

Psicología y salud

Psicología y Salud

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Universidad Veracruzana

rbulle@uv.mx

ISSN: 1405-1109

MÉXICO

2004

Libertad Martín Alfonso / Jorge A. Grau Abalo

LA INVESTIGACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
COMO UN PROBLEMA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Psicología y Salud, enero-junio, año/vol. 14, número 001

Universidad Veracruzana

Xalapa, México

pp.89-99

La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud

The study of therapeutic adherence as a problem of Health Psychology

Libertad Martín Alfonso¹ y Jorge A. Grau Abalo²

RESUMEN

En los momentos actuales, el tema del cumplimiento de las indicaciones médicas tiene gran trascendencia por sus implicaciones médicas, sociales y familiares para los pacientes ? sobre todo de los que padecen enfermedades crónicas? y porque incide en el aumento del costo de la asistencia sanitaria. En este trabajo se lleva a cabo un análisis de la adherencia terapéutica como categoría de la psicología de la salud y como un componente fundamental de los aspectos subjetivos y comportamentales a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad. Se destaca el carácter complejo, multidimensional y multifactorial de este fenómeno, y se exponen algunas reflexiones acerca de los principales problemas teóricos y metodológicos a los que se enfrenta el investigador que intente abordar con rigor y seriedad el tema. Finalmente, se plantea la necesidad de investigarlo para mejorar la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y el perfeccionamiento de la práctica médica, a la vez que puede convertirse en una contribución importante al desarrollo de este campo.

Palabras clave: Adherencia terapéutica; Cumplimiento de prescripciones médicas; Cooperación en el tratamiento.

ABSTRACT

Nowadays, the topic of the fulfillment of the medical indications has a great transcendence due to the medical, social and familiar implications for the patients ? specifically those who suffer from chronic illness? , and because it influences the rising of health care costs. In this paper, the authors analyze the therapeutic adherence as a category of Health Psychology as a fundamental component of the subjective and behavioral aspects to take into account on the course and evolution of the illness. The multidimensional and multifactorial character of this phenomenon is highlighted, and some reflections about the main theoretical and methodological problems that the researcher has to deal with on the topic in a very serious and restricted way, are exposed. Finally, the need for research is stated in order to improve the comprehension of the role of the human behaviour in the health-illness process and the improvement of the medical practice, and at the same time it might become an important contribution to the development of Health Psychology.

Key words: Therapeutic adherence; Compliance with medical prescriptions; Cooperation in the medical treatment

¹ Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Calle Línea e I, Municipio Plaza, La Habana, Cuba, C.P. 10400, tel. (537)40-15-90, correo electrónico: liber@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 17 de enero y aceptado el 16 de marzo de 2004.

² Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, 29 y F, Vedado, Municipio Plaza, La Habana, Cuba, C.P. 10400, tel. (537)55-25-74, fax (537)55-25-87, correo electrónico: psico@infomed.sld.cu.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución.

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de cumplimiento es incluso más elevada (Rodríguez-Marín, 1995). Se ha considerado que estos porcentajes subestiman el fenómeno, pues los estudios se suelen hacer con los reportes de los pacientes cuyo acatamiento puede ser parcial y que no se perciben a sí mismos como incumplidores. Dunbar y Agras (1980) informan que en el caso de las prescripciones de ingestión de medicamentos, entre el 33 y el 82% de los pacientes no sigue o comete errores en el seguimiento del régimen; en el caso del infarto del miocardio, se ha planteado que el 49% de los enfermos abandona durante el primer año la instrucción de llevar a cabo los ejercicios físicos del programa de rehabilitación, y que entre el 40 y el 50% de los pacientes no acude a la consulta médica para recibir el tratamiento curativo una vez que se ha diagnosticado la enfermedad (Peck y King, 1985).

En los momentos actuales, este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas, toda vez que el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, así como en el sida o la depresión, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos (OMS, 2003). En investigaciones realizadas en Cuba, se encontró, en una muestra de pacientes hipertensos, una frecuencia de cumplimiento de 52.4%, similar a la media reportada por la literatura internacional (Martín, Sairo y Bayarre, 2003).

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Ginarte, 2001; Martín y Grau, 1994).

