



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**PSICOLOGÍA, SALUD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A (N)  
**KARINA SAAVEDRA VÁZQUEZ**

Directora: **Dra. Marisela Rocío Soria Trujano**

Dictaminadores: **Dr. Carlos Narciso Nava Quiroz**  
**Dra. Cynthia Zaira Vega Valero**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

200



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

	<b>Pág.</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1.</b>	
<b>Psicología de la Salud.....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Psicología y Adherencia Terapéutica.....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 3</b>	
<b>Formas de Evaluación.....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 4</b>	
<b>Factores Relacionados con la Adherencia.....</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo 5.</b>	
<b>Programas de Intervención.....</b>	<b>23</b>
<b>Justificación del estudio.....</b>	<b>27</b>
<b>Método.....</b>	<b>30</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>32</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>41</b>

## **Introducción.**

La presencia de enfermedades crónica-degenerativas como la diabetes, hipertensión, obesidad, enfisema pulmonar, cáncer y VIH, representan en nuestro país un asunto de preocupación en salud pública a niveles nacional y local, ya que se han alcanzado altos índices de mortalidad en nuestro país, así como altos costos económicos para las instituciones de salud.

Además, las enfermedades crónicas son la principal causa por la que muchos pacientes ingresan a los centros hospitalarios requiriendo especial atención, ya que su evolución trae consecuencias no sólo a nivel fisiológico sino también psicológico de las personas que las padecen y de sus familiares. Así, adquiere gran importancia la adherencia terapéutica de los pacientes. Brannon & Feist (2001) definen la adherencia terapéutica como un conjunto de “comportamientos adoptados por los pacientes a la hora de seguir las órdenes de los médicos; la capacidad y la disposición del paciente para seguir la práctica de salud recomendada” (109).

El hecho de que los pacientes sean adherentes a su tratamiento tiene efectos positivos sobre su salud, física y de tipo psicológico, sobre las relaciones interpersonales con todos aquellos involucrados en su proceso de salud-enfermedad, sobre las instituciones de salud y las políticas públicas. Con el fin de mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos, esta situación ha generado numerosas investigaciones e intervenciones por parte de los profesionales de la salud.

Con la participación de la psicología en el terreno de la salud, se han aportado grandes conocimientos, que explican por qué algunas personas siguen el tratamiento médico y otras no; y cómo la relación que establece el médico con el paciente, como la influencia de la calidad de los servicios de salud, influyen para que éste se ajuste a las recomendaciones terapéuticas. Es por ello que el presente trabajo se plantea como objetivo abordar la adherencia terapéutica en el proceso salud-enfermedad.

Este trabajo forma parte de la investigación general “Percepción de apoyo social, estrés y salud: Modelos de investigación”.

Se incluyen cinco capítulos, el primero da cuenta de la participación de la psicología en el terreno de la salud; el segundo describe el término de adherencia terapéutica y los modelos conductual y cognitivo que la explican; el tercero abarca los distintos métodos utilizados para evaluar la adherencia; el cuarto alude a los factores relacionados con el establecimiento o no de la conducta de adherencia terapéutica, para luego mencionar los programas de intervención que se han desarrollado e implementado para establecer la conducta adherente en pacientes crónicos. Posteriormente se describe el estudio llevado a cabo, así como los resultados obtenidos, su análisis y las conclusiones. Finalmente, se presenta la bibliografía correspondiente.

## **Resumen.**

La incidencia de enfermedades crónico-degenerativas en la población mexicana va en aumento, y requieren de una atención especializada que involucra a todos los profesionales de la salud, ya que en la evolución y desarrollo de este tipo de enfermedades intervienen factores biomédicos, sociales, culturales y psicológicos; siendo estos últimos los que corresponden a este estudio.

Con el propósito de evaluar la adherencia al tratamiento médico en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y su relación con la asistencia a instituciones públicas y privadas de salud, se entrevistaron a 200 pacientes, 92 de los cuales asistían a instituciones como el IMSS y el ISSSTE y 108 a instituciones privadas. Se les aplicó una Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) y un cuestionario para evaluar la relación médico-paciente. Los resultados mostraron que los pacientes que asistían a consulta pública fueron más adherentes que los que asistían consulta privada.

No obstante, al evaluar el nivel de adherencia con base en cada ítem del cuestionario, los datos indicaron que bajo ciertas condiciones los pacientes tienden a ser más adherentes, tal es el caso cuando se sienten cómodos con el trato que reciben del médico, si el paciente es quien elige sus medicamentos (orales o inyectados), si es informado sobre las evaluaciones médicas, de los análisis clínicos, de las evaluaciones y/o curaciones que se le realizarán, cuando explican sus dudas con respecto a su tratamiento, si reciben retroalimentación y es felicitado por los logros alcanzados en el control de su padecimiento.

El Papel que juegan las instituciones de salud pública, para la adherencia de los pacientes es de gran importancia, incluye la relación entre todo el equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales etc.), la calidad del servicio y la función administrativa. Así, es importante estudiar estos factores y no solamente lo que concierne al papel que desempeñan los pacientes.

**Palabras clave:** Psicología de la salud, adherencia terapéutica, enfermedades crónico-degenerativas.

## **Capítulo I.**

### **Psicología de la Salud**

#### **a) Concepto y modelos de salud.**

La participación de la psicología en la sociedad ha venido enriqueciéndose y acrecentándose con el paso del tiempo, generando conocimiento sobre el comportamiento humano, a través de investigaciones, aportaciones y descubrimientos, que nos han permitido abrir las fronteras del estudio de lo psicológico en diferentes escenarios, trabajando sobre la dimensión de los eventos que nos competen, la psicológica, o sea, el comportamiento humano. En este sentido, la psicología en el campo de la salud también tiene su área de trabajo, puesto que dentro de este escenario la función del comportamiento humano cobra gran importancia, en aspectos como el preventivo y control de enfermedades. Las primeras aportaciones que se registraron, en la historia de la psicología fueron en los años 50 del siglo XX (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000).

Al reconocerse la inmersión de la psicología en el área de salud, resulta necesario hacer un breve recorrido sobre lo que se ha entendido por salud, con la finalidad de encontrar en esta disciplina los primeros intentos por admitir su gran importancia en la relación salud-enfermedad, así como también, reconocer y dar lugar a la participación de la medicina en este mismo campo, sin caer en el error de equiparar ambas disciplinas. Cabe reconocer que existen diversas perspectivas psicológicas que explican la relación salud-enfermedad tales como: la conductual, la cognitivo-conductual y la psicoanalítica, las cuales han desarrollado teorías y metodologías que ayudan a comprender dicha relación, así como técnicas que dan solución a las necesidades de salud de los individuos.

Así, el objetivo del presente capítulo es dar a conocer el concepto de salud, las aportaciones de la psicología de la salud y el campo de acción del psicólogo en este sentido.

Para iniciar se presenta un pequeño recorrido histórico sobre el concepto de salud realizado por Brannon & Feist (2001), los cuales mencionan que tal concepto depende en gran medida de la matriz cultural y del tiempo en el cual se está ubicado; para ello a continuación se muestra una tabla en la que se pueden apreciar diferentes definiciones sobre salud, tomando en cuenta estos dos aspectos. La importancia del concepto radica en cómo lo concebamos y de ello dependerá la forma en la que abordemos la salud.

<b>Cultura</b>	<b>Período temporal</b>	<b>Definición de salud</b>
Prehistórica	10.000 a. C.	Es puesta en peligro por espíritus procedentes del exterior que se introducen en el cuerpo.
Babilónicos y asirios	1800-1000 a. C.	Es puesta en peligro por los dioses que envían las enfermedades como castigo.
Antiguos hebreos	1000-300 a. C.	Es un regalo de Dios, si bien la enfermedad es un castigo divino.
Antiguos griegos	500 a. C.	Es una unidad holística de cuerpo y espíritu.
Antigua China	1100-200 a. C.	Es un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza.
Galeno en la Antigua Roma	130-200 d. C.	Es la ausencia de los elementos patógenos, como puede ser el aire en mal estado o los fluidos corporales espúreos, que causan enfermedades.
Primeros cristianos	300-600 d. C.	No es tan importante como la enfermedad, que constituye un signo de que el individuo ha sido elegido por Dios.
Descartes en Francia	1596-1650	Es una condición del cuerpo mecánico, que está separado de la mente.
Vichow en Alemania	Finales del siglo XIX	Es puesta en peligro por organismos microscópicos que invaden las células, produciendo enfermedades.
Freud en Viena	Finales del siglo XIX	Está influida por las emociones y la mente.
OMS	1946	“Es un estado de bienestar, físico, mental y social completo.”

