

CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ

Adherencia

**y factores que influyen en la adherencia
a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos**

**en personas que presentan
factores de riesgo de enfermedad cardiovascular**

una revisión de la literatura



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

Facultad de Enfermería
Centro de Extensión e Investigación

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Bonilla Ibáñez, Claudia Patricia, 1970-

Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: una revisión de la literatura / Claudia Patricia Bonilla Ibáñez. – Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2008, 64 p.

ISBN: 978-958-701-788-5

1. Enfermedades cardiovasculares - Tratamiento 2. Autocuidado 3. Adherencias (Medicina) 4. Acciones farmacológicas

CDD-21 610.73691 / 2008

NLM WY152.5 / 2008

Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: una revisión de la literatura.

© UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería

© Claudia Patricia Bonilla Ibáñez
Magíster en Enfermería con énfasis en salud cardiovascular

ISBN: 978-958-701-788-5

Primera edición: 2008

Diseño de carátula
Mónica Vásquez

Armada digital e impresión:
Editora Guadalupe Ltda.
E-mail: ediguada@yahoo.es
Tel.: 2690532, Bogotá, D.C., Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Moisés Wasserman Lerner
RECTOR GENERAL

Beatriz Sánchez Herrera
VICERRECTORA GENERAL

Carmen María Romero Isaza
SECRETARIA DE SEDE

Andrés Tovar Pérez
DIRECTOR ACADÉMICO

Fernando Montenegro Lizarralde
VICERRECTOR DE SEDE

Ellie Anne Duque
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN

Evelyn Vásquez Mendoza
DECANA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Amparo Lozada
VICEDECANA ACADÉMICA

Rosibel Prieto Silva
COORDINADORA CENTRO
DE EXTENSIÓN E INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería

CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ

**Adherencia y factores
que influyen en la adherencia
a tratamientos farmacológicos
y no farmacológicos en personas
que presentan factores de riesgo
de enfermedad cardiovascular:
*Una revisión de la literatura***

Bogotá, D. C., Colombia
2007

CONTENIDO

PRÓLOGO _____	7
INTRODUCCIÓN _____	9
1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR? _____	11
2. ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS _____	15
3. RELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA ____	23
4. FACTORES QUE INFLUYEN EN COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS _____	29
4.1 Factores sociales y económicos _____	29
4.2 Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud _____	39
4.3 Factores relacionados con la condición de salud o con la enfermedad _____	48
4.4 Factores relacionados con la terapia _____	51
4.5 Factores relacionados con el paciente _____	56
5. BIBLIOGRAFÍA _____	61

PRÓLOGO

Si bien es cierto que es muy importante para la práctica de la enfermería considerar la relación persona-enfermera y a ella la literatura de enfermería ha dedicado múltiples ejercicios tanto filosóficos como conceptuales y teóricos para explicar dicha relación, también lo es que se le ha dado un énfasis mínimo al estudio de las fuerzas que por fuera de esta relación han sido de suprema importancia para determinar los comportamientos de salud de las personas.

Para la mayoría de las personas su herencia cultural, sus roles en la sociedad y su situación económica tienen influencia más profunda en sus comportamientos de salud que la interacción con cualquiera de los profesionales de la salud.

Cuando enfermería considera los comportamientos frente a la salud desde una perspectiva limitada se tiene una visión incompleta de los determinantes sociales, ambientales y políticos de salud; tal limitación tendrá como resultado intervenciones de alcance limitado por enfermería e interpretaciones imprecisas sobre los comportamientos del paciente.

Si se tiene una comprensión de las fuerzas complejas de orden social y de las políticas de salud, podría pensarse en formas de intervención de más largo alcance e impacto.

Enfermería junto con medicina compartirían la misma frustración expresada por Mc. Kinglay citado por Butterfly¹ quien usó la analogía de una situación donde un río turbulento arrastra personas y los médicos (y las enfermeras) se concentran tanto en rescatar a los afectados que no pueden sacar tiempo para observar quién o qué es lo que está arrojando estas personas al río. Con este ejemplo Butterfly ilustra la inutilidad de las intervenciones de corta duración en lugar de concentrar las energías “río arriba” donde están los problemas.

Pensando en la necesidad de tener una visión más completa de las influencias sobre el comportamiento de autocuidado, como la adherencia a tratamientos farmacológicos y a recomendaciones de cambios de estilo de vida para personas en condiciones de riesgo de enfermedad cardiovascular y en general en personas que requieren tratamientos permanentes o de larga duración, se hizo revisión de la litera-

¹ Butterfield, Patricia. Pensando contra la corriente: un entendimiento conceptual del contexto social de la conducta de salud. En: *Advanced in Nursing Science*, 1990; 12 (b) 1-8.

tura que presenta de forma diversa y a veces coincidente los factores de naturaleza interna y externa del paciente que influyen en la adherencia. Otras revisiones de literatura sobre el tema sin duda implementarían los conceptos aquí presentados.

La autora desea hacer un aporte para aquellos colegas que ya se están interesando por ir más allá en la comprensión del fenómeno de la falta de adherencia a los tratamientos que disminuiría en gran manera la inversión social que ha de hacerse para el manejo de las complicaciones y ello sería un gran aporte que enfermería puede hacer a las intervenciones en esta problemática.

Edilma Gutiérrez de Reales
Docente Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCIÓN

En el área de cuidado al paciente con enfermedad cardiovascular se han hecho diversos aportes tendientes a describir las conductas de personas en riesgo y personas que padecen alguna de las llamadas enfermedades cardiovasculares. Se han explorado diferencias entre grupos según género, según grado de enfermedad y así mismo se han examinado algunos factores que condicionan las acciones de autocuidado y las disposiciones para el autocuidado de las personas estudiadas.

