

PROTOCOLO 3: LA ADHESION AL TRATAMIENTO

1. INTRODUCCIÓN

- **Concepto**

El término adhesión se aplica al grado de cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, concreción de cambios en estilos de vida, etc. Numerosos autores proponen el uso del término adhesión en lugar de “compliance” pues este sugiere una actitud de pasividad en un paciente que sigue fielmente las indicaciones del personal de salud. **El concepto de adhesión implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta.**

Comprende varios aspectos:

1. La planificación y mantenimiento de un tratamiento
2. La concurrencia a las consultas de control..
3. El uso correcto de la medicación prescrita
4. La concreción de los cambios de estilo de vida requeridos (por ej.: dieta, ejercicio, abandono de hábitos nocivos)
5. La evitación de conductas contraindicadas (por ej.: no usar alcohol con sedantes)

- **Importancia del tema:**

La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas es un problema de enorme magnitud en todos las áreas y niveles de la atención médica. Se acepta que el cumplimiento de las prescripciones médicas es fundamental para la recuperación y el mantenimiento de la salud del paciente, aún cuando la relación

entre adhesión al tratamiento y evolución del estado de salud es extremadamente compleja. El no cumplimiento de los tratamientos tiene un elevado costo social, tanto económico como laboral. (durante el año 1980 en EEUU se gastaron entre U\$396 y U\$792 millones como resultante de tratamientos no cumplidos).

Aunque es difícil establecer el nivel exacto de la incidencia de la adhesión a las prescripciones médicas las estimaciones la sitúan en un rango del 8 % al 96%, con una media de alrededor del 50%. La adhesión a la medicación profiláctica puede ser menor con un promedio del 30 % al 35 %.

La adhesión como problema está presente en cada una de las etapas de la atención médica.

- Del 20 % al 50% de los pacientes no concurren a las consultas solicitadas con antelación.
- Cuando la consulta es solicitada por el paciente el porcentaje de cumplimiento puede ser más elevado, llegando al 75 %.
- Se ha señalado que de los pacientes que *si* concurren a la consulta, el 20 % al 60% dejarán de tomar la medicación indicada; del 19 % al 74% no seguirán el regimen indicado; del 25 al 60% olvidarán o se equivocarán en la administración de la medicación y el 35% de estos errores tendrá una consecuencia nociva para la salud del paciente.

Del 30% al 40% de todos los pacientes no cumplen con los regímenes preventivos y del 20% al 30% no siguen los tratamientos curativos (que producen alivio de síntomas). Cuando se prescribe medicación a largo plazo, el 50% de los pacientes abandona la medicación después de seis meses.

El nivel de adhesión varía dependiendo del tipo de tratamiento:

- Las tasa más altas se encuentran en los tratamientos que actúan directamente sobre los síntomas de la enfermedad (inyecciones, quimioterapia), en los que tienen un alto grado de supervisión y control y en los cuadros clínicos de comienzo agudo.

- Por el contrario los niveles más bajos de adhesión lo muestran las enfermedades crónicas que no producen síntomas o que no plantean riesgo; aquellos que requieren cambios en el estilo de vida y aquellos en que la prevención y no el alivio de los síntomas caracterizan la evolución.

La adhesión a los tratamientos ha sido ampliamente estudiada en relación a tipo de enfermedad, edad, categorías profesionales, etc.

Diabetes:

Tan solo el 7 % de los pacientes adhieren a todas las recomendaciones adecuadas para un correcto tratamiento de la afección.

El 80% de los diabéticos se administra incorrectamente la insulina, el 73% no sigue las directivas de su dieta, el 50% no cuida adecuadamente sus pies, y el 45% no realiza correctamente sus controles urinarios.

Epilepsia:

Al igual que la hipertensión la epilepsia requiere un tratamiento prolongado, aún en ausencia de síntomas, con medicamentos que producen efectos secundarios molestos. La influencia de los amigos y familiares, la convicción del paciente acerca de la severidad de la enfermedad y la relación “proveedora” del paciente (patient provider relationship) son los factores más significativamente relacionados con la posibilidad de mejorar la adhesión al tratamiento.

Enfermedades mentales:

Del 24% al 63% de los pacientes esquizofrénicos ambulatorios toman una dosis menor que la indicada; entre el 9% y el 57% de los pacientes con trastorno afectivo bipolar abandonan el tratamiento con carbonato de litio contra la indicación médica.