**Tabla.** Definiciones de la salud correspondientes a diversas culturas (Brannon & Feist, 2001, 21).

En la antigüedad se pensaba que estar enfermo era debido a la posesión de algún espíritu maligno así, la cura consistía en la realización de un exorcismo o algún otro rito de sanación; estos primeros intentos por explicar este evento se reducían a la intervención divina dado como un castigo enviado por Dios. Ahora bien, si nos posicionamos en la

época en la cual se concibe al ser humano compuesto por dos entidades (mente – cuerpo), cuando alguno de los dos se enferma tiene que ser tratado para curarlo asistiendo con los especialistas en la materia, ya sean médicos que se encargan de lo que pasa en el cuerpo o psicólogos que traten de aliviar lo que está funcionando mal en la mente. En suma los médicos y fisiólogos dan cuenta de que muchas de las enfermedades no son necesariamente de origen biológico, sino que existen síntomas que son regulados a partir de los sentimientos y emociones o bien por alguna situación, que determina el buen o mal funcionamiento del cuerpo humano. Así es como se hace presente el papel que juega la psicología en el terreno de la salud (Brannon, & Feist, 2001).

Fue a partir de los años 50 del siglo XX cuando se aceptó que dentro de este complejo proceso de salud-enfermedad existe una estructura: la mente, que también interfiere en ese proceso. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946; en Donald, 1996, 16) define precisamente el concepto de salud como: “un estado de bienestar físico, mental y social completo.” Esta definición, abrió el campo de trabajo para la ciencia del comportamiento, la que establece que existen factores psicológicos responsables de enfermedades que escapan del tratamiento médico, por lo que ese equilibrio o estado de bienestar no es sólo de origen biológico o por cambios fisicoquímicos que se generan en el organismo, lo cual demuestra que la salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas y abordadas por una sola disciplina.

Sin embargo, la medicina ha desarrollado un modelo que le ha permitido abordar y comprender la relación que se mantiene entre la salud y la enfermedad: el biomédico. En él se entiende el concepto de la salud como la ausencia de la enfermedad. De la Fuente (1992) menciona que aún en la actualidad, muchos de los médicos están formados bajo este modelo, el cual dicta que la salud no es más que la ausencia de enfermedad. Es decir, las enfermedades sólo se producen por alguna reacción físico-química desfavorable en el cuerpo, así la manera de intervenirla radica en el empleo de fármacos que alteran, equilibran o detienen dichas reacciones.

Como se puede notar, desde este modelo, el psicólogo no tiene mucho que hacer, puesto que el concepto de salud no abarca las dimensiones psicológica y social. Lo lamentable es que, aún existe una gran cantidad de escuelas de medicina que siguen educando a futuros profesionales bajo este modelo, lo cual resta campos de trabajo a los profesionales de la psicología, puesto que los médicos consideran que están preparados para la atención de cualquier problema que atente contra la salud de las personas. Esto lo podemos comprender porque un “modelo científico, es un marco de referencia que determina nuestras percepciones y también nuestras exclusiones. Quien lo usa sólo ve lo que el modelo le permite” (De la Fuente, 1992, 15). Esto es importante, porque dependiendo del modelo que se esté empleando ante la concepción de la salud va a ser la forma de intervenirla.

Para romper este lazo hegemónico sobre el terreno de la salud, surge un nuevo paradigma: el *biopsicosocial* el cual es considerado un modelo alternativo al biomédico, ya que defiende un enfoque holístico donde intervienen los factores sociales, psicológicos y biológicos para abordar una realidad tan compleja como es el fenómeno de la salud, y su contraparte, la enfermedad (Brannon & Feist, 2001). Con ello se marcaron diferencialmente los papeles que juegan los distintos profesionales como los neurólogos, médicos, enfermeras, psicólogos y sociólogos, permitiendo que cada disciplina científica delimite su campo y objeto de estudio e intervención.

Brannon & Feist (2001) afirman que la creación de este modelo se debió a la gran incidencia de las enfermedades crónicas, que pasaron a reemplazar a las enfermedades infecciosas, las cuales eran tratadas con fármacos sin generar mayor problema (aparentemente). Por el contrario las enfermedades crónicas como el cáncer y enfisema pulmonar, en la mayoría de los casos no tienen cura, degenerando la vida de las personas tanto física como psicológica, hablando así de las expectativas, los sentimientos y las emociones que se generan ante esta situación y los cuales están directamente relacionados a la forma como afrontan su enfermedad.

Estas enfermedades por el hecho de ser crónicas y degenerativas traen consigo un alto costo de sanidad, para su tratamiento se requiere mayor cantidad de medicamentos y aparatos de alta tecnología, pero también se busca mejorar la calidad de vida del individuo y de generaciones futuras, de los servicios hospitalarios y la reducción de costos a nivel institucional. Lo anterior da cuenta de la labor tan importante que tiene la psicología, para lograr cambios significativos sobre el comportamiento de los individuos, desde la prevención hasta el seguimiento correcto de un tratamiento médico.

#### **b) Aportaciones de la Psicología en la Salud.**

En el momento en el que se delimitó el campo de acción y el objeto de estudio de la psicología sobre la salud, fueron muchas las líneas explicativas que desarrollaron su cuerpo de conocimiento, entre las que destacan: la medicina psicosomática, la medicina conductual, y la salud conductual, de las cuales hablaremos a continuación.

La primera de ellas es la *medicina psicosomática*, la cual se dedica al análisis de los componentes psicológicos y las enfermedades físicas, examina la interacción que existe entre estos dos factores sobre la generación o mantenimiento de enfermedades; se entiende por “trastornos psicosomáticos como las disfunciones fisiológicas causadas por procesos psicológicos y no por agentes físicos tóxicos”(Donald, 1996, 27).

Fue interesante para Freud encontrar que muchas de las enfermedades de las que se quejaban las personas no tenían origen o daño aparente en el organismo y sin embargo, se desarrollaban sintomatologías asociadas a una enfermedad; sus investigaciones se centraron en rescatar que “la personalidad de las personas está relacionada con la enfermedad que padece” (Donald, 1996, 27) así, por ejemplo, una persona que era agresiva, se consideraba que generaba cambios fisiológicos ocasionando trastornos cardiovasculares o problemas gastrointestinales.

En los años 50 del siglo XX, Franz Alexander (citado en Brannon & Feist, 2001) seguidor de Freud, reafirmó que los trastornos psicosomáticos estaban relacionados con los conflictos de carácter personal y con ciertas enfermedades específicas. Él afirmaba que algunas personas resultaban más vulnerables que otras ante los efectos del estrés, todo esto surgió porque en su época gran cantidad de la población padecía enfermedades tales como: colitis, úlceras gástricas, asma, hipertensión y úlcera péptica, las cuales eran enfermedades psicosomáticas relacionadas con el manejo del estrés. Lo relevante de la teoría freudiana sobre las enfermedades psicosomáticas, es que pone de manifiesto que estos factores predisponen la presencia de enfermedades; sin embargo, los trabajos realizados con base en esta teoría fueron reducidos y no permiten desentrañar lo complejo que es este proceso.

Los médicos modernos que empezaron a retomar esta perspectiva, dieron cuenta que estaban frente a un evento complejo sobre la generación y/o mantenimiento de las enfermedades, ya que implican necesariamente factores psicológicos y sociales. No obstante, estamos frente a un modelo tradicional (biomédico) tan enraizado que aún faltaba mucho por realizar en el ámbito psicológico.

Así, surge la *medicina conductual*, cuyo principal objetivo era generar una aproximación interdisciplinaria empleando estrategias que generan cambios conductuales sobre las repuestas fisiológicas, al utilizar técnicas de modificación de conducta, entrenando a las personas a seguir las prescripciones médicas o establecer conductas preventivas y extinguir conductas de riesgo que perjudiquen la buena salud en el individuo. Brannon & Feist (2001) afirman que *la medicina conductual*, tiene como objetivo integrar el conocimiento médico con el conocimiento relacionado con el comportamiento humano. Y para ello se necesita mejorar las estrategias de prevención, el diagnóstico y la rehabilitación, por lo que esta área emplea a la psicología y la medicina para la promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades.

Sobre esta misma línea, encontramos a la *salud conductual* como una subespecialidad de la medicina conductual, la cual tiene como objetivo principal “centrarse en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad entre individuos que gozan de salud” (Matarazzo & cols., 1984; citados en Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000, 20). Aunque la medicina conductual y la salud conductual son muy parecidas hay una pequeña diferencia entre ellas, la primera realiza diagnóstico y tratamiento con una apreciación médica, y la segunda centra su análisis en la responsabilidad individual asociada a la salud y al bienestar. Sin embargo, autores como Brannon & Feist (2001) mencionan que el estudio de la salud conductual en sí, todavía no cobra la suficiente importancia en comparación con la medicina conductual y es por esto que no se ve como rival frente a técnicas de las que hace uso.