El tema del cumplimiento de las prescripciones médicas, en tanto *comportamiento humano* y *conducta de salud*, ha sido objeto de constante atención por la psicología, y ya en la década de los setenta aparecieron las primeras revisiones generales de los trabajos realizados durante este período (Rodríguez-Marín, 1995). Por las dimensiones del problema y su naturaleza compleja, en que los factores subjetivos y comportamentales tienen un importante papel, se considera a la adherencia al tratamiento como un problema aún no resuelto.

Su definición e incidencia, la identificación y caracterización de los factores que la afectan y la determinación de los procedimientos para su evaluación y para conformar estrategias de intervención lo definen como una de las líneas actuales de investigación en el campo de la psicología de la salud (Macía y Méndez, 1999).

Hay pocos estudios que fundamenten científicamente el comportamiento de este fenómeno y que aporten a los sistemas de salud y a la práctica médica las herramientas necesarias para comprender las causas de la falta de adhesión a los tratamientos y para contribuir a disminuirlas. De modo empírico y anecdótico, se reconoce la existencia de grandes dificultades en este proceso por parte de la mayoría de los profesionales de la salud, situación que se corrobora también en los resultados de las exploraciones realizadas sobre el tema, lo que avala la necesidad de proyectar trabajos de investigación en dicha dirección.

En este trabajo se lleva a cabo un análisis de la adherencia terapéutica como categoría de la psicología de la salud, destacando su inserción en su marco conceptual y como un componente fundamental de los aspectos subjetivos y comportamentales a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad, así como en el proceso de salud-enfermedad. También se exponen los principales problemas teóricos y metodológicos a los que se enfrenta el investigador que pretenda abordar con rigor y seriedad este tema.

DESARROLLO

La adherencia terapéutica en el marco de la psicología de la salud

La *adherencia terapéutica* es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia, es un comportamiento humano (o, más bien, un repertorio comportamental) modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. En opinión de los presentes autores, es una categoría que refleja fehacientemente el objeto de estudio de la psicología de la salud.

La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema

de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. El padecimiento de una enfermedad ya implica de suyo una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas. Se describen como conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento las siguientes: dificultades para comenzar; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento); ausencias a consultas e interconsultas, y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad; se destaca también la práctica de la automedicación (Ferrer, 1995; Puente, 1984).

Además de los problemas físicos derivados de la enfermedad, de su tratamiento y rehabilitación, de las dificultades que muchas enfermedades generan en la autoimagen y la autoestima, de los miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, la repercusión estresante de la mayoría de las enfermedades se pone de manifiesto en la esfera de la reorientación vocacional y laboral al tener el paciente que reajustar metas y propósitos; se ve afectada su vida económica y la comunicación con las otras personas, y se producen cambios en los roles habituales y en las responsabilidades de la familia, aumentando así el sufrimiento de los allegados (Friedman y DiMatteo, 1989; Grau, 2002; Martín y Grau, 1993; Martín y cols., 1993).

La adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere. La enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o, incluso, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás. En función de ello, el paciente adopta su rol de enfermo.

La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes del mismo son aspectos psicológicos muy importantes para la adherencia, la cual podemos considerar como un contenido del rol de enfermo, un repertorio de conductas que se adoptan después de que la persona asume su condición de enfermedad. Sin embargo, no por esto deja de tener un papel protector, pues sin lugar a dudas contribuye a que no progrese la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud. Así, este componente del proceso de enfermar puede adquirir, a su vez, un carácter salutogénico.

La adherencia se ha analizado a partir de modelos clásicos propuestos para explicar otras conductas de salud en el marco conceptual de la psicología de la salud. Inicialmente, se intentó explicarla a partir de hipótesis situacionales o de personalidad, al considerarla una tendencia de la personalidad y, por tanto, algo relativamente estable y difícil de modificar. Dicho punto de vista resultó inadecuado, por lo que más tarde se trató una explicación desde modelos operantes, focalizados en los estímulos ambientales para elicitar la acción; aunque más adecuado, tal enfoque resultó insuficiente. Esta insuficiencia llevó a recurrir a los modelos cognitivo-conductuales (Friedman y Di Matteo, 1989; Leventhal, 1993). De esta forma, surgieron explicaciones basadas en los modelos de comunicación, de aprendizaje social y cognitivos de decisión, entre los que se incluyen los modelos de creencias en salud, y la teoría de la acción razonada, que son los más empleados para explicar el origen y mantenimiento de la adherencia (Bandura, 1977, 1978, 1982, 1986, 1989; Becker, 1974; Leventhal, 1993; Rosenstock, 1974, 1985; Rosenstock y Kirscht, 1982). Tales modelos teóricos constituyen intentos valiosos pero aún insuficientes para explicar en toda su magnitud la complejidad de este fenómeno psicosocial relacionado con la salud. Aun siendo el modelo de creencias de salud uno de los más utilizados en la investigación y el trabajo de intervención en el tema de la adherencia terapéutica, se le señalan importantes problemas metodológicos, así como limitaciones teóricas en su concepción (Vargas y Robles, 1996).