Hipertensión:

El 50% de los pacientes a quienes se les ha diagnosticado hipertensión por primera vez no vuelven a la siguiente consulta. El 50% de los pacientes que buscan tratamiento lo abandonan en el término de un año. De aquellos que lo continúan, solo los dos tercios toma suficiente medicación como para controlar su presión sanguínea adecuadamente.

Conductas adictivas

En los tratamientos para el alcoholismo, el 75% de los pacientes abandona antes de completar el programa de tratamiento. En el tratamiento de otras conductas adictivas, como fumar, consumir heroína u otras drogas, el 60% de los que completan el programa de tratamiento, recaen en los tres meses después de finalizada la terapia, el 70% a los seis meses y el 75% al año.

Ancianos (65 y +)

El promedio de adhesión se sitúa en el 45%, con un rango del 38% al 57%. En este grupo etario la no adhesión toma la forma de sub uso intencional de la medicación indicada. Como en otros grupos etarios el grado de adhesión depende de que enfermedad se esté tratando y de la complejidad del regimen (a mayor número de medicamentos, menor cumplimiento de la indicación)

Niños y Adolescentes

Los padres adhieren a los regimenes indicados a sus hijos, solamente el 50% del tiempo. La mitad de los padres de niños en tratamiento para modificación de la conducta lo discontinúan contra la voluntad médica.

Profesionales de la salud:

Las tasas más altas de **no** adhesión a los tratamientos se da entre los profesionales de la salud con una media del 80% y un rango entre el 88% y el 0%. Las profesiones estudiadas incluyen psicólogos, médicos, farmacéuticos, enfermeras y dentistas.

• **¿Qué factores determinan la adhesión al tratamiento?**

La determinación de la adhesión al tratamiento es multicausal. El protocolo 1 lo ayudará a identificar estos distintos factores:

biomédicos:

- tipo de enfermedad : aguda, crónica, limitante, dolorosa, etc
- características del tratamiento: medicamentos, dosis, frecuencia, c/s ef. secundarios, invasividad, prolongación en el tiempo, curativo, paliativo, exigencia de cambios de estilos de vida, etc.

psicologicos y sociales

- psicología y psicopatología del paciente: creencias acerca de la salud, depresión, autoestima, enfermedad mental, etc
- factores sociofamiliares: soporte social, relaciones familiares, nivel económico, etc.
- culturales: hábitos alimentarios, idioma, religión, etc.

asistenciales:

- relación médico- paciente: comunicación, manejo de la información, etc.
- características del profesional de la salud: conocimiento, actitud, destreza, creencias acerca de la salud, etc.

- disponibilidad y acceso a la atención médica: cobertura asistencial, transporte, distancia, etc.

Factores relacionados con la no adhesión a los tratamientos:

Variables relacionados con el paciente:

- Características individuales
- Tipo y severidad del diagnóstico psiquiátrico(en particular, diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, paranoia, o trastorno de personalidad)
- Discapacidades sensoriales
- Falta de comprensión
- Creencias acerca de la salud inapropiadas o conflictivas (por ej. conceptos erróneos: la medicina sólo es necesaria cuando hay síntomas presentes)
- Expectativas no adecuadas acerca del tratamiento
- Concepciones socioculturales o populares acerca de la enfermedad y el tratamiento
- Modelos implícitos de enfermedad
- Apatía y pesimismo
- Fracaso en el reconocimiento de que se está enfermo y se necesita medicación .
- Historia actual o anterior de no cumplimiento de otros tratamientos
- Características de la situación social del paciente.
- Falta de soporte social
- Situación familiar inestable o disarmónica
- Entorno que no facilita la adhesión (por ej.: cambios frecuentes de domicilio)
- Situaciones estresantes (por ej.:pobreza o desempleo)
- Falta de recursos (por ej.: transporte, dinero, falta de ayuda para el cuidado de los niños)

Variables relacionados con la enfermedad

- Situación crónica sin síntomas evidentes
- Sintomatología estable
- Características de trastornos asociados (por ej.: confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas)

Variables relacionadas con el tratamiento

- Complejidad del tratamiento (por ej.: medicación múltiple)
- Tratamiento de larga duración
- Profundidad de los cambios requeridos (por ej.: interferencia con pautas habituales de conducta o alteraciones importantes en el estilo de vida)
- Efectos secundarios de la medicación o medicación que altera la vigilia (por ej.:sedación, extrapiramidalismo)
- Costo
- Preparación, forma y vía de administración (por ej.: cápsula, tableta o inyección)
- Rotulación inapropiada (o defectuosa)
- Envase de diseño incómodo o difícil de manejar