A partir de la literatura consultada, podemos dar cuenta de que en definitiva resulta inaceptable que la salud y la enfermedad, puedan ser comprendidas y abordadas por una sola disciplina científica como la medicina, sino que estamos frente a un evento no sólo biológico, sino también social y psicológico, lo que presupone que estas líneas explicativas deben de trabajar en conjunto. En este sentido Zambrano (citado en Beltrán & Torres, 1998, 33) menciona que “la relación entre la salud física y psicológica deberá entenderse como un proceso de interacción recíproca en el sentido de que la primera influye en la segunda”. Lo cual muestra que ambas estructuras son fundamentales en el ser humano, y que el concepto de salud no es simplemente la ausencia de la enfermedad, ni tampoco que dentro de este proceso intervenga sólo la medicina, sino que ésta y la psicología deben interactuar en conjunto

## **Capítulo 2**

### **Psicología y Adherencia Terapéutica.**

Al aceptar que ambas estructuras, biológica y psicológica, se relacionan recíprocamente y que resulta innecesario separarlas, encontramos que existen otros agentes activos que participan para contrarrestar los cambios negativos que hay en el proceso salud-enfermedad, como las instituciones de sanidad interesadas en reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en la sociedad, así como las diversas disciplinas interesadas en este proceso. La psicología es una de ellas, la cual se ha mantenido interesada en esclarecer por qué algunas personas pueden establecer buenos comportamientos saludables que les ayudan a disminuir o contrarrestar los efectos de una enfermedad, mientras que otras no cuentan con éstos o bien no los han desarrollado.

En este capítulo, se explicará uno de los fenómenos que abordan este tipo de situaciones: la adherencia terapéutica. Conviene por lo tanto exponer qué se entiende por este término, así como las teorías que han generado líneas explicativas para la comprensión de este fenómeno y sobre todo su impacto e importancia para el proceso salud-enfermedad, como para la misma psicología de la salud.

Con la participación de la psicología en el terreno de la salud, dimos cuenta que existen factores psicológicos que permiten establecer una relación causal entre una enfermedad y el comportamiento de la persona enferma o viceversa, que es capaz de establecer una serie de conductas que mantienen o agravan la enfermedad. Sin embargo, por otro lado también se encuentran las personas que cuentan con una buena salud y sus patrones conductuales están relacionados con su estado de bienestar.

### **a) Definiciones de Adherencia al tratamiento.**

Al hablar de la adherencia, conviene que nos centremos por un momento, en una unidad básica dentro del proceso salud-enfermedad: médico-paciente, esta unidad tan fundamental, es la que hoy en día abre una puerta de entrada para la participación de la psicología, al mantener la interrogante sobre los factores que determinan que un individuo cumpla o no las indicaciones que se promueven para la salud; tiene que ver con las prescripciones médicas y las conductas que establece el paciente ante ellas (Brannon & Feist, 2001).

Para comprender y explicar este fenómeno, se ha utilizado el término de adherencia, investigadores como Ginarte (2001, 503), definió a la adherencia como un factor de disposición que se lograba establecer entre el médico y el paciente, como “un proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones médicas, lo cual implica una diversidad de conductas, y un fenómeno múltiple y complejo”

Para Brannon & Feist (200, 109) es el resultado de un conjunto de “comportamientos adoptados por los pacientes a la hora de seguir las órdenes de los médicos, la capacidad y la disposición del paciente para seguir la práctica de salud recomendada”. Y como es sabido, resulta difícil para los pacientes poder controlar su propia enfermedad, lo cual implica su participación y colaboración activa; lamentablemente en muchos casos lo que se muestra en la relación médico-paciente es poca disposición de este último, ya que el tratamiento implica realizar visitas constantes al médico, conductas como el ejercicio o modificar su alimentación, disminuir conductas que pongan en riesgo su salud y desde luego, someterse a un procedimiento rígido a la hora de tomar los medicamentos.

En este sentido, también se ha definido a la adherencia como el grado de correspondencia entre el comportamiento del paciente con las recomendaciones dadas por el médico. Esto significa que la adherencia debe reflejar una buena correlación entre el comportamiento del paciente (una o múltiples exigencias conductuales) como la exactitud y

la frecuencia del mismo que se requiere, de acuerdo a la enfermedad que padece, así como el ajuste de las prescripciones médicas (simples o complejas) y el tipo de tratamiento médico (en cuestión de tiempo) que se establece para mejorar su condición (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez & Willey, 2003).

#### **b) Modelos conductual y cognitivo sobre adherencia.**

La adherencia terapéutica ha sido planteada como un objetivo relevante de estudio tanto por la ciencia conductual, como por la cognitiva, centradas en el terreno de la salud. Estas dos ciencias han desarrollado dos modelos teóricos que tratan de describir la adherencia terapéutica.

El modelo conductual trabaja bajo los principios del condicionamiento operante, este modelo afirma que determinadas consecuencias, que siguen a una respuesta, aumentan o disminuyen, frecuencia y probabilidad de ésta; en el contexto médico esto se vería reflejado si el paciente adopta el comportamiento deseado, con un mayor cumplimiento en las recomendaciones médicas, obtendrá la consecuencia positiva que mantiene este comportamiento que será en beneficio de su salud (Brannon & Feist, 2001).

Por otra parte, el modelo cognitivo se centra en comprender “la creencia que tienen las personas acerca de la capacidad de adoptar comportamientos difíciles, con el objetivo de obtener los resultados deseados, para su situación particular” (Brannon & Feist; 2001, 111). Con base en este modelo se consideran la intención y la actitud que asumen las personas ante su enfermedad, entendiendo esto como “la susceptibilidad, la gravedad, la relación percibida entre el coste y beneficio que presentan los comportamientos de adherencia, como las barreras percibidas para incorporar comportamientos de adherencia en el estilo de vida personal” (112).

Las investigaciones y aportaciones sugeridas con base en los modelos conductual y cognitivo, dan cuenta que al establecer conductas de adherencia al inicio de cada tratamiento éstas se pueden mantener, por principios operantes, reconociendo además la influencia de las cogniciones del paciente sobre su enfermedad, su pronóstico y la necesidad de adherirse al tratamiento (Sánchez-Sosa, 2002).

Aunado a esto, es importante dar cuenta sobre el éxito o el fracaso del tratamiento, la efectividad de los métodos que se implementan y la forma como los pacientes siguen el tratamiento, por lo que esto se vuelve una prioridad para los profesionales de la salud (enfermeras, médicos y psicólogos) para promover la adhesión terapéutica como un componente indispensable para la recuperación y prevención de la salud (de los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios & Guerrero, 2004).

Sin duda, una buena adherencia al tratamiento médico, implica hacer una serie de cambios en el estilo de vida del paciente, en cuanto a hábitos y prácticas, ya que no sólo se requiere que ingiera sus pastillas, sino también hay que tomar en cuenta “los factores disposicionales que están en el personal médico y el paciente” (Brannon & Feist, 2001, 136).

Con base en lo anteriormente expuesto, se puede decir que el éxito o fracaso de un tratamiento está fuertemente correlacionado con la medida en la que el paciente ajuste, cambie o modifique su conducta (lo que hace o no hace), como el tipo de cognición (qué piensa, cree, siente, percibe, etcétera) relacionados con el proceso de salud-enfermedad. La adherencia terapéutica, debe ser establecida y mantenida en el repertorio conductual del paciente, con la finalidad de reducir los costos para las instituciones de sanidad, las tasas de morbilidad y mortalidad, e incrementar los beneficios de salud, tanto para el paciente como para la sociedad en general.

## Capítulo 3

### Formas de Evaluación de la Adherencia Terapéutica.

Las investigaciones sobre la adherencia terapéutica se han incrementado con el paso de los años; como los especialistas se han interesado tanto en el comportamiento adherente como en el no adherente. En el capítulo anterior se presentaron algunas definiciones de adherencia, llegando a la conclusión de que se trata de un ajuste en el comportamiento del paciente en relación con su enfermedad y al tratamiento médico.

Como sabemos, la adherencia terapéutica es importante para la obtención y/o mantenimiento de la salud en sus tres niveles: primaria, secundaria o terciaria; reduciendo en gran medida los efectos de la enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes y sus complicaciones, así como el costo de los tratamientos especializados; se buscan los beneficios y ventajas que ayuden tanto al paciente como a las instituciones de salud. Es por ello que en este capítulo abordaremos las formas de evaluación de la adherencia, así como los principales métodos para lograrla, con la finalidad de conocer con mayor detalle cuáles son los factores que intervienen para la generación y/o mantenimiento de la adherencia.