Ha sido de gran interés en las ciencias de la salud encontrar los móviles que llevan a las per-

sonas a incumplir los regímenes terapéuticos; no obstante, no existe aún una respuesta acabada acerca del modo en que se pueda explicar dicha situación. Los resultados de las investigaciones no apuntan hacia una sola dirección, y los factores que se consideran influyentes o determinantes son múltiples y de diversa naturaleza.

Problemas teóricos al enfrentar la investigación de la adherencia terapéutica

El investigador que decida emprender el estudio de esta significativa cuestión se habrá de encontrar con un primer problema: la definición del concepto. En otras palabras: ¿qué se debe entender por adherencia terapéutica? En la bibliografía suelen emplearse diversos términos para referirse a un mismo fenómeno, algunos de los cuales aportan matices diferentes, pero sin llegar a un concepto que sea aceptado por todos y empleado de forma habitual por los investigadores y profesionales interesados en el tema. Los más utilizados son el de “cumplimiento” (*compliance*) y “adherencia” (*adherence*), aunque se han propuesto muchos otros, como cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia (Basterra, 1999).

Con respecto al término “cumplimiento”, si bien no existe un consenso general en su definición, la que tiene mayor aceptación es la propuesta por Haynes (1979): “el grado en 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, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. En la práctica médica, este concepto suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos de una forma determinada por parte del paciente (Basterra, 1999), sin incluir aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regulares, evitar el estrés, llevar a cabo visitas médicas periódicas o cumplir con las programadas para el seguimiento.

Dicho término ha generado grandes polémicas, y sobre todo se señala su alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar, pues se considera que suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones

del profesional de la salud, con lo que asume el paciente un rol pasivo y sumiso; así, el enfermo sería incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen (Ferrer, 1995). También se ha señalado que se trata de una definición con importantes deficiencias (Károly, 1993), en el sentido de que tiende a ser unidimensional. Las personas son “cumplidoras” o “no cumplidoras”, pese a las múltiples posibilidades que puede haber en relación con dicho cumplimiento. Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento. Además, es reduccionista, pues sólo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aspectos subjetivos de otro orden, como las creencias y motivaciones del paciente, por ejemplo.

Con el fin de superar esas limitaciones, se han introducido otros términos, como “adherencia” o “alianza terapéutica”, para expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente (Basterra, 1999); de este modo, se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, del cual se haría depender la conducta del paciente; se tendría en cuenta no sólo su propia responsabilidad, sino también las acciones efectuadas por el médico en cuanto a la claridad de las indicaciones y el uso adecuado de los recursos de la comunicación.

El término “*adherence*” se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982), y representa un significativo avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido. Los vocablos “alianza”, “colaboración”, “cooperación” y “adherencia” parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir, o al menos que ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. De ese modo, implicaría un papel activo de la persona.

Los autores interesados en este tema optan por uno u otro término. Friedman y DiMatteo (1989),

por ejemplo, prefieren hablar de “cooperación” para enfatizar la naturaleza bilateral de las interacciones profesional de la salud-enfermo; sin embargo, los términos “cumplimiento” o “incumplimiento” siguen siendo los más utilizados en la práctica médico-farmacéutica (Basterra, 1999). Es también muy frecuente el uso de “cumplimiento” y “adherencia” indistintamente y empleados como sinónimos (Ferrer, 1995). Epstein y Cluss (1982), a su vez, definen “adhesión” o “cumplimiento de las prescripciones médicas” como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre su salud o prescripciones que ha recibido. Sin embargo, Meiche mbaum y Turk (1987) distinguen entre el “cumplimiento” y la “adhesión”; el primero de tales términos coincide con la definición de Epstein y Cluss (1982), mientras que al segundo le otorgan una implicación más activa y colaborativa del paciente. Según Ferrer (1995), en el idioma español ninguno de estos términos parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto a un ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y, simultáneamente, una involucración activa del paciente en ellas.