En la línea de investigación "cuidado para la salud cardiovascular" se ha utilizado consistentemente el marco de referencia del modelo conceptual de enfermería de Dorotea Orem y en particular la capacidad de la agencia de autocuidado en los sujetos con el fin de hacer una aproximación a recomendaciones más ajustadas a la realidad del autocuidado de los grupos que han sido objeto de estas descripciones.

Se ha reconocido la importancia del autocuidado como coadyuvante de las medidas de tratamiento del régimen médico y de las recomendaciones de cambio en el estilo de vida que buscan mejorar la calidad de vida de personas en riesgo de enfermedad cardiovascular o de quienes presentan un diagnóstico de alguna de ellas, en especial la enfermedad coronaria que es reconocida como una de las primeras causas de morbimortalidad para la población tanto en el país como fuera de él.

Aún así se reconoce el poco éxito que medicina y enfermería logran desarrollando los protocolos de tratamiento y manejo de este grupo de pacientes. Por lo que es necesario avanzar

en el entendimiento de las razones por las cuales los tratamientos y el manejo establecidos no producen los resultados deseados.

Se reconoce la adherencia a tratamientos farmacológicos como uno de los aspectos críticos para el éxito de los tratamientos y por ello es inquietante la tendencia casi mundial donde aproximadamente el 50% de todos los pacientes abandonan sus tratamientos, con el consiguiente efecto negativo en la tasa de morbilidad y de mortalidad en personas con factores de riesgo o con una enfermedad cardiovascular manifiesta que requieren un tratamiento de larga duración.

En esta revisión se parte de la idea de que la adherencia es un comportamiento de autocuidado que se espera tanto para satisfacer requisitos de autocuidado universales, adherencia a prácticas sanas en el estilo de vida para manejar o prevenir los factores de riesgo, así como de autocuidado en requisitos en estado de desviación de la salud donde la adherencia a tratamientos farmacológicos y recomendaciones a cambios en el estilo de vida son de obligatorio cumplimiento.

Se asume que del mismo modo que el autocuidado depende de factores básicos condicionantes, la adherencia también está condicionada por muy diversos factores que en la literatura se expresan de diversa manera como factores influyentes, determinantes, barreras y otros.

Es importante ver que aunque los pacientes padecen estas enfermedades más otras como la hipertensión arterial, dislipidemia, hipercoles-

terolemia y otras que constituyen factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, reciben tratamientos, pero éstos no siempre son exitosos; se sabe que los pacientes por un motivo u otro no toman sus medicamentos o no siguen recomendaciones de modo que el pronóstico para su enfermedad no es el mejor.

En un comunicado de prensa de la OMS del 1 de Julio de 2003² se indica que por ejemplo en el caso de la hipertensión arterial el porcentaje de pacientes que cumplen con su régimen terapéutico es solo del 27% en Gambia, 43% en China, y 51% en Estados Unidos; en los países desarrollados la observancia del tratamiento o adherencia es solo del 50%. Considera la OMS que el incumplimiento de los tratamientos tanto farmacológicos como las recomendaciones es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes y por ende se presentan complicaciones médicas y psicosociales de la

enfermedad, se reduce la calidad de vida de los pacientes y aumenta la aparición de resistencia a los fármacos y se desperdician recursos asistenciales.

Cuando no se sigue el tratamiento prescrito, la responsabilidad recae entonces directamente sobre él, a pesar de que existe evidencia que los profesionales de la salud, los sistemas de salud, las condiciones económicas del paciente y del entorno pueden tener una gran influencia en el nivel de adherencia del paciente a sus tratamientos.

El material que aquí se presenta es producto de una revisión bibliográfica sobre el tema de la adherencia en el cual se responde a preguntas como ¿Por qué es importante la adherencia en pacientes con factores de riesgo cardiovascular? ¿Existe alguna relación entre autocuidado y adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular?

² SABATE, Eduardo. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Los pacientes no reciben apoyo necesario. Comunicado de prensa OMS/54, 1 de Julio de 2003. <http://www.who.int/chronic-conditions/adherencereport/en>

I. **¿Por qué es importante la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular?**

Según Fleury³, el papel de la enfermera, tiene que ver con ayudar a los individuos a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida que les ayuden a disminuir estos riesgos e incapacidades. Por esto “es esencial que las enfermeras desarrollen el conocimiento que se requiere para ayudar a individuos y familias a que inicien y mantengan comportamientos congruentes con los esfuerzos que se hacen para reducir los riesgos”.

Tal como esta autora lo reconoce, a los diversos intentos de intervención les ha hecho falta identificar adecuadamente los determinantes socio- emocionales de la motivación en estos individuos con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y por ello tales programas han mostrado efectividad limitada.

El estudio y comprensión de los modelos motivacionales para diseñar programas de prevención y manejo de los riesgos ha servido, según Fleury, para identificar aspectos de mediadores cognitivos subyacentes a las decisiones de iniciar y mantener una conducta de salud cardiovascular pero no han examinado el significado que el cambio de conducta de salud tiene para el individuo.

El logro de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de los pacientes con enfermedad cardiovascular es un reto para todos los profesionales que trabajamos con estos pacientes ya que es necesario identifi-

car los factores que influyen en comportamientos de cuidado de salud como la adherencia.

La adherencia a tratamientos farmacológicos y a los no farmacológicos de pacientes en riesgo se puede entender como parte de estos comportamientos de salud. No se pueden visualizar únicamente desde la perspectiva de las motivaciones sino que la conducta frente a la salud es una respuesta humana compleja que debe considerar para su entendimiento una perspectiva holística donde el individuo se ve más que un cuerpo físico en riesgo, más que una mente o conducta; debe comprender sus interrelaciones y reciprocidad con el ambiente que condiciona en buena parte las respuestas a la enfermedad o a los riesgos y por último debería considerar sus valores espirituales frente a la vida. Solo dentro de esta totalidad tal vez sea posible entender mejor a las personas en riesgo y promover para ello una orientación y cuidado y con ello lograr al menos aminorar y controlar los daños de las enfermedades cardiovasculares.