#### **a) Evaluación.**

El tema de la adherencia es relativamente nuevo, las primeras investigaciones se iniciaron en el siglo pasado; las técnicas que se han utilizado en mayor medida para su evaluación, han sido los autorreportes y las entrevistas a pacientes y al personal médico. La evaluación resulta importante, tanto para conocer la conducta adherente como la no adherente, como también para conocer con exactitud el grado de cumplimiento de las recomendaciones médicas y por supuesto delimitar los factores que afectan la adherencia, con la finalidad de guiar programas de intervención eficientes (Brannon & Feist, 2001).

En el caso de México, existen pocos instrumentos que evalúen la adherencia, para ello, de los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios & Guerrero (2004), diseñaron una escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCARVIS), con personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 (DM2), con la finalidad de evaluar el índice de deterioro de la calidad de vida, a través de 5 áreas: física, interacción médica, psicosocial, sexual, y relaciones significativas/pareja. Compuesta por 140 reactivos agrupados en 31 factores que evalúan la calidad. Los resultados muestran que estas áreas afectan severamente la calidad de vida de los pacientes y el establecimiento de una buena adherencia al tratamiento médico.

En un estudio similar, realizado por Jáuregui, De la Torre & Gómez (2002), al evaluar un programa multidisciplinario dirigido al control del padecimiento de la diabetes tipo 2 e hipertensión, para evaluar la adherencia en los pacientes, se tomaron en cuenta variables como: el cumplimiento de la dieta recomendada, la realización de ejercicio y el control de peso, también el control de la presión arterial y glucosa capilar. La información del cumplimiento de estas variables, se realizó por medio de un interrogatorio directo en cada sesión. Algunas de estas variables se controlaron por medio de la medición del índice de la masa corporal (en el caso de control de peso), de la presión arterial y de la glucosa.

En este mismo estudio se observó que además de hacer uso de la entrevista e interrogatorios a los pacientes, se emplearon sistemas médicos de medida, que permitieron al especialista obtener una mayor confiabilidad y validez en sus datos, puesto que el paciente de esta manera no puede mentir, o difícilmente puede llegar a hacerlo, generando una evaluación de la adherencia más íntegra y funcional.

En otra investigación realizada por Gordillo & de la Cruz (2003), en la que utilizaron la técnica de autoinforme para identificar los factores asociados con el fallo terapéutico, con personas con VIH positivo; en sus resultados encontraron que los pacientes tenían dificultad para ingerir sus medicamentos, o bien que se los administraban de manera incorrecta o simplemente no los tomaban, situaciones que se contraponían con el tratamiento prescrito por el médico; así también se encontró que en los pacientes que

mantenían un seguimiento continuo de su tratamiento la adherencia era bastante alta y el control de su enfermedad era bueno, no así en pacientes con adherencia baja..

Ballester (2003) también llevó a cabo un estudio para evaluar la adherencia con pacientes con VIH, en el cual tomó en cuenta el grado de información y adhesión al tratamiento, el estado emocional, la conducta de enfermedad, grado de interferencia de la enfermedad en distintos aspectos de la vida de los pacientes, apoyo social y el locus de control sobre la salud. Para evaluar la adherencia, empleó la Escala de Adhesión al Tratamiento (ETA-SIDA), diseñada por Ballester, Salmerón y Benages (no publicado) la cual evalúa la valoración subjetiva por parte del paciente acerca de su grado de adhesión global. El autor tomó en cuenta estas variables, puesto que intervienen en la cooperación por parte del paciente para someterse al tratamiento. Por ejemplo, el grado de información que tienen los pacientes sobre su enfermedad puede determinar qué tanto consideran la gravedad de su enfermedad y si su comportamiento está relacionado con el tratamiento.

Por otro lado, Aburto & Gamundi (1997) nos hablan de la evaluación de la adherencia, a través de la predicción del terapeuta sobre el grado de cooperación del paciente, el manejo de autorreportes, la medición de las cantidades restantes de medicamento en la sangre y orina, para dar cuenta si los medicamentos han sido consumidos por el paciente. Sin embargo, resulta ser sumamente costoso, tanto para las instituciones sanitarias como para el paciente, por lo que mejor se han utilizado entrevistas y autorreportes, en los cuales, los ejes considerados han sido: el cumplimiento de dietas, realización de ejercicios, o en su caso, permanencia en reposo, la ingestión de alcohol y la conducta de fumar.

Tal parece, que el único método objetivo de evaluación es, probablemente el tratamiento directamente observado por profesionales entrenados (enfermeras y médicos) o la monitorización del fármaco en la sangre. No obstante, los métodos pueden ser variados y complementarios, haciendo uso de los indirectos como las entrevistas, cuestionarios, la información referida por parte del paciente con respecto al personal sanitario, así como la asistencia a las citas programadas, etcétera (Marco, Knobel & Guelar, 2000).

También se ha hecho uso de los informes de personas próximas a los pacientes, y las evaluaciones directas del médico. Combinar la entrevista directa del paciente, con la evaluación del médico-personal sanitario y el registro de la asistencia a las citas programadas, permite tener una mayor validez y confiabilidad; sin embargo, como cualquier instrumento de evaluación se debe realizar con cierta cautela (Ginarte, 2001).

Finalmente, podemos mencionar que los distintos métodos de evaluación utilizados por los investigadores aquí referidos, son de vital importancia para detectar los factores que son fundamentales para la generación y mantenimiento de la adherencia al tratamiento, como para la planeación de nuevos programas de intervención tomando en cuenta los diversos factores que en este proceso intervienen (interacción médico-paciente, recursos económicos, información sobre la enfermedad, estado emocional, entre otros) y por supuesto para el mejoramiento de los ya implementados, considerando los recursos económicos para la compra de los medicamentos y el buen trato del médico al paciente, aspecto que los enfermos demandan cada vez más.

## Capítulo 4

### Factores Relacionados con la Adherencia.

La adherencia terapéutica, es un fenómeno que ha alcanzado una gran importancia en el campo de la salud y hay diversas investigaciones realizadas al respecto. Es por ello que en este capítulo se revisarán los factores relacionados con la adherencia terapéutica, describiéndose los factores sociodemográficos y psicológicos que intervienen, con el objetivo de revelar qué tanto influyen estos factores en el fracaso o éxito de la adherencia al tratamiento médico.

#### a) Factores en relación al paciente.

En un estudio realizado por Ginarte (2001) se encontró que uno de los factores que influyen en la adherencia terapéutica, tiene que ver con la forma en cómo percibe la persona la gravedad de su padecimiento (grave, leve o moderada) para que sea o no adherente al tratamiento. Los datos indicaron que los pacientes hacen atribuciones causales de su enfermedad y establecen creencias sobre la causa de su padecimiento, lo cual puede influir para que sigan o no las instrucciones médicas. Así por ejemplo, las personas diabéticas, consideraban que habían enfermado a causa de un susto y no por su alto contenido de azúcar en su alimentación, eran quienes difícilmente se ajustaban al régimen médico.

De acuerdo con Marks, Murria, Evans & Willing (2000; citados en González, 2003, 10) estas atribuciones causales, “no son cosas en sí mismas sino que son la base de los planes para la acción, según cómo la persona explique un evento prácticamente determina cómo la persona afronta subsecuentemente la situación”. Es sorprendente encontrar que en pleno siglo XXI, aún existen personas que creen que muchos de sus padecimientos, son atribuidos a eventos mágicos o de hechicería.

En esta misma línea, González(2003) señala que las creencias personales, alteran y modifican el comportamiento de las personas y las múltiples creencias que se tienen respecto a la salud como a la enfermedad, implican medidas o acciones concretas a las que harán caso o no las personas. Por ejemplo, hay pacientes que creen que la salud es la ausencia del dolor y que la enfermedad es causa de ello, luego entonces es comprensible que atiendan y hagan algo al respecto sólo cuando hay dolor, es decir, que los individuos requerimos de resultados inmediatos que eliminen el dolor. Aunado a esto, existe también la creencia de que los consejos de la vecina son mejores que los del médico, porque generalmente éstos no requieren de un compromiso ni atienden a exigencias o cambios drásticos en la vida del enfermo. Este mismo autor plantea que lograr establecer una conducta conciente y dirigida a la toma de decisión, facilitaría la adherencia.