No menos importante resulta el hecho de que la adhesión al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por su paciente y dedique a este proceso el tiempo necesario. Como puede inferirse, estamos ante un fenómeno muy complejo por su carácter multidimensional y multifactorial, y esto constituye un reto cardinal para su estudio.

La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen, a saber: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Zaldívar, 2003); estas conductas se desarrollan básicamente a partir de la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto de los componentes de las conductas mencionadas ni sobre las condiciones que las explican (Amigó, Fernández y Pérez, 1998). El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción

terapéutica comprende el realizar una serie de tareas que requieren *saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer*. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad (Amigó y cols., 1998). Por otro lado, es importante lograr que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones (Bayés, 2000).

Puede suponerse entonces que se trata de una conducta que debe ser entendida a partir de diversas dimensiones, desde los aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacionales, donde interviene la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud.

Por otro lado, una gran cantidad de autores (Amigó y cols., 1998; Barra, 2003; Basterra, 1999; Duque y Ortiz, 2002; Ferrer, 1995; Macía y Méndez, 1999; Sarró y Pomarol, 2003; Zaldívar, 2003) plantean la existencia de un amplio grupo de factores que influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando asimismo elementos de naturaleza psicosocial, médica, de relación médico-paciente y de corte gerencial.

Un primer grupo de factores determinantes está constituido por variables propias de la *interacción con el profesional sanitario*, donde se hallan la *satisfacción del paciente* en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las *características de la comunicación* que éste establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, en la cual se distinguen la satisfacción específica y la global, la primera determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda como una apreciación más general que establece el paciente. Parece ser que los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento (Macía y Méndez, 1999). La comunicación permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo

cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla (Rodríguez-Marín, 1995).

Morales (1999) señala la importancia de los siguientes factores: la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención. Además, la satisfacción se relaciona básicamente con el nivel de expectativas del paciente respecto del servicio que aspira recibir. Según diversos autores, la satisfacción es en mayor medida "calidad sentida" y constituye el espectro de los aspectos subjetivos de las características de la atención.

El segundo grupo de factores tiene un carácter básicamente médico y está relacionado con las *características del régimen terapéutico*, entre las cuales se distingue, en primer lugar, la *complejidad del tratamiento*, que se refiere al grado de cambio comportamental requerido ¿cuando implica cambio en los hábitos o exige pautas nuevas? y que produce una tasa de cumplimiento baja (Rodríguez-Marín, 1995). El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y especialmente la duración del tratamiento, son todas ellas variables relacionadas con la complejidad (Macía y Méndez, 1999). Peck y King (1985) apuntan a que entre el 20 y el 30% de los pacientes sometidos a tratamientos breves falla en cumplirlos, y que fracasa entre el 30 y 40% de los sujetos cuando son cortos y de naturaleza preventiva; las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50% de los enfermos al momento de comenzarlas, y tal incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo. También la *relación costo-beneficio del régimen de tratamiento* puede resultar relevante, ya que los costos pueden ser diversos (económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales...), mientras que los beneficios se dirigen a la convicción de que las enfermedades se han curado. La *presencia de efectos secundarios* se refiere a que los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia porque pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad; los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos

y producir así un descenso en la adherencia (Macía y Méndez, 1999).

Un tercer grupo está referido a la *naturaleza de la enfermedad*. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas, y sobre todo en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (Amigó y cols., 1998; Friedman y Di Matteo, 1989). Parece resultar más difícil seguir recomendaciones profilácticas que terapéuticas cuando los síntomas están produciendo malestar (Macía y Méndez, 1999).