El problema de la falta de adherencia es uno de los más importantes para evaluar en los pacientes con factores de riesgo para enfermedad coronaria ya que conlleva a mantener índices altos no sólo de la enfermedad como tal, sino que muchos de los tratamientos para enfermedades que se consideran factores de riesgo como la hipertensión arterial, diabetes, etc. tienen problema de no adherencia farmacológica y no farmacológica.

³ FLEURY Julie. “La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular”. *Image* 1992; 24(3): 229 -239.

Hay dificultades para lograr que los pacientes con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular sigan las recomendaciones del médico en cuanto a medicamentos y a otras que se les hacen para corregir hábitos o costumbres no saludables.

El peso de la enfermedad cardiovascular y particularmente de la enfermedad coronaria tiene repercusiones económicas, emocionales, funcionales que no son de fácil enfrentamiento para nuestra población. Por eso es urgente que enfermería se prepare para tomar un papel activo, para apoyar la terapéutica existente que no ha logrado sus metas.

Mucho se ha escrito sobre políticas de salud cardiovascular pero al sector salud le ha faltado voluntad para implementar programas que logren las metas no solo de cobertura sino de disminución real de la presencia de la enfermedad cardiovascular en la población en general.

En Colombia y en otros países, los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular son modificables, esto indica que la promoción de la salud con un mínimo costo es la intervención más oportuna; ya que si se comparan los costos del tratamiento y las incapacidades debidas a enfermedad cardiovascular, resultaría mucho más económico para todos los implicados tomar medidas preventivas y que promuevan la adherencia a comportamientos de autocuidado.

La atención primaria y secundaria serían más eficaces si enfermería tuviera ideas claras sobre lo que ha sido poco eficaz en el pasado, en otros lugares del país y en otros países, y desarrollara estudios de investigación que le permitieran conocer la problemática de la falta de adherencia desde una perspectiva más am-

plia ya que en el comportamiento de adherencia a los tratamientos y recomendaciones son muchas las variables que entran en juego.

La enfermera como agente de salud debe primero conocer el tipo de población que atiende y así hacer un diagnóstico y diseñar estrategias que permitan al paciente conocer claramente la importancia o relevancia de realizar un tratamiento efectivo tanto con medicamentos como con seguir recomendaciones de diferente índole. Los programas asistenciales de promoción y prevención no son solo para nivel uno, la educación en un hospital nivel tres debe ser más especializada y es allí donde la enfermera busca metodologías adecuadas para llegar al paciente y comprometerlo con su cuidado. Para el individuo a menudo no es importante seguir ciertas recomendaciones o tomar ciertos medicamentos de manera continua y controlada. Debemos saber llegar al paciente con nuevas motivaciones y propuestas para mejorar la adherencia y lograr una mejor calidad de vida y bienestar.

Para hacer efectivo este movimiento de prevención de la enfermedad cardiovascular es preciso que enfermería cuente con referentes teóricos y se apoye en métodos e instrumentos válidos y confiables que sirvan a unos fines concretos como la investigación que apoya propuestas de cambio a las formas de intervención.

La adherencia parece estar incluida implícitamente en comportamientos de autocuidado en los requisitos de autocuidado universales y en los requisitos de autocuidado en estado de alteración de la salud⁴. Podría encontrarse deficitario cuando se valora el patrón de elecciones formula el diagnóstico de enfermería de "Incumplimiento terapéutico"⁵ y en diversas prácticas saludables promotoras de salud y de

⁴ TAYLOR, Susan. "Teoría del déficit de auto cuidado". En: Ann Mariner. *Modelos y teorías de enfermería*, Hartcourt, Madrid 1997, p. 178.

⁵ NANDA. *Diagnósticos de enfermería. Definición y clasificación*. Harcourt. Madrid: 1999-2000, pp. 60-61.

prevención de la enfermedad como en el caso de personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Fleury, autora ya mencionada, al mirar el comportamiento de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos ha encontrado como problemática que se mire únicamente si el paciente se adhiere o no, sin que se tengan en cuenta los innumerables motivos que el individuo en riesgo puede tener para esa conducta.

Trabajos realizados para evaluar las condiciones que limitan a las personas a iniciar y mantener conductas protectoras de salud han tenido como explicación algunos factores por separado o aún diversas variables pero no han intentado examinar los factores favorables o limitantes desde una perspectiva holística.

Ante la perspectiva social y económica que la enfermedad cardiovascular impone a las entidades encargadas de garantizar bienestar a la población, ya es tiempo de que se identifiquen y analicen todos los elementos que se conjugan cuando una enfermedad se presenta, el gran número de antecedentes que influyen en el evento de una condición de riesgo de salud o de una enfermedad propiamente dicha.

La ciencia médica se ha destacado en la búsqueda de factores de riesgo en particular para una condición de salud como la de las enfermedades cardiovasculares, detectando aquellos indicadores biológicos que, mediante la tecnología avanzada del momento, se pueden medir, y también se han desarrollado los mecanismos para disminuir o enfrentar dichos factores.

Adicionalmente numerosos estudios epidemiológicos han demostrado las condiciones y hábitos de las personas que las exponen a ser más afectadas por la enfermedad cardiovascular. Esto significa que están bien documentadas las patologías y los factores que contribuyen a que la enfermedad se presente. Para lo primero hay un adecuado manejo tera-

péutico, médico o quirúrgico y una tecnología avanzada; para lo segundo hay algunos esfuerzos encaminados a modificar comportamientos reconocidos como perjudiciales.

Con todo, el creciente número de personas con enfermedad cerebrovascular discapacitante y mortal hace suponer que ni la terapéutica ni los programas tendientes a reducir los factores de riesgo han tenido suficiente éxito a nivel de prevención primaria o secundaria. Se presenta siempre el problema de la falta de compromiso de la gente ya sea para adherirse a los tratamientos o a la práctica de conductas saludables que eviten el desarrollo de la enfermedad cardiovascular o que la controlen dentro de límites deseables cuando la enfermedad se ha declarado.