En este contexto, se vuelve importante tomar en cuenta todos los factores fisiológicos como cognitivos del paciente: las actitudes y la reacción emocional incluyendo ideas, convicciones, creencias, conceptos y sus comportamientos en cuanto a lo que hace o deja de hacer. Se puede mencionar como ejemplo de ello, cuando se está en un estado deprimido se puede disminuir la motivación para poner en práctica el tratamiento médico, además, las emociones juegan un papel importante para recuperar la salud y ajustarse al régimen médico (Sánchez-Sosa, 2002).

Se pueden considerar además, macrofactores que influyen en la adherencia terapéutica (Sánchez-Sosa, 2002): el nivel de pobreza, nivel educativo, distribución geográfica, la ubicación de los centros de salud y las tradiciones culturales que hacen difíciles la adquisición de medicamentos; la elaboración de un buen tratamiento médico que se ajuste a las posibilidades económicas del paciente; factores que afectan cualquier intento de establecer una conducta adherente en el paciente.

Gordillo & De la Cruz (2003) mencionan que un factor sociodemográfico como la falta de dinero, impide la compra de los medicamentos o el pago de las consultas; que hay factores situacionales, como cuando el tratamiento se ve alterado o suspendido por las vacaciones o salidas de fin de semana de los pacientes; la indisposición o la falta de flexibilidad en el horario cotidiano, la excesiva cantidad de medicamentos que deben

consumir los pacientes y que por ello se confunden, además de que olvidan tomárselas o bien el hecho de que los enfermos consuman sustancias tóxicas que alteren su organismo.

Como se puede apreciar, son muchos los factores que están asociados con el fallo al método terapéutico, y entre ellos está también la depresión. Estudios recientes (Gordillo & De la Cruz, 2003) revelaron que los pacientes con VIH sufren períodos de depresión, ocasionando recaídas durante su tratamiento. Además, han encontrado que bajo este estado, su sistema inmunológico se ve debilitado y aparecen enfermedades oportunistas. Motivo por el cual, los autores consideran que es fundamental establecer algún tipo de intervención que incluya tratamiento psicológico. Para lograr establecer una buena adherencia en estos pacientes, se debe atender cada uno de los factores asociados, así como las características particulares de las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, hipertensión, asma, dispepsias, etcétera; ya que es distinto el tratamiento que se requiere para incrementar la calidad de vida de quienes las padecen.

Un dato interesante en la investigación de Marco, Knobel & Guelar (2000) es que han encontrado que en cualquier evento depresivo relacionado con alguna enfermedad sólo se logra establecer de un 60% a un 80% de la adherencia esperada. También dan cuenta que intervienen factores como la edad, el sexo y el nivel educativo de los pacientes. El nivel educativo bajo por ejemplo, se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico (de los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios & Guerrero, 2004).

#### **b) Factores en relación a los profesionales de la salud y al tratamiento.**

La interacción médico-paciente es sumamente importante para establecer una adherencia al tratamiento médico; esta interacción sigue siendo un obstáculo para la efectividad del tratamiento, debido a la deficiente atención y trato que se les brinda a muchos pacientes, lo cual repercute en el fracaso de la adherencia al tratamiento y en la satisfacción de éstos. Por lo que es “de medular importancia la generación de investigaciones sobre los componentes del deterioro de la calidad de vida de estos

pacientes, los factores asociados al fracaso de la adherencia terapéutica, con la finalidad única de diseñar intervenciones viables y eficaces para su incidencia por parte del equipo de salud” (de los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios & Guerrero, 2004, 111).

La relación médico-paciente o la que establecen otros profesionales de la salud con los enfermos, es muy importante puesto que es más factible que se posibilite la adherencia de los pacientes si éstos son informados con respecto a su enfermedad, al pronóstico de la misma, al tratamiento a seguir, aclarándoles dudas en cuanto a medicamentos a ingerir, efectos colaterales por dicha ingestión o por no tomarlos, sobre los estudios a realizarse, y de los cambios de vida del paciente que se requieren, todo ello con base en una relación de confianza y de buen trato, incluyéndose el apoyo a los familiares quienes también se ven afectados en el proceso salud-enfermedad.

Resulta importante mencionar que el estrés es uno de los problemas más comunes en los médicos y enfermeras, dependiendo de la especialidad a la que pertenezcan, condición que puede alterar de manera negativa su relación con los pacientes. Moreno & Peña (citados en Martín & Grau, 2004) mencionan que existen otros factores como: la ansiedad, adicciones, daños emocionales, disfunción familiar, etcétera, tanto en pacientes como en el personal de salud, que están relacionados con la adherencia. Aspectos que se pueden prevenir o aminorar, para incrementar la probabilidad de que los enfermos se ajusten adecuadamente al tratamiento terapéutico.

Cabe mencionar que una buena adherencia, también depende del tipo de tratamiento, ya que los pacientes deben de alterar su estilo de vida, como por ejemplo, las personas con VIH tienen que ingerir una gran cantidad de medicamentos, a una hora establecida; son cambios muy súbitos en su vida ya que implican un compromiso, disposición y un buen autocontrol por parte del paciente para garantizar una buena adherencia. Algunos otros tienen que realizar ejercicio, deben de dejar de fumar, de ingerir bebidas alcohólicas, cambiar sus dietas, etcétera.

## **Capítulo 5.**

### **Programas de intervención.**

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, existen diversos factores que intervienen para el adecuado establecimiento y mantenimiento del proceso de adhesión terapéutica, entre los cuales se encuentran: la interacción con el profesional sanitario, características de la comunicación entre el agente de salubridad y el paciente, el régimen terapéutico, la complejidad del tratamiento, la relación costo-beneficio que ofrece el tratamiento, las características específicas de la enfermedad, las creencias del paciente y el apoyo social-familiar (Martín, & Grau, 2004). Es por ello que en este capítulo se describirán algunos programas de intervención para establecer la conducta de adherencia terapéutica.

Actualmente se ha realizado un número considerable de investigaciones relacionadas con la forma de evaluar la adherencia en pacientes que presentan distintos tipos de enfermedades, la información que arrojan estos estudios es muy importante, puesto que a partir de éstos se pueden realizar programas de intervención encaminados a la generación o mejoramiento en el proceso de la adherencia terapéutica, dirigidos tanto a los pacientes como al personal de salud involucrado en el proceso.

Los programas no sólo deben estar dirigidos a los pacientes, sino también se debe involucrar al personal de salud, ya que éste es el que guiará y establecerá los repertorios conductuales necesarios para lograr la adherencia terapéutica de los pacientes.

Para darle orden a este capítulo, empezaremos por hablar acerca de los programas de intervención dirigidos a pacientes.

### **a) Programas de intervención para pacientes.**

Muchas de las intervenciones basadas en los principios conductuales, han demostrado ser la mejor opción para establecer comportamientos de adhesión al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad (Sánchez-Sosa, 2002), dolor de cabeza, trasplantes de corazón y asma crónica (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003), como también para modificar conductas de riesgo tales como el abuso de sustancias: cocaína, el consumo de tabaco y de alcohol (Hotz & cols; 2003).

Con relación a lo anterior, Jáuregui, De la Torre & Gómez (2002) realizaron un estudio en el cual desarrollaron un programa multidisciplinario con el objetivo de generar adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, para ello tomaron en cuenta las siguientes variables: el cumplimiento de la dieta, ejercicio y control de peso. La intervención se centró en el cambio de creencias con relación a conductas adherentes (dieta, ejercicio y control de peso), como la causa del padecimiento. Con relación a la percepción del control de la enfermedad se trabajó con el incremento de la capacidad de cumplir con las indicaciones médicas (autoeficiencia), con las expectativas de tratamiento, locus de control; así como en la adquisición de habilidades, de automonitoreo de las variables fisiológicas indicadoras del padecimiento tales como la presión arterial y nivel de glucosa. Las técnicas empleadas para el establecimiento del repertorio conductual fueron: autorregistro, autorrefuerzo, autovaloración, autocastigo, autocontrol y relajación profunda.

Los resultados que obtuvieron los investigadores fueron satisfactorios, se logró la adherencia terapéutica, realizando cambios en la alimentación de los pacientes, de acuerdo con lo prescrito por el médico y el nutriólogo; practicaron caminata por lo menos 5 días a la semana durante 30 minutos y dos terceras partes de los enfermos, lograron controlar su peso. Así también se mejoró el control sobre la presión sistólica y diastólica, la glucosa capilar, y se disminuyó el riesgo de obesidad tipo androide.

Otro estudio relacionado, fue el Ballester (2003), el cual tenía como objetivo aplicar un programa de intervención dirigido a la generación de adherencia terapéutica en personas con VIH. Para ello se diseñó un programa multimodal: información referente a la enfermedad, reestructuración cognitiva para contrarrestar los pensamientos negativos e incrementar los lazos afectivos; se trabajó con solución de problemas, hábitos de salud para la prevención de infecciones y recaídas; finalmente se entrenó a los pacientes a realizar la relajación profunda.