El cuarto grupo de determinantes está constituido por un amplio conjunto de factores convencionalmente llamados *psicosociales*, y se relaciona en primer lugar con las *creencias del paciente* asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar, o vulnerabilidad percibida (Becker, 1974; Rosentock, 1974, 1985; Rosentock y Kirscht, 1982); en segundo término, con la creencia de la persona de que puede ejecutar la respuesta necesaria (autoeficacia percibida) (Bandura, 1977, 1978, 1982, 1986, 1989), y, por último, con la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida). Se supone que la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de su cumplimiento. Kaplan, Atkins y Reinsch (1984), por ejemplo, quienes aplicaron tres procedimientos psicológicos a sesenta pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) para involucrarlos en un programa de ejercicios físicos, comprobaron que la autoeficacia incrementada por una técnica cognitiva predijo significativamente el grado de cumplimiento durante el seguimiento.

El *apoyo social y familiar* también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico; de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros, puede ser especialmente necesario ese refuerzo de

los allegados para iniciar y mantener los cambios (Barra, 2003; Ferrer, 1995; Rodríguez-Marín, 1995).

Reconocer tal diversidad de factores presuponé tenerlos en cuenta al explicar por qué las personas siguen o no una conducta de cumplimiento. Sin embargo, su incidencia no ocurre de manera lineal; entre ellos se deben producir complejas interacciones e integraciones que hacen muy difícil la interpretación de los resultados de una investigación. Dichas interacciones e integraciones deben ser asimismo objeto de investigación.

Problemas metodológicos para enfrentar la investigación de la adherencia terapéutica

Los problemas de orden teórico conducen casi inevitablemente a generar dificultades en el terreno metodológico. Estas aparecen, en primer lugar, a la hora de elaborar diseños para su análisis, cuando el investigador debe abordar un problema tan complejo a través de un proyecto de trabajo que satisfaga esa condición y en un terreno donde concurren tantas interrogantes aún no resueltas. Se presenta entonces la disyuntiva de llevar a cabo un estudio cuantitativo que determine niveles de prevalencia de adherencia al tratamiento o que cuantifique los factores influyentes, o el uso de metodologías cualitativas que caractericen las configuraciones personalógicas predisponentes a la no adherencia; puede ocurrir, no obstante, que se requiera la combinación de ambos enfoques. Otra cuestión sería el problema del uso de estudios transversales o longitudinales al tener en cuenta las variaciones en el tiempo que puede mostrar este fenómeno, sin olvidar la necesidad de realizar trabajos de intervención que propongan metodologías para elevar los niveles de adherencia.

Una vez que se cuente con un diseño supuestamente adecuado, surge el problema de cómo realizar la medición de la adherencia. En la literatura se han propuesto diversos sistemas de métodos, como por ejemplo los autoinformes de los pacientes, los autorregistros, la medición del consumo de medicamentos, el conteo de píldoras y las mediciones bioquímicas (Amigó y cols., 1998; Bastera, 1999; Ferrer, 1995; Vargas y Robles, 1996).

Se piensa que ninguno de estos métodos en sí mismo proporciona una información lo suficientemente fiable, por lo que se sugiere recurrir a más

de uno (Ferrer, 1995); empero, tampoco son vías que permitan explorar la verdadera esencia del fenómeno que se investiga, al menos en su dimensión psicológica y comportamental. Esas técnicas evalúan exclusivamente el cumplimiento del tratamiento y su componente medicamentoso, no aquellas indicaciones que se refieren a cambios de hábitos o estilos de vida. Cabría señalar que son procedimientos complicados, poco prácticos y costosos.

Lo anterior plantea la necesidad de elaborar instrumentos de medición que hagan posible obtener información confiable y válida que aumente el conocimiento científico del problema que se trata. Los instrumentos que más se han utilizado son los llamados "indirectos" (Macía y Méndez, 1996), como la entrevista y la estimación a partir de resultados clínicos; pese a ello, como ya se ha dicho, muchos estudios realizados apuntan a la escasa fiabilidad de los datos reportados cuando se comparan con los obtenidos a través de estrategias de medida más "objetivas" (Epstein y Cluss, 1982; Macía y Méndez, 1999), como en el conteo de pastillas que quedan en los frascos en el momento de la entrevista.