El problema de la falta de adherencia ya de por sí del 50% en los países desarrollados, en países como Colombia posiblemente es mucho mayor y sobre ello no existen registros. Como se dijo anteriormente, mucho se ha hecho para tratar la patología, algo menos por inducir cambios de comportamientos que limiten los factores de riesgo. La falta de adherencia a la terapia y a los cambios de comportamiento ha tenido hasta ahora un foco principal: el paciente: en él convergen y de él son todas las responsabilidades frente a la salud.

En vista del poco éxito de los esfuerzos preventivos primarios o secundarios para atender la salud, parece ya necesario interesarnos por examinar las causas que una persona puede aducir para explicar una adherencia pobre o total falta de ella. Seguramente en este caso no será posible prescribir un tratamiento o una conducta sin entender el contexto en el que se desenvuelve la vida, de la cual la condición de salud es sólo una parte, que debe analizarse como un todo, dada la concepción del hombre como un ser holístico; la concepción fragmentada de la salud y de los actores que intervienen en todas los procesos de atención ha producido este lamentable resultado con un creciente índice de nuevos casos y de un aumento de la mortalidad,

amén del desequilibrio en el costo-beneficio de los esfuerzos que se están haciendo dentro del sistema de salud para enfrentar esta situación.

Las medidas de prevención futura necesitan enfocarse a los perfiles de Factores de Riesgo en pacientes individuales, identificando con precisión los que están en riesgo e interviniendo

activamente para maximizar la capacidad para cambiar ese riesgo. Aun más, las estrategias de prevención comienzan en la niñez.

También puede resultar útil para intervenir adecuadamente considerar los riesgos que los pacientes tienen para adherirse o no a esos tratamientos.

2. Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Cuando se estudia el comportamiento de la adherencia en salud, se tienen en cuenta una serie de premisas que contribuyen a entender su importancia. Tomadas de la OMS, 2002⁶, se exponen:

1. La falta de adherencia a los tratamientos en las enfermedades crónicas es un problema mundial de magnitud sorprendente.
2. El impacto de la falta de adherencia crece a medida que aumenta el peso de la enfermedad crónica en el mundo entero.
3. Las consecuencias de la poca adherencia a terapias de corta duración es un resultado de salud deficiente y aumento de los costos del cuidado de salud.
4. Al mejorar la adherencia se mejora la salud del paciente.
5. La adherencia es un indicador importante de la efectividad del sistema de salud.
6. Al aumentar la efectividad de las interacciones en adherencia se puede lograr un impacto mucho mayor en la salud de la población que mejorando otro tratamiento médico.
7. Los sistemas de salud deben evolucionar para experimentar nuevos retos.
8. Se debe ayudar al paciente en lugar de culparlo.
9. La adherencia está afectada simultáneamente por diversos factores.
10. Se refuerzan interacciones deseadas para el paciente según sus necesidades.
11. La adherencia es un proceso dinámico que requiere seguimiento.
12. Los profesionales de salud deben tener entendimiento respecto a la adherencia.
13. Se necesita una metodología multidisciplinaria para mejorar la adherencia.
14. La familia, la comunidad y los pacientes son organizaciones claves para tener éxito en el incremento de la adherencia.

Por tanto la adherencia o cumplimiento puede definirse como el grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento. Se han descrito muchos motivos por los cuales se produce la no adherencia, como la presencia de efectos adversos, instrucciones mal dadas, mala relación entre el profesional médico y el paciente, falta de acuerdo en cuanto a la necesidad del tratamiento o dificultades de pagarlo. El porcentaje de adherencia a la medicación suele rondar el 50% de la dosis prescrita⁷.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherence to Long-Term Therapies Policy for Action. Meeting Report. June 4-5. 2002

⁷ ÁLVAREZ MONTERO et al. "Revisión de la práctica clínica". Medifam, Madrid ago-sept 2001; 11(8): 3.

Sorprende ver que no hay gran número de evidencia en este campo, particularmente para la adherencia en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo que es necesario tomar en consideración las pocas existentes y además tener en cuenta las referencias sobre este tema en relación con otro tipo de condiciones crónicas que requieren adherencia.

Encontramos estudios donde se indica que “la pobre adherencia a la terapia antihipertensiva continúa siendo un desafío importante”, que contribuye a la falta de control adecuado en más de dos tercios de los pacientes con hipertensión. Cuando se hacen intentos para mejorar la adherencia los pacientes tienen el derecho y la responsabilidad de ser participantes activos y bien informados en su propio cuidado y adquirir el máximo de bienestar físico y emocional. Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de proporcionar a los pacientes una información completa y precisa sobre su estado de salud, dando a los pacientes la oportunidad de participar en su cuidado y lograr el objetivo de disminuir la presión sanguínea.

Mantenerse al día con los medicamentos en un régimen de tratamiento es algo difícil aún bajo las mejores condiciones. Hasta para los médicos puede resultar complicado tomar un ciclo de antibióticos según las indicaciones. Los regímenes de tratamiento para combatir la enfermedad del VIH algunas veces requieren que la persona tome una docena o más de pastillas, en ciertos horarios y con ciertas restricciones en los alimentos. Cuando una persona debe tomar además medicamentos para otras infecciones, el total diario de pastillas se aumenta aún mucho más. Cumplir con todos estos requisitos en sí es una tarea difícil de llevar a cabo.

De tal manera, que no es ninguna sorpresa que las personas tengan dificultades para mantenerse al día con sus programas de tratamiento.

Un estudio de la OMS⁸ sugiere que cerca del 12% de las personas han omitido una dosis el día anterior, y el 11% dos días antes. Otros estudios reportan que casi todos los que fallaron en lograr y mantener una carga viral por debajo del límite de detección se habían desviado notablemente de los regímenes prescritos durante un período de un mes o más.