Finalmente se consiguió el establecimiento de adherencia terapéutica, se mejoró el estado emocional de los pacientes, disminuyendo sus niveles de depresión y ansiedad, elevando su autoestima. Además, se lograron identificar las conductas asociadas con la enfermedad, como lo es la hipocondría, el grado de perturbación afectiva y la irritabilidad. Incluso se ayudó al mejoramiento del apoyo social y afectivo hacia el mismo paciente.

#### **b) Programas de intervención para el personal de salud.**

En un estudio realizado por Sánchez-Sosa (2002), se entrenó a un grupo de enfermeras, por ser el personal que está en mayor contacto con los pacientes, con el fin de mejorar la interacción que existe entre ellas y estos últimos. Este entrenamiento consistió en un curso intensivo de ocho semanas, para establecer conductas específicas en las enfermeras, tales como: el contacto visual, saludar al paciente, ofrecerle ayuda, tener proximidad física, elogiarlo, sonreírle, hacerle solicitudes verbales, tener contacto físico, ofrecer apoyo, disminuir las críticas, regaños, gritos e ignorar al paciente.

Para lograr el establecimiento de las conductas meta antes mencionadas, se hizo uso de la instrucción verbal, del modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación. El programa de entrenamiento cumplió su objetivo, las enfermeras aprendieron los repertorios conductuales; sin embargo, esto no asegura el adecuado establecimiento de la adherencia, puesto que para ello hay que considerar también la conducta de los pacientes.

En este sentido, “Es conveniente integrar la atención de forma interdisciplinaria por parte de enfermeras, médicos y psicólogos de la salud, para instrumentar programas preventivos que incidan en el deterioro de la calidad de vida en los pacientes” (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa, & Willey, 2003, 115). Lo anterior da cuenta, de que al establecer programas de intervención que generen cambios conductuales y cognitivos en los pacientes como en el personal médico, se podrá garantizar un mejor ajuste al tratamiento como a las prescripciones médicas. En este sentido, al desarrollar estrategias de intervención para promover la adherencia terapéutica, se deben de tomar en cuenta cada uno de los factores que estén significativamente relacionados tanto con el fracaso como en la adquisición de la misma, como una estrecha relación y coherencia en los métodos y técnicas utilizadas (Simoni, Frick & Huang, 2006).

## **Justificación del Estudio.**

Las enfermedades crónicas en México son un problema creciente y los tratamientos con frecuencia son complicados, por lo que se requiere que los pacientes modifiquen sus hábitos cotidianos. Las terapias pueden incluir cambios en la dieta, administración de medicamentos, ejercicio, entre otros. Estos cambios requieren de adherencia terapéutica por parte de los pacientes. No obstante, algunos de ellos no siguen las instrucciones del médico, es decir, no presentan adherencia terapéutica.

Según DiMatteo & DiNicola (citados en Martín, Sairo & Bayarre, 2003, 2) el término adherencia terapéutica “se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de la salud y en sus características psicológicas y sociales”.

Por su parte, Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey (2003) señalan que la adherencia es “un proceso conductual complejo determinado por varios factores en interacción: atributos del paciente, medio ambiente del paciente (el cual comprende apoyos sociales, características del sistema de salud, funcionamiento del equipo de salud, y disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud) y características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento” (158).

Además, estos mismos autores mencionan que la adherencia puede ser mejor entendida como “el proceso de esfuerzos que ocurren en el curso de una enfermedad, para cumplir con las demandas conductuales impuestas por esta enfermedad” (159).

Aburto & Gamundi (1997) señalan que los factores pueden afectar la cooperación de los pacientes con respecto al tratamiento médico son: información al paciente sobre su enfermedad y tratamiento; cogniciones del paciente en relación a su estado de salud y al

régimen médico a seguir; relación entre el paciente y el médico; duración del tratamiento; atención recibida en los centros de salud y el acceso a éstos.

Ahora bien, es frecuente que los pacientes no muestren adherencia a su comportamiento para el manejo de enfermedades crónicas y este hecho tiene efectos a niveles individual y social. Un paciente que no sigue el tratamiento es probable que presente complicaciones de salud que pueden ser graves; el impacto social tiene que ver con el alto costo que significa para las instituciones de salud proporcionar los servicios que, es posible, sean utilizados de manera inadecuada. De ahí la importancia de investigar este aspecto del control de las enfermedades crónicas en nuestro país.

Así, surgió el interés por llevar a cabo un estudio sobre adherencia terapéutica de enfermos crónicos, cuyo objetivo fue analizar la relación establecida entre los pacientes y los médicos que los atienden, en instituciones de salud pública y privada, relación que comprende la información con respecto a la enfermedad, al tratamiento, así como a la participación tanto del paciente como del profesional de la salud.

Este estudio, forma parte del proyecto de investigación “Percepción de apoyo social, estrés y salud: Modelos de investigación”, registrado en la FES Iztacala, UNAM.

## **Psicología, Salud y Adherencia Terapéutica**

## **Método.**

### **Objetivo:**

Evaluar la adherencia terapéutica de enfermos crónicos, así como la relación establecida entre éstos y los médicos que los atienden, en instituciones de salud públicas y privadas.

### **Participantes:**

Se evaluaron 200 enfermos crónicos, adultos, voluntarios, que presentaban algunos de los siguientes padecimientos: diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades cardíacas, artritis, hipercolesterolemia, enfermedades renales, arteriosclerosis, sida o cáncer. Todos ellos residentes en la Ciudad de México. Fueron contactados en Clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social del Distrito Federal y Área Metropolitana, así como en clínicas y consultorios privados.

### **Instrumentos:**

Se usó la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) (Soria, Vega & Nava, EN PRENSA). Contiene 21 ítems que se agrupan en tres factores que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas:

- Control de ingesta de medicamentos y alimentos.
- Seguimiento médico conductual.
- Autoeficacia.

Se empleó además un cuestionario diseñado de manera específica para este estudio, para evaluar la relación médico-paciente.

### **Escenario:**

Se evaluó a los participantes en la clínica del IMSS, del ISSSTE, de la SSA o en la clínica o consultorio privados a los que asistían.

**Procedimiento:**

Se aplicó la Escala de Adherencia Terapéutica y el cuestionario de interés, de manera individual, pidiendo a cada uno de los pacientes que leyeran las instrucciones junto con el evaluador quien aclaraba las dudas existentes.

**Análisis de datos:**

Se llevaron a cabo análisis descriptivos.

Se aplicó un análisis de varianza de una vía y comparaciones específicas de t de student y friedman, para evaluar posibles diferencias entre los pacientes que asistían a instituciones de salud pública y a consulta privada.

## Resultados.

Los resultados que se obtuvieron con la aplicación de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) y el cuestionario que evaluó la relación médico-paciente, se describirán a continuación, inicialmente será de manera general, posteriormente se puntualizará sobre las diferencias existentes entre los pacientes con enfermedades crónicas que asisten a instituciones públicas o privadas. Considerando que la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) contiene 21 ítems y que el puntaje teórico máximo fue de 2100 y el mínimo de 900, se identificaron tres niveles de adherencia (ver tabla 1).

Nivel de Adherencia Terapéutica	Rangos	Porcentaje	Frecuencia
Baja	900-1450	35%	70
Moderada	1451-1575	33.5%	67
Alta	1576-2100	31.5%	63
Total		100%	200

**Tabla 1.-** Rangos calculados por medio del puntaje teórico máximo y mínimo, distribuidos en 3 categorías, que describen los niveles de adherencia y el porcentaje de la población para cada uno de ellos

Al examinar los datos de ambas muestras se observó que la media de adherencia para los pacientes que asistían a consulta privada fue de 1461, con un 69.5% de enfermos que se ajustaban a su tratamiento en un nivel moderado. Para los pacientes de consulta pública, la X fue de 1540, con un 73.3% de esa muestra alcanzando un nivel también moderado. Además, al evaluar el nivel de adherencia, respecto al tipo de institución, se encontró que hubo diferencia significativa, siendo más adherentes los pacientes que asistían a consulta pública (ver tabla 2).

<b>Tipo de institución.</b>	<b>frecuencia</b>	<b>Media</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Privada	108	1461	2.90	198	.004
Pública	92	1540			

**Tabla 2.-** Describe los puntajes obtenidos para cada tipo de institución a la que asistían los pacientes con enfermedades crónicas.