Con el fin de verificar la información recogida a través de autorreportes, Epstein y Cluss (1982) han propuesto "técnicas de marcador", que consisten en incluir marcadores falsos o inactivos en los paquetes de tratamiento, como tiras falsas de evaluación de la hemoglobina para evaluar los niveles de glucosa, placebos para el análisis de orina, tabletas con distintos sabores, agentes decolorantes de la orina en la medicación y otros, pidiéndole al paciente que registre la frecuencia con que, por ejemplo, las tiras o pastillas placebo han producido el resultado designado, o que registre e informe sobre cuándo se toma las tabletas con diferentes sabores, o, en el caso de la orina, cuándo tiene lugar la decoloración. Como se supone que sólo el médico que impone el tratamiento conoce la secuencia real establecida, el número y patrón de respuestas correctas que ofrece el paciente se constituyen en un indicador de la adherencia del sujeto.

Otra forma de controlar la conducta real de adherencia sería utilizando "medidas ocultas", como un sistema microelectrónico en la grabadora empleada para el aprendizaje y práctica de la relajación, dispositivo que permitiría medir el tiempo

que fue utilizada la cinta (Hoelscher, Lichstein y Rosenthal, 1986; Taylor, 1993). Estas técnicas han permitido conocer que existen porcentajes muy elevados de sobrestimación de los autoinformes. Todos los métodos citados, además de costosos, involucran riesgos de carácter ético.

La simple estimación subjetiva por parte del terapeuta ha sido, junto con la entrevista, el procedimiento más empleado para comprobar si el paciente cumple o no con las prescripciones. Esa estimación se realiza según los resultados terapéuticos, evaluando de forma indirecta la adherencia al considerar que la desaparición o mantenimiento de los síntomas constituye su indicador. Es interesante resaltar que se ha comprobado que un seguimiento inferior al 100% podría bastar para producir los efectos de salud deseados; por ejemplo, el 80% del régimen medicamentoso en la hipertensión (Lusher, Vetter, Siegenthaler y Vetter, 1985). Además de la entrevista, el autorreporte y las medidas directas "encubiertas" o de "marcadores", se han utilizado otros procedimientos directos, tales como la observación por terceros y la evaluación bioquímica (Macía y Méndez, 1999). Cuando terceras personas observan el cumplimiento (familiares, compañeros de trabajo, amigos), pueden utilizarse a su vez distintos tipos de registro: entrevistas, escalas de opinión, protocolos de observación y demás. La evaluación bioquímica hace referencia a diferentes análisis? fundamentalmente de orina o sangre? que permiten detectar el agente terapéutico prescrito a través de sus productos metabólicos o los marcadores situados en dichos medicamentos. Los rastreadores químicos incorporados en los medicamentos no deben ser identificables por el enfermo, aunque sean fácilmente detectables en un análisis de orina o de sangre, como puede ocurrir cuando se utiliza fenol rojo, riboflavina, esteroides, etcétera.

Por supuesto, las medidas de autorregistro o autorreporte también corren el riesgo de estar sesgadas por las particularidades intrínsecas de esas técnicas. Se sabe que puede haber errores que obran contra la validez de las autoobservaciones, como los errores en el cálculo del tiempo y de interpretación, reactividad, descenso en la precisión por fatiga, sesgos individuales por expectativas, demandas y otros. Mayer y Frederiksen (1986), en una intervención destinada al aprendizaje del

autoexamen de mama, evaluaron la adherencia solicitando a las mujeres que colocaran inmediatamente después del examen un pañuelo de papel sobre la mama para que absorbiese el exceso de grasa; este pañuelo debía ser remitido a los investigadores, quienes podían conocer de forma objetiva el grado de adherencia a esta conducta de autocuidado. El propio recuento de tabletas o la supervisión de los envases es, en esencia, un procedimiento de autorregistro, a pesar de que tiende a sobreestimar la adherencia (Dumbar y Agras, 1980; Macía y Méndez, 1999; Masur y Anderson, 1988).

Sin embargo, la literatura plantea que la información brindada por el paciente parece estar bastante ajustada a la realidad y, en consecuencia, puede considerarse confiable a los fines de la investigación (Barra, 2003; Basterra, 1999). Labrador y Castro (1987) estiman que el problema de la evaluación de la adherencia no requiere tanto para su solución de una mayor sofisticación de los procedimientos de que se dispone en la actualidad, sino más bien el desarrollo de procedimientos alternativos, a lo cual se podría añadir aquí la verificación contrastante con diferentes criterios; así, la utilización de criterios externos podría ser entonces una forma de validar la información obtenida; la cuestión de cuáles serían los más adecuados constituye también un reto metodológico.