Estudios realizados en España⁹ han demostrado que aproximadamente un 50% de los hipertensos siguen mal el tratamiento, y el resto lo realiza de forma esporádica o a la demanda.

Los resultados de estos estudios ponen de manifiesto el alto grado de incumplimiento terapéutico de la muestra, así como el escaso porcentaje de pacientes controlados correctamente. En cuanto a los factores que mantienen la falta de adherencia terapéutica, los datos apuntan a que son visiblemente diferentes dependiendo del tratamiento prescrito (farmacológico o higiénico-dietético) y de las características clínicas de la muestra.

Existen aspectos dentro del desarrollo de comportamientos de las personas que determinan su respuesta a ciertas situaciones y hacen que se asuma determinada conducta específica. A estos elementos se les ha denominado barreras percibidas y/o factores básicos condicionantes.

Palank (1991)¹⁰, en su análisis de los determinantes de la conducta promotora de la salud, revisó la literatura utilizando el modelo de

⁸ OMS PROJECT INFORM: En español. Adherencia: cómo mantenerse al día con sus medicamentos. Enero 2005, pp. 1-9.

⁹ MARTIN ALFONSO Libertad, AGRAMONTE Magali, BAYARRE VEA Héctor. “Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos”. Revista cubana Med Gen Integr 2003; 19 (2).

¹⁰ PALANK L, Christine. “Determinantes de la conducta promotora de salud. Una revisión de la investigación actual”. Nursing Clinics of North America. December 1991; 26(4): 815-833.

Promoción de la Salud de Pender como marco de referencia para organizarlo y encontró que las barreras son un factor cognitivo perceptivo que influye en el intento de compromiso de los comportamientos. Dichas barreras pueden ser imaginarias o reales y consisten en percepciones de la persona misma o de factores situacionales o ambientales. Se ha sugerido una variedad de barreras que tiene que ver con la falta de disponibilidad, inconveniencia, costos, o dificultad de opciones.

En el éxito de los tratamientos que se establecen para pacientes con ciertas condiciones crónicas, entre ellas la enfermedad cardiovascular, la adherencia juega un papel muy importante en la calidad y en buena parte es responsable de la relación costo-beneficio de dichos tratamientos.

El estudio de la adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas es motivo de especial preocupación para la OMS y por esto existe un comité que se encarga de evaluar o reconocer los problemas y algunos estudios en relación con el mejoramiento de la adherencia y las posibles intervenciones en las diferentes condiciones crónicas de salud, de interés, como son diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, asma, depresión, HIV y TBC¹¹.

Aun cuando la mayoría de las investigaciones se enfocan a los tratamientos médicos, según Sabate "Comprende numerosos comportamientos relacionados con la salud que trascienden la toma de medicamentos prescritos"¹².

Expertos en el grupo de la OMS que trabajan sobre adherencia no descartan la utilidad

de tener una definición de adherencia como "grado hasta donde el paciente sigue instrucciones", pero conceptúan que esta definición es insuficiente para describir el grado de intervenciones que se usan cuando se tratan las enfermedades crónicas; estos mismos autores comentan que el término instrucciones indica que el paciente es un recipiente pasivo y obediente del consejo experto (del médico) en lugar de ser un colaborador activo en el tratamiento.

La falta de adherencia es un problema multideterminado por la interacción de cinco factores que tienen influencias recíprocas en el proceso de cuidado de las condiciones crónicas.

Se aprecia, según este autor, que las características particulares de la enfermedad o de los tratamientos no exceden en valor a los valores comunes que afectan la adherencia, sino que más bien modifican su influencia. Por esta razón reflexionando sobre la adherencia en particular de pacientes con enfermedad cardiovascular, se tienen en cuenta los factores influyentes en la adherencia a tratamientos considerando éste como un comportamiento que recibe el mismo tipo de influencia en todas las patologías pero que en algunas en particular, especialmente en los tratamientos y en las condiciones de salud, se pueden afectar¹³.

Por eso en este estudio la exploración del concepto de adherencia y de los factores que influyen en ella se toma como un comportamiento global del individuo.

Para Kontz (1991)¹⁴, la adherencia es un fenómeno complejo en el que un individuo

¹¹ OMS. Adherence to long-term therapies. World Health Organization, 2003.

¹² SABATE, Eduardo, World Health Organization Adherent Project: Informe de la reunión 4-5 de junio de 2001. Director proyecto de adherencia de la OMS.

¹³ SABATE. Ibid.

¹⁴ KONTZ, Mary. "A proposed model for Assessing Compliance within the Unitary Man/Human Framework Based on an Analysis of the Concept of Compliance". En: Carroll-Johnson Rose editor: NANDA. Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the Ninth Conference. JB Lippincott Philadelphia: 1991, pp. 161-171.

muestra comportamientos consistentes con su propia definición de salud y con las actividades relacionadas con la salud. Cuando los individuos reciben recomendaciones con respecto a su salud de parte de profesionales del cuidado de la salud, estos asumen la responsabilidad de incorporar las recomendaciones que consideren importantes para sus actividades de la vida diaria. En las áreas donde el individuo no percibe que la recomendación es importante el profesional de la salud asume la responsabilidad de intervenir apropiadamente. Estas deben orientarse a metas, ser consistentes y realistas para la condición del paciente.

En esta definición se supone que el individuo toma la decisión, previa información de las recomendaciones sobre el cuidado que debe seguir, y el papel del proveedor del cuidado es aceptar tales decisiones y ayudarlo a mantener la salud dentro de esas restricciones.