Variables relacionadas con la atención médica

- Falta de continuidad en el cuidado
- Esperas prolongadas
- Períodos de tiempo demasiado prolongados entre una y otra consulta.
- Falta de individualización de la hora acordada (por ej.: consulta masificada, atención por orden de llegada)
- Inconvenientes asociados al funcionamiento y localización del centro de atención: (por ej.: horarios, distancia del transporte público, dificultades de estacionamiento, etc.)
- Falta de prestigio del lugar de tratamiento
- Supervisión profesional inadecuada
- Costo

Variables relacionadas con la interacción profesional de la salud- paciente

- Mala comunicación
- Fallas en la actitud o en la conducta (verbales y no verbales) por parte del paciente y/o de quien le atiende
- Fracaso del médico en detectar las preocupaciones y sentimientos negativos del paciente.
- Insatisfacción del paciente

Mala relación médico paciente. (por ej. manejo inadecuado de la información, falta de empatía, supervisión inadecuada del tratamiento, etc.)

(Adaptado de Turk y Meichenbaum: Adherence to Self-Care Regimens: The patient,s perspective. Plenum Press, NY. 1991)

Que puede hacerse para mejorar la adhesión ?

El denominador común de la mayoría de las intervenciones que mejoran la adhesión al tratamiento es la observación de que el paciente debe ser estimulado a tomar parte activamente en el cuidado de su salud. El paciente debe participar en la planificación del tratamiento y en la definición de las metas a lograr a fin de que sus prioridades, estilos de vida, recursos y posibles obstáculos en el cumplimiento del tratamiento sean tomados en cuenta.

La siguiente lista puede ser útil al médico para chequear su práctica clínica en relación a este tema:

- 1. Escuche a su paciente**
- 2. Pídale que repita lo que tiene que hacer**
- 3. Haga sus indicaciones tan simples como sea posible**
- 4. De instrucciones claras sobre el tratamiento exacto, preferentemente por escrito**
- 5. Use envases con recordatorios y calendarios siempre que sea posible**
- 6. Llámelo si falta a una consulta**
- 7. Indique regímenes que tomen en cuenta la rutina diaria del paciente**
- 8. Enfatique la importancia de la adhesión en cada visita**
- 9. Regule la frecuencia de las consultas a lo necesario para la adhesión del paciente**
- 10. Reconozca en cada consulta los esfuerzos hechos por el paciente para cumplir con el tratamiento**
- 11. Integre al tratamiento a un familiar significativo (esposa, madre, hijo)**

Adaptado de Turk y Meichenbaum : Adherence to self-Care Regimens: The patient,s perspective. Plenum Press. NY. 1991