Teniendo en cuenta todos estos problemas, y tomando como base un conjunto de categorías que caracterizan la definición de adherencia terapéutica, en Cuba se ha elaborado y se utiliza en diversas investigaciones que se desarrollan actualmente en la Escuela Nacional de Salud Pública un cuestionario que consta de doce ítems dirigidos a constatar cómo la persona percibió su participación en el convenio del tratamiento y los modos de ejecutarlo, cómo cumple el conjunto de indicaciones recibidas (no sólo las medicamentosas) y cómo se implica activa y conscientemente en la búsqueda de estrategias para lograr ejecutar y mantener una conducta de cumplimiento adecuada. Los resultados preliminares obtenidos a partir de la aplicación de dicho cuestionario apuntan a una estimación de la prevalencia de adherencia terapéutica, especialmente en una muestra de pacientes hipertensos, similar a la reportada por la literatura internacional (Orbay, 2003; Vento, 2004).

Otro aspecto metodológico-instrumental importante se refiere a la intervención en el problema, lo cual se complica considerablemente por el supuesto de que el propio paciente, como sujeto investigado, debe participar para obtener resultados (acudir a las consultas, considerar la calidad de la atención y de la consulta, tener en cuenta el nivel de comprensión, etc.). Las estrategias han sido muy variadas y con resultados desiguales en función del problema tratado (Macía y Méndez, 1999). Aquí tan sólo queremos señalar que si el problema es complejo y difícil de investigar, lo puede ser más aún el estudio de la efectividad de las estrategias de intervención. La prevención y control de los problemas de adherencia requerirán un acercamiento metodológico e instrumental diferente si se quiere obtener siquiera incrementos deseables en el cumplimiento.

CONSIDERACIONES FINALES

El logro de una buena adherencia terapéutica es un requisito que, de cumplirse, vendría a resolver notables problemas de salud en la población y tendría importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud. Debe prestarse especial atención a su abordaje teórico, metodológico e investigativo, muy particularmente desde el campo de la psicología de la salud, al ser ésta la disciplina que se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con los aspectos subjetivos y comportamentales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo y, por ende, su investigación constituye un reto para los interesados en el tema. Hay problemas de naturaleza teórica y también en el aparato metodológico necesario para abordar un fenómeno con estas características, sobre todo en cuanto a diseños para su estudio y recursos instrumentales válidos y confiables que hagan posible realizar buenas evaluaciones de los niveles de adherencia y que, a su vez, atiendan a las particularidades de las diversas enfermedades.

A pesar de todos los cuestionamientos, interrogantes y desafíos que entraña este problema y de las inevitables limitaciones que pueda tener su esclarecimiento en los momentos actuales, resulta

una necesidad impostergable emprender estudios en esta línea. Ellos aportarán mucho a la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y al perfeccionamiento de la práctica médica. En la medida

en que estos estudios enriquezcan el quehacer y el conocimiento en los campos de la medicina y de las ciencias de la salud, devendrán contribuciones importantes para el desarrollo de la psicología de la salud.