Adicionalmente, Vlasnik y Aliotta¹⁵, al citar a Millar, utilizan su definición de adherencia a los tratamientos médicos como el grado al cual se siguen las recomendaciones, indicando que es un proceso de comportamiento dinámico y complejo que está influenciado fuertemente por el medio ambiente de apoyo, por sus prácticas de salud, por los proveedores de salud y por las características del sistema de prestación del cuidado.

En un comienzo la adherencia se denominaba “acatamiento” que es un término centrado en el paciente y que sugiere que éste lleva a cabo y mantiene ciertos comportamientos como tomar los medicamentos después de hacer una elección informada, en un ambiente de apoyo; por otra parte acatamiento implica un comportamiento de sumisión o de complacencia con la voluntad y las órdenes del proveedor.

Los investigadores han reconocido que un enfoque centrado en el paciente, que se construya sobre la base de sus fortalezas y de sus elecciones, es más efectivo para lograr la adherencia.

De las definiciones anteriores podemos deducir que la adherencia es un comportamiento de salud que implica un compromiso mutuo entre el paciente y el proveedor. El paciente asume una responsabilidad de acuerdo con la comprensión que tiene sobre su salud y la importancia de los tratamientos, y el proveedor reconoce las limitaciones, las circunstancias que influyen la conducta de salud y cuando el paciente falla lo ayuda a continuar con su tratamiento teniendo en cuenta sus restricciones.

Es evidente que en el concepto de adherencia se está teniendo en cuenta al individuo y no se están utilizando métodos impositivos en vez de persuasivos; se trata de algo que corresponde a enfermería, en lo que respecta a los valores del ser humano y al respeto por su dignidad. De acuerdo con Kontz¹⁶, autora ya mencionada, “podría concluirse que: la adherencia no es un acto sencillo sino un concepto dinámico y complejo influenciado por muchas variables intervinientes”.

Aunque existen varias referencias con relación a la adherencia, encontramos que para Palank¹⁷ la adherencia se da teniendo en cuenta las conductas promotoras de salud, las cuales define como aquellas conductas iniciadas por cualquier persona, en cualquier grupo de edad, y para mantener o aumentar el bienestar óptimo, la auto-realización en la satisfacción personal. Adicionalmente tiene en cuenta los estilos de vida que considera, promueven la salud, y los define como patrones multidimensionales de acciones y percepciones auto-iniciadas para man-

¹⁵ VLASNIK, Jon, ALIOTTA, Sherrill. Medication Adherence Factors Influencing Compliance with Prescribed Medication Plans. March/April 2005, TCM, pp. 47-51.

¹⁶ KONTZ, op. cit.

¹⁷ PALANK L., op. cit.

tener o mejorar el nivel de bienestar, la autorrealización y la satisfacción del individuo. Es una forma de considerar la adherencia al cumplir o desarrollar estilos de vida saludables.

Palank hace referencia a Mechanic y Cleary quienes creen que probablemente no hay un único patrón de respuesta saludable y que cada tipo de conducta de salud, preventiva, promotora o protectora tiene determinantes únicos y refuerzos situacionales. Por lo tanto, las conductas que protegen la salud están dirigidas a disminuir la probabilidad de enfermedad, mientras que las conductas promotoras están dirigidas a mantener o aumentar el propio nivel de bienestar.

Otros autores como Barofsky (1978) y Becker (1985), citados por Rose et al.¹⁸, proponen una definición de adherencia como sigue: "adherencia, es un esfuerzo colaborativo entre proveedores de cuidado de salud y consumidores del mismo para lograr metas de salud establecidas mutuamente". Según esta definición los consumidores son participantes activos en el diseño de sus regímenes de tratamiento, pero los proveedores siguen determinando cuáles son los resultados aceptables del mismo.

Rose et al. realizaron un estudio sobre el concepto de la adherencia en relación con el contexto, en pacientes hombres afro-americanos de 18 a 40 años, hipertensos, que fueron seleccionados dentro de un grupo que tenía el menor nivel de conciencia sobre su enfermedad, tratamiento y control de la tensión arterial alta. La muestra fue de 19 hombres negros, abordada con una metodología cualitativa mediante preguntas semi-estructuradas. El análisis del contenido de estas entrevistas arrojó tres temas que tenían que ver con asuntos importantes para estos sujetos.

- El contexto personal implicaba el significado de salud, el significado de la presión

arterial alta y de los tratamientos de los sujetos.

- El contexto social que comprendió la forma de vida o cómo el hombre joven negro se ve en un ambiente urbano.
- El contexto cultural de las relaciones que comprenden la relación paciente-proveedor donde éstas pueden constituir una diferencia al influir en las respuestas de los participantes.

Los temas surgieron de la valoración de los siguientes aspectos en los sujetos: interpretación de los síntomas, ajuste de la toma de medicamentos, protección de la privacidad personal, búsqueda de los recursos limitados, manejo de adicción y sentirse cuidado por un proveedor del cuidado de la salud.

En esta investigación la adherencia parece ser multifacética y cambiante, dependiente de las circunstancias sociales y económicas de los hombres, de la empatía y forma no enjuiciadora dada por los proveedores, de los asuntos financieros, del empleo y de la adicción a drogas.

El estudio concluyó que los pacientes tuvieron que enfrentar condiciones adversas personales y sociales que afectaron su capacidad para no cumplir con las citas, hacer cambios en el estilo de vida y tomar los medicamentos según prescripción. Igualmente fueron importantes los hallazgos de que los apoyos de miembros cercanos de la familia y la presencia de un proveedor de salud con quien haya empatía podrían lograr una gran diferencia en la capacidad de los hombres de adherirse a los regímenes de tratamiento. Por último este estudio sugirió que el abuso de sustancias y su tratamiento tienen un efecto en el cuidado de la tensión arterial alta en los hombres.

¹⁸ ROSE, Linda, KING, Miyong et al. "The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure". *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32 (3): 587-594.