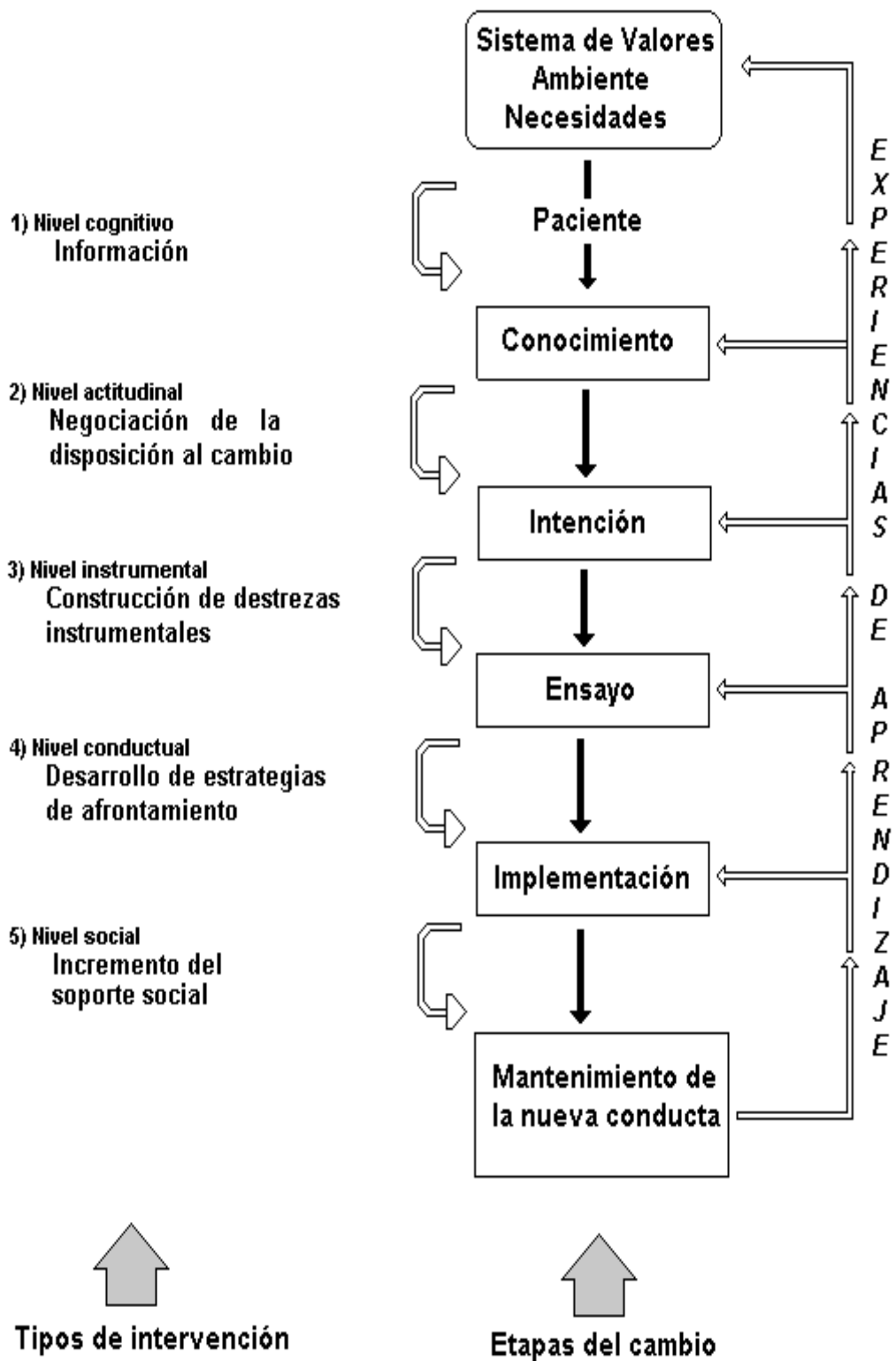
Qué ayuda al cambio de conductas relacionadas con la salud?

- **El conocimiento es necesario pero no suficiente para cambiar conductas.** Los cambios que con frecuencia requieren el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad **solo pueden ser implementados lenta y gradualmente**, pues implican un proceso de aprendizaje e incorporación de nuevos hábitos .
- **No es necesario que el médico sea un experto en cambios de conducta para ayudar a su paciente en este proceso.** Para un número importante de problemas relacionados con la salud (tabaquismo, alcoholismo) existe evidencia proveniente de investigaciones de alta calidad de que el médico puede contribuir al cambio de conductas del paciente por medio de intervenciones simples a nivel de atención primaria. Aún cuando todavía no se haya obtenido plena evidencia de la eficacia de algunas de ellas, se recomienda utilizarlas de rutina frente a las conductas relativas a la salud, dada su inocuidad , relativo bajo costo y beneficios potenciales.

Las siguientes recomendaciones generales han demostrado ser útiles para favorecer el cambio de conductas relacionadas con la salud:

- **Enmarque su intervención tomando en cuenta la óptica del paciente:** Si Ud. busca que su paciente cambie un hábito nocivo para su salud, debe ante todo, saber que piensa él acerca de ésta: “Cuando Ud. piensa en un corazón enfermo, ¿qué piensa acerca de eso?”
- **Informe completamente al paciente de los objetivos y de los efectos esperados de la intervención (medicación, ejercicio, etc.) y de cuando deben ser esperados esos efectos.** Ej. cuando los reumatólogos le hablan al paciente acerca de la finalidad de la medicación que le están indicando, el 79% de estos continúan cumpliendo con su tratamiento cuatro meses después, contra sólo el 33% de aquellos paciente a quienes no se les dió información adecuada al respecto.
- **Sugiera preferentemente pequeños cambios en lugar de grandes cambios:** “Es muy bueno que Ud. camine 10 minutos, ¿podría agregar 5 minutos?”
- **Sea específico.** Las indicaciones específicas mejoran su cumplimiento: “Puede empezar a caminar 20 a 30 minutos 3 o 4 veces a la semana”