Cuando se analizó el nivel de adherencia en la muestra total, para cada ítem del cuestionario los datos indicaron que no se encontraron diferencias significativas si el médico explica al paciente en qué consiste su enfermedad, si el enfermo le expone al médico sus dudas con respecto a su enfermedad y se le aclaran de manera satisfactoria. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas si los pacientes participaban o no en la elección de varias alternativas en cuanto a régimen alimentario y de ejercicio físico. La información del médico al paciente sobre efectos colaterales del tratamiento a seguir y con respecto a las consecuencias de no llevarlo a cabo, no arrojaron diferencias significativas, como tampoco influyó el tipo de trato recibido por el médico (cordial, distante, expresivo o serio). Se puede decir que en general, la mayoría de los pacientes mostraron un nivel moderado de adherencia independientemente del tipo de institución de salud al que asistieran, en lo que respecta a estos ítems del cuestionario.

Cuando también se analizó el nivel de adherencia de la muestra total, independientemente de si los enfermos asistían a consulta a una institución privada o pública, se encontró que los que contestaron que *Sí* se sentían cómodos con el tipo de trato que recibían por parte del médico independientemente si éste era cordial, distante, expresivo o serio, mostraron más adherencia al tratamiento; lo mismo se observó cuando ellos exponían sus dudas con respecto a su tratamiento y se les aclaraban satisfactoriamente. Sin embargo, en ambos casos el nivel de adherencia, de acuerdo al puntaje teórico obtenido, los ubicó en un nivel moderado (ver tabla 3).

Continuando con estos resultados, se puede decir que además, el hecho de permitir que el paciente eligiera entre varias opciones de medicamentos (orales o inyectados), de tratamientos (farmacológico o quirúrgico); cuando eran informados sobre las evaluaciones médicas y/o curaciones a las que tenían que someterse; cuando se les explicaban con detalle

los análisis clínicos a realizarles y las molestias que éstos les podían ocasionar, así como cuando les informaban sobre los resultados de los mismos; cuando el médico les explicaba las evaluaciones, curaciones y aplicación de medicamentos; cuando se les retroalimentaba con respecto al control que iban logrando de su padecimiento, así como recibían felicitaciones por seguir las prescripciones médicas, hubo un impacto sobre la adherencia terapéutica, siendo que los pacientes eran más adherentes, aunque en un nivel moderado, que aquellos enfermos a los que no se les explicaban estos detalles o no se les permitían las elecciones descritas (ver tabla 3).

Ítem	Condición general	Repuesta	Promedio	t	gl	p
22	Paciente: Se siente cómodo con el trato que recibe.	Si	1509	2.35	198	.02
		No	1412			
5	Paciente: Expone sus dudas con respecto a su tratamiento	Si	1510	2.17	198	.031
		No	1429			
9	Médico: Le permite elegir entre diversos medicamentos. (Orales o inyectados).	Si	1549	2.38	197	.018
		No	1476			
12	Médico: Lo deja decidir en cuanto a un tipo de tratamiento para su padecimiento. (Farmacológico o quirúrgico).	Si	1535	1.91	190	.05
		No	1476			
14	Médico: Explicó sobre las evaluaciones, curaciones y/o aplicación de medicamentos.	Si	1519	2.94	198	.004
		No	1425			
15	Médico: Explicó en qué consisten los análisis clínicos y las molestias.	Si	1517	2.86	196	.005
		No	1421			
16	Médico: Explica clara y comprensible los resultados de sus análisis.	Si	1519	2.40	90	.018
		No	1410			
19	Médico: Informó sobre los cambios favorables en cuanto a su padecimiento.	Si	1513	2.61	198	.01
		No	1418			
20	Médico: Lo Felicita y reconoce por llevar a cabo el tratamiento indicado.	Si	1541	4.14	198	.000
		No	1427			

**Tabla 3.-** Acciones realizadas por parte del paciente y el médico, sobre la adquisición de la adherencia terapéutica.

Al analizar las posibles diferencias las variables de adherencia terapéutica y atención médica en instituciones privadas o públicas, con base en cada ítem del cuestionario, los datos indicaron que no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes de ambos tipos de consulta en los siguientes ítems: si el médico explica al paciente en qué consiste su enfermedad; si el enfermo le expone al médico sus dudas con respecto a su enfermedad y si se le aclaran de manera satisfactoria; si el paciente puede elegir alguna de las alternativas de medicamentos, dieta y ejercicios necesarios para controlar su padecimiento o entre un tratamiento quirúrgico o farmacológico. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas cuando el enfermo es informado de los efectos colaterales de la ingesta de medicamentos y de las consecuencias por cumplir o no las indicaciones terapéuticas. Así, los datos indicaron que tanto los pacientes que asistían a consulta médica privada como pública, mostraron un nivel moderado de adherencia terapéutica: la media obtenida para la atención privada fue de 1465, mientras que la atención pública su media fue 1537.

No obstante, sí se detectaron diferencias significativas entre muestras para otros ítems del cuestionario. Los resultados señalan que los pacientes que contestaron de manera afirmativa a los ítems a continuación mencionados, fueron más adherentes que los que respondieron de manera no afirmativa, habiendo diferencias significativas según el tipo de consulta: el médico les aclaraba sus dudas con respecto a su tratamiento; les explicaba todos los síntomas relacionados con su enfermedad; se les permitía elegir entre diferentes tipos de ejercicios físicos para controlar su padecimiento; si se les informaba sobre el control que iban logrando de su enfermedad; y si los pacientes se sentían cómodos con el tipo de trato recibido por parte de su médico (ver tabla 4).

Ítem.	Factores	Institución	Promedio	t	gl	p
7	El médico aclara sus dudas con respecto a su tratamiento	Privada	1471	1.98	106	.05
		Pública	1543			
8	El médico explica todos los síntomas relacionados con su enfermedad.	Privada	1476	2.24	106	.027
		Pública	1536			
11	El médico le permite elegir entre diferentes tipos de ejercicio físico.	Privada	1475	1.98	89	.05
		Pública	1591			
19	El médico le informa sobre los cambios favorables en cuanto a su padecimiento	Privada	1480	3.47	106	.001
		Pública	1561			
22	Se siente cómodo con el trato que recibe de su médico.	Pública	1571	3.04	90	.003
		Privada	1466			

**Tabla 4.-** Los pacientes que contestaron de manera afirmativa fueron más adherentes, según el tipo de consulta (pública y privada).

Por otro lado, también se detectaron diferencias significativas en el nivel de adherencia, entre pacientes de ambos tipos de instituciones; es decir, cuando éstos contestaron de manera afirmativa a algunos ítems, tanto los enfermos de consulta privada como de tipo público, se mostraron más adherentes: si el médico les explicaba sobre las curaciones y/o aplicaciones de los medicamentos; si el médico les explicaba los análisis clínicos a los que se someterían y las molestias que éstos les causarían; si se les informaba sobre los resultados de dichos análisis clínicos; y si el médico los felicitaba por el control que iban logrando de su padecimiento (ver tabla 5).

Ítem.	Factores	Institución	Respuesta	Promedio	t	gl	p
14	El médico le explicó sobre las evaluaciones, curaciones y/o aplicación de medicamentos.	Privada	Sí	1574	2.47	106	.015
			No	1464			
		Pública	Sí	1480	2.62	90	.010
			No	1361			
15	El médico le explicó en qué consisten los análisis clínicos y las molestias.	Privada	Sí	1570	2.48	105	.015
			No	1466			
		Pública	Sí	1478	2.36	89	.020
			No	1355			
16	El médico le explica los resultados de sus análisis clínicos	Privada	Sí	1568	3.13	106	.002
			No	1462			
		Pública	Sí	1483	2.40	90	.018
			No	1323			
18	El médico lo felicita y reconoce por llevar a cabo el tratamiento indicado.	Privada	Sí	1555	2.98	106	.004
			No	1478			
		Pública	Sí	1467	3.71	90	.000
			No	1287			

**Tabla 5.-** Factores relacionados en la adherencia, en instancias públicas y privadas.

El cuestionario cuenta con un ítem (el # 21) que por el tipo de opciones de respuesta, se analizaron los datos con la prueba F (ANOVA), para saber qué tan adherentes eran los pacientes de acuerdo al tipo de trato que recibían de su médico, según el grupo al que pertenecían: consulta privada o pública. Los datos mostraron que los pacientes de ambos tipos de consulta fueron más adherentes cuando reportaron que el trato que recibían de su médico era cordial, que aquellos que recibían trato distante. Los resultados para enfermos de consulta pública:  $F = 2.70$ ,  $gl = 3,88$  y  $p = .05$ ; para los de consulta privada:  $F = 4.06$ ,  $gl = 3,104$  y  $p = .009$

## **Conclusiones**

Se entiende que el proceso de la adherencia terapéutica se inicia una vez que el paciente atiende su enfermedad, y el incremento o decremento del nivel de adherencia, se va alcanzando de acuerdo al cumplimiento o no de las recomendaciones médicas. Se sabe que existen factores que influyen, modifican o alteran la conducta (socioculturales, demográficos, socioeconómicos, aspectos emocionales, los apoyos social y familiar, etc.,) los cuales han sido evaluados por muy diversos investigadores. Sin embargo, la percepción que tienen los pacientes al ser atendidos en una institución privada como en una pública, cobra importancia por ser el contexto general donde se promueve la conducta adherente. Por ello el objetivo de este estudio, fue evaluar la adherencia terapéutica en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, específicamente en cuanto a la relación que se establece entre éstos y los médicos que los atienden, en instituciones de salud pública y privada.

