	3,86 ± 1,16
Los familiares de los pacientes exigentes e inquisitivos	3,85 ± 1,00
No trabajar de acuerdo con una planificación coherente	3,71 ± 1,16
Que las decisiones y cambios que me afectan se tomen desde arriba	3,7 ± 1,18
Escasez de personal	3,65 ± 1,06
Ver sufrir a los pacientes	3,58 ± 1,04
Ganar poco dinero para disfrutar de un buen nivel de vida	3,56 ± 1,17
Falta de apoyo de los superiores	3,53 ± 1,15
Insatisfacción laboral	3,52 ± 1,23

situaciones que son percibidas como estresantes en el medio sanitario²⁻⁴; sin embargo, pocos estudios han evaluado los servicios de urgencias y, los que lo han hecho, se han centrado en las urgencias hospitalarias^{5,6}.

El presente estudio refleja prácticamente el total de los trabajadores de los servicios de urgencia de atención primaria del Área 9 de Madrid, ya que al realizar las evaluaciones durante las reuniones de equipo de los profesionales, en lugar de emplear el método de encuesta por correo, se incrementó el porcentaje de participación.

Dos ítems presentaron en el total de la muestra una puntuación media por encima de 4: Tratar con gente agresiva y Las consecuencias de mis errores para el enfermo. Este último dato coincide con el obtenido en otros estudios^{1,2}. Por otra parte, estos estresores se corresponden con realidades actuales, por una parte se ha incrementado el número de agresiones físicas y verbales de que son objeto los profesionales de la salud y, por otra, ha aumentado la frecuencia con la que son interpuestas denuncias y reclamaciones por mala praxis.

También se desprende de los datos obtenidos que muchas de las principales fuentes de estrés percibidas por los distintos profesionales tienen que ver con condiciones que podrían ser modificadas. En especial las relacionadas con las condiciones de presión laboral y las relacionadas con la interacción con pacientes y familiares.

Para facilitar una adecuada actuación en esta interacción con paciente y familiares sería importante dotar a los profesionales

de las habilidades necesarias para afrontar este tipo de situaciones.

Agradecimiento

A M. Luisa Illescas, gerente del Área 9, y a Pedro Martínez Tenorio gerente del Área 9 durante el inicio de este proyecto y actualmente gerente del SUMMA 112, y, en especial, a José Carlos Cerdeira, coordinador de los Servicios de Urgencia del Área 9 durante la realización de este trabajo y actual subdirector de Enfermería del SUMMA 112, por organizar las reuniones de equipo que permitieron obtener todos los datos.

Mónica Bernaldo de Quirós Aragón y Francisco J. Labrador Encinas

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

1. Reig A, Caruana A. Batería de evaluación de estrés en profesionales de la salud. Mimeo. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante; 1987.
2. Cáceres V, Otero-López JM, Pardiñas MC, Castro C, Santiago MJ. Evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la provincia de A Coruña. A Coruña: Deputación Provincial da Coruña; 2000.
3. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. Aten Primaria. 1994;14: 1135-40.
4. Laria JC, Anguix J, Higuera MJ, Morata C, Ribera D, Cartagena E, et al. Estrés en

los profesionales de enfermería. Enfermería Clínica. 1995;5:15-25.

5. Garnés AF. Fuentes de estrés laboral en médicos de urgencia hospitalaria. Avances en Traumatología. 2005;35:16-20.
6. Pinedo AM, González MC, Undebeytia L, Eugenia MA. Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral de una Unidad de Urgencias. Hygia. 2005;60: 23-8.

Causas de incumplimiento de los pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Granada

Objetivo. Determinar si los pacientes que acuden a una oficina de farmacia de Granada incumplen el tratamiento terapéutico e identificar su causa.

Diseño. Estudio descriptivo, observacional, transversal.

Emplazamiento. Farmacia comunitaria de Granada.

Participantes. Pacientes mayores de 12 años y sin ninguna dificultad cognitiva, que acudieron a la farmacia en septiembre de 2005.

Mediciones principales. Se midió el cumplimiento farmacoterapéutico mediante el cuestionario de Morisky-Green¹. Se pasó un segundo cuestionario a los pacientes incumplidores preparado ad hoc para determinar las posibles causas de incumplimiento.

Resultados. Participaron y concluyeron el estudio 139 pacientes. De ellos, 108 (77,7%) incumplían el tratamiento; el 62% eran mujeres y el resto, varones, con una mayoría en el rango de edad de 19-45 años (76%) y el 64,8% tenía un nivel cultural medio. Las causas de incumplimiento se resumen en la tabla 1.

En el 82,3% se relacionaban con el problema de salud; la percepción de mejoría de salud por los pacientes fue el principal motivo de incumplimiento (80,5%). En el 93,4% se relacionaban con el paciente; el 27,7% por

Palabras clave: Incumplimiento terapéutico. Farmacia comunitaria. Atención farmacéutica.

TABLA 1 Causas de incumplimiento de los pacientes entrevistados

Causas de incumplimiento	n	(%)
Relacionados con el problema de salud	89	(82,3)
Mejoría del problema de salud	87	(80,5)
Sin mejoría del problema de salud	2	(1,8)
Relacionados con el paciente	101	(93,4)
Olvido de la toma	30	(27,7)
Temor a los efectos secundarios	43	(39,8)
Desconfiar del medicamento	28	(25,9)
Relacionados con el medicamento	3	(2,70)
Pauta de administración	2	(1,8)
Duración del tratamiento	1	(0,9)

olvidar la toma, el 39,8% por temer a los efectos secundarios y el 25,9% por desconfiar del medicamento. En el 2,7% se relacionaban con el medicamento; el 1,8% por la pauta de administración y el 0,9% por la duración del tratamiento.

Discusión y conclusiones. Hay un alto porcentaje de pacientes que no cumplen con su tratamiento (77,7%); las principales causas son abandono del tratamiento por mejoría del problema de salud (80,5%), olvido de la toma (27,7%), temor a efectos secundarios (39,8%) y desconfianza del medicamento

(25,9%). Estos resultados concuerdan con los del estudio realizado por Busto et al². Otros autores, como Perkins³ y Weis et al⁴, concluyen que las razones del incumplimiento son muchas y variadas, e incluyen factores como la complejidad de los regímenes del tratamiento, la vía de administración y la opinión de los pacientes acerca de su terapia y de otros factores psicosociales; en nuestro estudio, los pacientes no han manifestado estas causas de incumplimiento. Este trabajo fue presentado como comunicación-póster en el II Congreso Nacional

de la SEFaC en A Coruña el 17-19 de noviembre de 2006.

Mercedes Bueno Gómez^a,
 María Dolores Barrionuevo
 Sancho^a, Narjis Fikri Benbrahim^b
 y Emilio García-Jiménez^b

^aFarmacia Sancho de Mesa.
 Granada. España.

^bGrupo de Investigación en Atención
 Farmacéutica (CTS-131). Universidad de
 Granada. Granada. España.

1. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24:67-74.
2. Busto KM, Wood SF. Non-compliance amongst adolescents with asthma: listening to what they tell us about self-management. *Fam Pract.* 2000;17:134-8.
3. Perkins DO. Predictors of non-compliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:1121-8.
4. Weis KA, Smith TE, Hull JW, Piper AC, Huppert JD. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Bull.* 2002;28:341-9.