- **Muchas veces es más fácil agregar nuevas conductas que abandonar las antiguas.** Ante un problema de sobrepeso, es mejor comenzar indicando un ejercicio moderado que una dieta drástica.
- **Enganche las nuevas conductas a otras ya establecidas.** Ej .”Haga ejercicio en bicicleta fija, cuando mira el noticiero.”
- **Use el ascendiente profesional** (el “poder médico” en el buen sentido). El médico no debe temer decirle al paciente: “Yo quiero que Ud. deje de fumar” o “Quiero que elimine de su dieta la mitad de las grasas.”
- **Indique a su paciente compromisos explícitos.** Por. ej. : el médico puede preguntarle al paciente acerca de cuándo, cómo y con que frecuencia puede instrumentar determinada indicación y luego, estimularlo a concretarla..
- **Combine estrategias.** Use indicaciones personales, ayudas audiovisuales, reuniones grupales,etc.
- **Involucre a todo el personal .** Tanto los técnicos como el personal administrativo pueden comunicar mensajes positivos para la salud del paciente
- **Realice las derivaciones apropiadas:** dietistas, grupos de autoayuda, etc.
- **Monitoree los progresos durante las visitas de seguimiento:** Programe el seguimiento del paciente y chequee los problemas y progresos realizados



Educación interactiva del paciente: cinco niveles de intervenciones educativas

Traducido y adaptado de : Patient education in hypertension: five essential steps. Journal of Hypertension. 1989, 7 (suppl 3) :S93-S98

Cómo incidir sobre el cambio?

Se pueden identificar cinco diferentes tipos de intervenciones educativas en el encuentro médico paciente:

1. **Intercambio de información** (conocimiento, conceptos, nivel de conciencia) para acrecentar el conocimiento de los hábitos del paciente.

¿Qué sabe Ud. acerca de.....?

2. **Motivación para el cambio** (tomando en cuenta actitudes, creencias y expectativas) para construir el compromiso.

¿Cómo se siente acerca de.....?

¿Qué está Ud. dispuesto a hacer para.....?

3. **Adquisición de destrezas instrumentales** (la destreza es un prerequisite del ensayo y la implementación) para capacitar al paciente para ensayar la conducta deseada.

¿Qué puede hacer Ud. para.....?

4. **Desarrollo de conductas de afrontamiento** que promuevan un cambio en la vida diaria.

¿Cómo hará Ud. para.....?

¿Qué problemas puede encontrar para concretarlo?

5. **Estímulo del soporte social** para asegurar el mantenimiento de la nueva conducta.

¿Quién puede ayudarle?

¿Cuáles son sus planes ahora?

Las destrezas de afrontamiento que tendrán que aprenderse y practicarse incluyen componentes cognitivos, actitudinales y conductuales:

1. **Una clara comprensión de las situaciones de alto riesgo** (por ej. saber que si alguien enciende un cigarrillo esto es un fuerte estímulo para que uno haga lo mismo)
2. **Buen conocimiento acerca de que hacer en una situación particular** (por ej. cuando huir de una tentación o cuando luchar contra ella)
3. **Expectativas claras acerca de la evolución posible de determinadas respuestas de afrontamiento** (por ej.: como lidiar con la culpa que sigue a una reincidencia)
4. **La habilidad para poner en acción un plan de afrontamiento** (por ej. como declinar elegantemente una copa o un cigarrillo)

Prevención de la reincidencia

- **Nadie es inmune a la recaída**, sea esta por fuerzas externas o por fluctuaciones internas de la motivación. De hecho la recaída y los intentos reiterados del cambio de conducta forman parte del proceso de aprendizaje. Por ej.: los fumadores necesitan, como promedio, tres intentos antes de conseguir dejar de fumar efectivamente.
- **La reincidencia puede ocurrir en cualquier etapa del tratamiento**, y la prevención de las recaídas debe incluir necesariamente medidas educativas en todas las etapas del proceso de cambio de conducta.. Este es un argumento más en favor de una educación sistemática del paciente.
- **Las medidas para la prevención de la reincidencia incluyen:**
 1. Informar acerca del concepto de situación de alto riesgo
 2. Estimular la motivación a largo plazo poniendo énfasis tanto en las consecuencias de la conducta a largo plazo como en sus beneficios inmediatos.