Kyngas¹⁹ en su artículo sobre predictores de buena adherencia en adolescentes describe los factores que predicen la adherencia en adolescentes. En una muestra tomada al azar de 300 adolescentes entre 13 y 17 años, seleccionados cada cinco sujetos de una lista, se analizaron los datos encontrándose que el predictor más poderoso fue el del apoyo del médico. La posibilidad de que adolescentes que tienen el apoyo de su médico se adhirieran al régimen de salud fue de 10.56 veces más comparándolos con los adolescentes que no reciben apoyo de su médico. Otro predictor poderoso fue el apoyo de los padres. Los que recibían apoyo de sus padres se adhirieron 10.47 veces más que los adolescentes que no recibieron apoyo de sus padres. Los adolescentes con buena motivación se adhirieron 9.77 veces más que los adolescentes que no tenían buena motivación. Los adolescentes que no sintieron que la enfermedad fuera una amenaza para su bienestar social se adhirieron al régimen de salud 8.37 veces más comparados con los que creyeron que la enfermedad no era una amenaza para su bienestar social.

En este análisis se utilizó un modelo de regresión logística para el análisis de los datos. Encontramos la interrelación entre factores relacionados con el proveedor, socio-económicos como el soporte social, familiar, y factores relativos a la persona como la motivación.

Según Johnson et al.²⁰, se ha realizado mucha investigación dedicada a entender comportamientos de adherencia y no adherencia. Haynes, Taylor y Sackett 1980, referidos por Jonson, reportaron más de 250 factores asociados con comportamientos de adherencia. Estos comportamientos se categorizaron como:

- Capacidades de los pacientes.

- Creencias de los pacientes.
- Empoderamiento a los pacientes.
- Dificultades prácticas.
- Sistemas de soporte social de los pacientes.
- Relaciones pacientes-proveedor.

Según Johnson, los modelos teóricos para organizar estos factores no han explicado la adherencia de una manera consistente. Algunas Investigaciones cualitativas le han aportado una mirada fresca al concepto de adherencia que principalmente se ha enfocado en la comprensión de los sistemas del paciente y en creencias. Específicamente, Dowell y Hudson (1997), citados también por Jonson, examinaron las decisiones sobre toma de medicamentos con una teoría de metodología fundamentada y concluyeron que los participantes necesitaban entender y evaluar los medicamentos orales prescritos. Sin embargo, los investigadores se centraron en el proceso de toma de decisiones más que en los ajustes al estilo de vida implicados en la toma de medicamentos.

Whestone y Reid, citados por Jhonson, realizaron un estudio fenomenológico de barreras entre 30 ancianos rurales hipertensos con relación al manejo del autocuidado; las barreras percibidas por estos pacientes en relación con el autocuidado incluyeron: problemas de dieta y pérdida de peso, toma de medicamentos y efectos secundarios, temor a sufrir un derrame potencial, disminución de la motivación a realizar el autocuidado, falta de apoyo del esposo y de soporte familiar. Este estudio exploratorio se ve limitado por el enfoque en barreras asociadas al autocuidado solamente.

¹⁹ KYNGAS, Helvi. "Predictors of good compliance in adolescent with epilepsy". *Seizure* 2001; 10: 549-553.

²⁰ JOHNSON, Mary Jane. WILLIAMS Mary, MARSHALL Eliane. "Adherent and Nonadherent medication-taking in Elderly Hypertensive Patients". *Clinical Nursing Research* nov. 1999; 8(4): 318-335.

Johnson refiere que Kingsnorth y Wilkinson (1996) examinaron la falta de adherencia a regímenes de medicamentos, encontrando una mejoría de pacientes con cáncer. Estos autores reportaron que la falta de adherencia tenía dos componentes: un proceso de toma de decisiones en el que una persona intencionalmente escoge suspender sus medicamentos debido a la falta de comprensión sobre el medicamento o la percepción de que el medicamento no se necesita; y, a dificultades personales como problemas de olvido para tomarlas o a la falta de acceso a los medicamentos que interfieren con la toma de los mismos. Este estudio sólo se enfoca a la no adherencia en pacientes con cáncer para la toma de medicamentos paliativos.

El estudio cualitativo de análisis de contenido que nos presenta Johnson para identificar lo taxonómico, lo dinámico y los factores asociados a la adherencia o a la no adherencia en la toma de medicamentos entre pacientes viejos hipertensos, se realizó con 17 mujeres y 4 hombres de 65 o más años, capaces de realizar acciones de autocuidado; la muestra presentó variaciones en el grado de adherencia. El análisis inductivo identificó dos dimensiones distintas de adherencia: una, el uso intencional de medicamentos para mejorar la salud y dos, el establecimiento de un patrón de toma de medicamentos.

Los campos de dimensiones recíprocas asociadas con la no adherencia fueron: decisión intencionada de no tomar medicamentos y falta de establecer patrones que favorezcan una falla incidental de tomar los medicamentos...

La adherencia y la no adherencia intencional dependen de la decisión consciente y deliberada de tomar o no los medicamentos; de este modo, la adherencia regulada y la no adherencia incidental no eran dependientes de la reflexión cognitiva sobre los beneficios de los medicamentos sino, más bien, de las prácticas de tomar medicinas.

Sharkness y Snow junto con Kingsnorth y Wilkinson, citados por Johnson, descubrieron dos tipos de no adherencia en sus estudios descriptivos, desde el punto de vista de los pacientes sobre la adherencia en la hipertensión:

- El primer tipo de no adherencia nos habla de la falla sistemática de la medicación que se define como dejar de tomar la medicación o tomar la medicación extra intencionalmente, a menudo cuando se perciben los síntomas.
- El segundo tipo de no adherencia comprende un abandono al azar para toma de medicamentos o un abandono no sistemático del plan de tratamiento prescrito.

La conceptualización de la adherencia desde esta dinámica es significativa porque la mayoría de las investigaciones se han expresado en la percepción que los pacientes tienen sobre la enfermedad y no en la capacidad para llevar a cabo el tratamiento debido a la naturaleza mutuamente excluyente de las dimensiones.