REFERENCIAS

- Amigó, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigó (Ed.): *Manual de psicología de la salud* (cap. 13, pp. 229-270). Madrid: Pirámide.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1: 237-269.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy: mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37: 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Lifestyle and health. Some remarks on different viewpoints. *Social Science and Medicine*, 19: 341-347.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo, Ltda.
- Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*, 1: 97-106.
- Bayés, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En S. Yubero y E. Larrañaga (Eds.): *SIDA: Una visión multidisciplinar* (pp. 95-103). Toledo: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2: 324-473.
- DiMatteo, M.R. y DiNicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role*. New York: Pergamon Press.
- Dunbar, J.M. y Agras, W.S. (1980). Compliance with medical instructions. En J.M. Ferguson y C.B. Taylor (Eds.): *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine* (vol. 1). Lancaster: M.T.P.,
- Duque, R. y Ortiz, J. (2002). *Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. Revisión teórica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Epstein, L.H. y Cluss, P.A. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 960-971.
- Ferrer, V.A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1): 35-61.
- Friedman, H.S. y DiMatteo, M.R. (1989). Adherence and practitioner patient relationship. En H.S. Friedman y M.R. DiMatteo (Eds.): *Health Psychology* (pp. 68-100). New York: Prentice Hall.
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5): 502-505.
- Grau, J. (2002). Estrés, salud y enfermedad. En ENSAP (Ed.): *Guía de estudio y bibliografía básica. Módulo 7, Maestría de Psicología de la Salud* (pp. 123-141). La Habana: ENSAP.
- Grau, J. y Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Psicología y Salud*, enero-junio: 137-149.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. En R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.L. Sackett (Eds.): *Compliance in health care* (pp. 1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hoelscher, T.J., Lichstein, K.L. y Rosenthal, T.L. (1986). Home relaxation practice in hypertension treatment: Objective assessment and compliance induction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 217-221.
- Kaplan, R.M., Atkins, C.J. y Reinsch, S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 3: 223-242.
- Karoly, P. (1993). Enlarging the scope of the compliance construct: toward developmental and motivational relevance. En N.A. Krasnegor, L. Epstein, S. Bennett-Johnson y S.J. Yaffe (Eds.): *Developmental aspect of health compliance* (pp. 11-27). Hillsdale, NJ: LEA.
- Labrador, F.J. y Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5: 157-164.
- Leventhal, H. (1993). Theories of compliance and turning necessities into preferences: Application to adolescent health action. En N.A. Krasnegor, L. Epstein, S. Bennett-Johnson y S.J. Yaffe (Eds.): *Developmental aspect of health compliance* (pp. 91-124). Hillsdale, NJ: LEA.

- Luscher, T.F., Vetter, H., Siegenthaler, W. y Vetter, W. (1985). Compliance in hypertension: facts and concepts. *Journal of Hypertension*, 3(Suppl.): 3-10.
- Macía, D. y Méndez, F.X. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Macía, D. y Méndez, F.X. (1999). Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. En M.A. Simón (Ed.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (cap. VII, pp. 217-258). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martín, L., Sairo, M. y Bayarre, H. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2) (en formato electrónico).
- Martín, M. y Grau, J. (1994). Evaluación del enfermo con dolor crónico: orientaciones prácticas. *Revista de Psicología de la Salud* (Bogotá), 3: 66-69.
- Masur, F.T. y Anderson, H. (1988). Adhesión del paciente al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20: 103-126.
- Mayer, J.A. y Frederiksen, L.W. (1986). Encouraging long-term compliance with breast self-examination: the evaluation of prompting strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 9: 179-189.
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Morales, F. (1999). *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Científico Técnica.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento de tratamientos médicos*. Disponible en línea: www.infomed.sld.cu (Fuente: Ginebra, julio).
- Orbay, M.C. (2003). *Adherencia terapéutica en hipertensos esenciales*. Tesis para optar por el título de Master en Psicología de la Salud. La Habana: Policlínico "Plaza de la Revolución", Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- Peck, C.L. y King, N.J. (1985). Increasing patient compliance with prescriptions. *Journal of the American Medical Association*, 248: 2874-2877.
- Puente S., F. (Ed.) (1984). *Adherencia terapéutica. Implicaciones para México, D.F.* (edición de autor).
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En J. Rodríguez-Marín (Ed.): *Psicología social de la salud* (pp. 151-160). Madrid: Síntesis.
- Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2: 354-386.
- Rosenstock, I.M. (1985). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*, 8: 610-616.
- Rosenstock, I.M. y Kirscht, J.P. (1982). Why people seek health care? En G.C. Stone et al. (Dirs.): *Health Psychology Handbook* (pp. 118-125). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sarró, S. y Pomarol, E. (2003). Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico. En J.M. Costa Molinari (Coord.): *Área de conocimiento 12*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Taylor, S.E. (1993). Coping styles in chronic diseases. En D. Goldburg y M. Brehvitz (Eds.): *Handbook of stress. Theoretical issues and clinical applications* (pp. 219-228). New York: McGraw-Hill.
- Vargas, P. y Robles, E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. En G.R. Ortiz V. (Coord.): *Psicología y salud. La experiencia mexicana* (pp. 97-157). Xalapa: Universidad Veracruzana.
- Vento, F. (2004). *Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del área de salud "Van-Troi"*. Tesis para optar por el título de Master en Psicología de la Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida. Disponible en línea: www.info-med.sld.cu (4 de abril).