3. Adiestramiento y ensayos de conducta para aumentar la capacidad de afrontamiento del paciente en situaciones de alto riesgo.
4. Confeccionar el plan de tratamiento para la original situación del paciente
5. Enseñar al paciente estrategias para minimizar o evitar situaciones de alto riesgo
6. Enseñarle estrategias para luchar contra los retrocesos y recaídas temporarias (por ejemplo, conceptualizandolas como oportunidades de aprendizaje)
7. Enseñe al paciente como buscar y aumentar el soporte social
8. Haga un seguimiento cercano en las etapas iniciales (por lo menos durante tres a seis meses)

Este abordaje interactivo puede parecer muy costoso en tiempo, energía y recursos. Sin embargo, la identificación sistemática de la etapa de cambio en que se encuentra su paciente y de las correspondientes necesidades de aprendizaje permite administrar más selectivamente el tiempo dedicado a las intervenciones educativas.

BIBLIOGRAFÍA:

TEXTOS:

- MANN NC: Improving adherence behaviour with treatment regimens. Behavioural science learning modules. WHO. Div. Mental Health. Geneva, 1993: 1-17
- NOCKOWITZ R: Enhancing patient compliance with treatment recommendations. In: STERN TA, HERMAN JB, SLAVIN PL: MGH Guide to psychiatry in primary care, U.S.A., Mc Graw-Hill, 1998: 565-574
- OGDEN J: An introduction to health psychology. Health beliefs. In: OGDEN J, Health psychology: a text book, Towbridge: Redwood Books, 1996: 1-35
- STRAIN JJ: Psychological interventions in medical practice, New York: Appleton, 1978
- STUART EM, FRIEDMAN R, BENSON H : Promoting nonpharmacologic interventions to treat elevated blood pressure. Behavioural science learning modules. Division of Mental Health. World Health Organization, Geneva, 1993: 1-42
- TURK DC, MEICHENBAUM D: Adherence to self-care regimens: the patient's perspective. In: SWEET JJ, ROZENSKY RH, TOVIAN SM, Handbook of clinical psychology in medical settings, New York: Plenum Press, 1991:249-266.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. DIVISION OF MENTAL HEALTH: Doctor- patient. Interaction and communication, Geneva, 1993: 1-43

Trabajos que muestran el estado del arte ("state of the art"):

- CHALMERS J: Avances en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Astra 1998: 1-27
- CROOG SH, LEVINE S, TESTA M, BROWN B, BULPITT CJ, JENKINS CD, et al: The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1986; 314:1657-64
- DRUGS AND THERAPEUTICS BULLETIN - Vol. 36 - Nos 6 (cont.) y 7 : Por que fracasan los tratamientos? - pag. 2-3. Rev. Noticias N° 97 - SMU. Marzo 1999
- GRÜENINGER, U., GOLDSTEIN, M. y DUFY, D. : Patient education in hipertension: five essential steps. Journal of Hypertension 1989, vol 7 (suppl 3)
- WEBER MA: The evolving paradigm of hypertension. Cardiology Cl. 1995, 13, N°4: 473-78

Abstracts disponibles:

- BALDESSARINI RJ: Enhancing treatment with psychotropic medicines. Bull Menninger Clin 1994; 58(2): 224-41
- BALKRISHNAN R: Predictors of medication adherence in the elderly. Clin Ther 1998; 20(4):764-71
- BOND GG, AIKEN LS, SOMERVILLE SC: The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. Health Psychol 1992; 11(3): 190-8
- ELLIOT WJ: Compliance strategies. Curr Opin Nephrol Hypertens 1994; 3(3): 271-8
- GLASGOW RE, ANDERSON BJ: Future directions for research on pediatric chronic disease management: lessons from diabetes. J Pediatr Psychol 1995; 20(4): 389-402
- GREEN LW, SIMONS-MORTON DG: Denial, delay and disappointment: discovering and overcoming the causes of drug errors and missed appointments. Epilepsy Res Suppl 1998; 1: 7-21
- KRAVITZ RL, HAYS RD, SHERBOURNE CD, DIMATTEO MR, ROGERS WH, ORDDWAY L, et al: Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. Arch Intern Med 1993; 153 (16): 1869- 78
- RAND CS: Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol 1993; 72(10): 68D-74D
- SHERBOURNE CD, HAYS RD, ORDDWAY L, DIMATTEO MR, KRAVITZ RL: Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. J Behav Med 1992;15(5): 447-68
- TURK DC: Customizing treatment for chronic pain patients: who, what, and why. Clin J Pain 1990; 6(4): 225-70