Los resultados encontrados en la muestra general, revelaron que todos los usuarios tuvieron un nivel de adherencia ya sea bajo, moderado o alto, siendo éste un indicativo para considerar que esta conducta estaba presente en el repertorio conductual de los pacientes. Además, las mismas instituciones son un elemento importante para promover la adhesión al tratamiento.

Los datos obtenidos indicaron que bajo ciertas condiciones los pacientes tienden a ser más adherentes, lo que significa que requieren tener control sobre la elección entre medicamentos orales o inyectados y un tratamiento farmacológico o quirúrgico (cuando ello es posible); requieren además de información lo más detallada posible de todo el proceso evaluativo y de tratamiento, así como de los efectos colaterales que habrán. El trato que el paciente recibe por parte de su médico adquiere relevancia, pues si se siente a gusto en su relación con su médico, se adhiere mejor al tratamiento. De igual forma es importante el hecho de que el médico reconozca el esfuerzo que el paciente lleva a cabo para controlar su padecimiento.

Nótese, que la información recibida por el paciente se relaciona al tratamiento no así con su enfermedad. Tampoco tuvo efectos significativos sobre el nivel de adherencia del paciente, el hecho de poder elegir alguna opción de dieta o de ejercicio, lo cual indica que es probable que los enfermos no consideren tan importante un régimen de ejercicio físico ni uno de tipo alimentario, probablemente porque éstos representan conductas que requieren un sacrificio.

Dichos resultados son apoyados por los obtenidos por Peredo, Gómez, Sánchez, Navarrete & García (2005), quienes implementaron una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial, y encontraron que al promover entre los pacientes el planteamiento de sus dudas en cuanto al manejo farmacológico, prevención de complicaciones y la necesidad de adherirse al tratamiento, se incrementó su nivel de conocimientos y se establecieron las habilidades necesarias para alcanzar las metas establecidas en su tratamiento. Se puede decir que si los pacientes pueden llevar un control sobre su tratamiento, se obtienen mejores resultados en cuanto a su adherencia; a mayor participación de los pacientes, se favorece su nivel de cooperación y motivación para mejorar su condición de vida. Si la atención médica tiene una “visión centrada en la enfermedad resulta insuficiente y, con frecuencia, un obstáculo para profundizar en otras facetas de la problemática que desafía a los servicios de la salud” (Viniegra, 2006, 49).

Ahora bien, al hablar de las diferencias entre ambos tipos de instituciones de salud, es importante destacar, que los usuarios que asistían a instituciones públicas como el ISSSTE y el IMSS, tendieron a ser más adherentes, en comparación con aquellos que asistían a consulta privada. Cabe mencionar que se esperaba que el paciente al pagar el servicio médico de una institución privada, presentaría una mayor adherencia al tratamiento médico, ya que la atención y la calidad del servicio son más personalizadas. Sin embargo, los datos obtenidos en este estudio mostraron lo contrario, es probable que el costo del servicio, hospitalización y medicamentos que ofrecen estas instituciones de salud, incrementen de manera gradual, y no puedan ser solventados por los usuarios, en contraposición, los pacientes que reciben atención médica de organizaciones de salud de

índole pública, no les genera mayores gastos económicos o bien éstos son bajos, no siendo así en las instituciones privadas.

Aunado a esto, Sánchez-Sosa (2002), menciona que existen macrofactores que influyen directamente sobre la conducta adherente del paciente, y éstos pueden ser desde la pobreza que afecta a la mayoría de los pacientes; el costo de los estudios que se tienen que hacer con regularidad; la ubicación y traslado a los centros de salud; la tecnología y el equipo con el que cuenta el hospital; el nivel educativo y las tradiciones culturales de una sociedad. Dichas implicaciones sociales son diametralmente distintas cuando comparamos a los países desarrollados con los países tercer mundistas; los primeros cuentan con buena calidad del servicio médico, equipamiento de los consultorios y avance tecnológico, buena adquisición, de buena cantidad de medicamentos; y con hospitales diseñados y habilitados para atender a su población.

Enfocar la atención médica a este tipo de acciones de intervención, pudiese ser una buena manera de utilizar el tan reducido tiempo de atención que tienen los médicos que ofrecen su servicio en una institución pública; hay que reconocer el papel tan importante que juega el personal sanitario, quien es el mediador entre la sociedad y las necesidades que enfrenta. También habrá que promover el reconocimiento de los pacientes como personas activas, capaces de regular sus habilidades y destrezas para impulsar cualquier conducta adherente que se correlacione con el tratamiento terapéutico.

Es importante realizar un diagnóstico situacional al estudiar la adherencia terapéutica con el fin de explorar las necesidades que enfrenta la población, detectar cuáles de los factores se vuelven significativos para que los pacientes sean más adherentes frente a su tratamiento médico y, así poder trazar nuevas estrategias que estimulen el incremento de la conducta adherente, y por qué no, disminuir aquellas que no son funcionales. Para poder garantizar la validez y confiabilidad de cada intervención, es necesario que este tipo de investigaciones sean de corte longitudinal (Guzmán, Ramos-Córdova, Castañeda-Sánchez, Castillo Sánchez & Gómez-Alcalá, 2006).

## Referencias

- Aburto, C. & Gamundi, G. (1997). La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico. *Psicología y Salud*, 10, 37-44.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental, para mejorar la adhesión al tratamiento y estado emocional de pacientes con VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 4, 517 – 523.
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L.A. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: L. A. Oblitas & E. Becoña. (Coords.). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdes, .11-51.
- Beltrán, G. F. & Torres, F. I. (1998). La necesidad de evaluar programas de posgrado en psicología de la salud. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3, 2, 24-35.
- Brannon, L. & Freist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- De la Fuente, R. (1992). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- de los Ríos, J. L., Sánchez-Sosa, J.J., Barrios, P. & Guerrero, V.(2004) Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica IMSS*, 42, 2,109-116.
- Donald, A. (1996).*Psicología y salud*. Madrid: Biblioteca de Psicología.
- Ginarte, Y. (2001) La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 5, 502-505.
- González, V. T. (2003). Creencias de salud: su lugar en el proceso salud-enfermedad. *Alternativas en Psicología*, 3,8, 9-14.

- Gordillo, A. & de la Cruz, T. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos con VIH: Algunas hipótesis desde la psicología. *Psicothema*, 15,12, 227-233.
- Gúzman, M.A., Ramos-Córdova, L., Castañeda-Sánchez, O., Castillo-Sánchez, D. & Gómez-Alcalá, A. (2006). Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. *Revista Médica*, 44, 1, 37-53.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J.J., & Willey, C. (2003). *Adherence to Long-term. Therapies. Evidences for action*. Suiza: World Health Organization.
- Jáuregui, J., De la Torre, A. & Gómez, G.(2002). Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Revista Médica IMSS*, 40, 4, 307-318.
- Marco, A., Knobel, H. & Guelar, A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades Emergentes*, 2,1, 45-53.
- Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, 14,1, 89-99.
- Martín, L., Sairo, M. & Bayarre, H. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana Médica General Integral*, 19,2, 1-15.
- Peredo, R. P., Gómez, L. V., Sánchez, N. H., Navarrete, S. A. & García, R. M. (2005). Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. *Revista Médica IMSS*, 43, 2, 125-129.

- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment Adherence: The role of behavioral mechanisms and some implication for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19,1, 85-92.
- Simoni, J., Frick, A. & Huang, B. (2006) A Longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral. *Health Psychology*, 25,1, 74-81.
- Soria, R., Vega, Z. & Nava, C. Escala de adherencia terapéutica para enfermos crónicos. (EN PRENSA).
- Viniegra-Velázquez, L. (2006). Las enfermedades crónicas y la educación; la diabetes mellitus como paradigma. *Revista Médica IMSS*, 44, 1, 47-59.