Adherencia y no adherencia intencionadas: antes de que los pacientes se volvieran adherentes a los medicamentos fue importante que ellos determinaran si los medicamentos les prevendrían complicaciones y darían salud y bienestar. Los participantes distinguen la utilidad de los medicamentos por la necesidad, la efectividad y la seguridad percibidas de ellos mediante la retroalimentación que los informantes se relataban específicamente a ellos mismos.

Los participantes, conscientes de que la tensión arterial alta es un preludio de un problema de salud significativa como el accidente cerebrovascular y la enfermedad cardiovascular, tenían deseos de tomar los medicamentos. Sin embargo, si los participantes no se sentían susceptibles a la hipertensión arterial, no percibían la necesidad de los medicamentos.

La efectividad percibida del medicamento fue un factor importante en la adherencia intencionada. Los participantes necesitaban tener una información de las cifras de tensión arterial, de otro modo los pacientes informantes tenían la posibilidad de dejar de tomar el medicamento.

La adherencia no depende, por tanto, de la toma de decisiones de tomar medicamentos sino que también depende de iniciar y mantener patrones de toma de medicamentos. Los

pacientes necesitaban para iniciar y mantener el tratamiento poder acceder a los medicamentos física y financieramente y recordar tomar los medicamentos, lo que se facilitaba mediante el establecimiento de una rutina y tener recordatorios para la toma de medicamentos.

Aun cuando los pacientes informantes se comprometían a tomar medicamentos pueden volverse no adherentes no intencionales debido a su incapacidad de acceder a los medicamentos, olvidando sin intención las rutinas o por falta de recordatorios.

3. Relación entre autocuidado y adherencia

La teoría de Déficit de autocuidado de Dorotea Orem destaca el poder y valores de las personas involucradas en el cuidado de sí mismos señalando sus capacidades cognitivas, su autonomía para tomar decisiones para garantizar el funcionamiento y sus estructuras vitales; sus potencialidades para comprometerse en acciones de autocuidado de una manera intencionada e idealmente permanente para garantizar su vida y su bienestar²¹.

Uno de los problemas que se observa con mayor frecuencia y que refleja la forma como las personas que tienen y han sufrido una enfermedad cardiovascular es la manera como enfrentan su condición de salud y su falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones sobre los cambios en el estilo de vida y los riesgos, conducta ésta que refleja un comportamiento contrario al autocuidado.

Para que se puedan lograr resultados óptimos en salud de esta población se requiere tanto de tratamientos eficaces como de adherencia a los tratamientos. Ya sea que el tratamiento comprenda tomar correctamente los medicamentos, hacer cumplir citas de control de la salud o llevar por cuenta propia otros comportamientos que influyen en la aparición, curso o pronóstico de una enfermedad; siendo todo lo

demás igual, el éxito de dichos tratamientos está determinado por los comportamientos de adherencia²².

Marjorie A. Iseberg señala que la teoría de enfermería del déficit de Autocuidado (TEDAC) es útil para el avance de la ciencia de la Enfermería. Cita a Orem para enfatizar que las capacidades del individuo para comprometerse con el autocuidado (agencia de autocuidado) están condicionadas por edad, sexo, estado de desarrollo, experiencia de la vida, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles²³.

Según Orem, lo que distingue o diferencia a enfermería de otras ciencias humanas es su enfoque especial en los seres humanos. Desde esta perspectiva el papel de la enfermería en la sociedad es capacitar a los individuos para desarrollar y ejercitar sus capacidades de autocuidado hasta que ellos puedan darse a sí mismos la cantidad y calidad de cuidado que requieren.

Según esta teoría, los individuos cuyos requerimientos exceden sus capacidades se dice que experimentan déficit de autocuidado y aún más, que es por la presencia de déficit reales o riesgo de déficit como se identifican las personas que necesitan de la enfermería. De este

²¹ ISEMBERG, Marjorie. "Teoría de Enfermería del déficit del Auto cuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la Ciencia de Enfermería y la Práctica Profesional". En: *Nursing Theories and Nursing Práctice*: Philadelphia: F.A. Davis Co. 2001. Capítulo 13. p. 185.

²² BASTIDAS, Clara. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad cardiovascular. Tesis de grado Maestría Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2005

²³ ISEMBERG, op. cit., p. 175.

modo, Orem explica cuándo y por qué se requiere de la enfermería. Para Iseberg, el trabajo de esta teórica permite diferenciar con claridad a enfermería como una disciplina y se le da una base para estructurar el conocimiento y la práctica.

El trabajo de Orem hacia 1995 describe a la teoría del déficit de autocuidado como una teoría general de enfermería indicando que las teorías generales de enfermería son aquellas que se aplican en todas las situaciones de la práctica en las cuales hay personas que necesitan el cuidado de enfermería.

La teoría general del déficit de autocuidado describe y explica los conceptos claves comunes a todas las situaciones prácticas de enfermería. Esta teoría tiene cuatro conceptos sobre personas bajo el cuidado de enfermería, dos conceptos relacionados con la enfermera y tres teorías interrelacionadas: la teoría de los sistemas de enfermería, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado.

La teoría en sí describe y explica las relaciones entre la capacidad de los individuos para comprometerse con el autocuidado (agencia de autocuidado) y sus requerimientos de autocuidado (demandas terapéuticas de autocuidado).

El término déficit se refiere a una relación particular entre la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado que existe cuando la capacidad para comprometerse en el autocuidado es menor que la demanda.

Se deduce entonces que si la capacidad de la agencia de autocuidado es suficiente para enfrentar las demandas terapéuticas (lo que el individuo debe satisfacer), la situación que se presenta es el autocuidado propiamente dicho²⁴.

Orem y el grupo de desarrollo de enfermería sugieren cinco formas más ampliadas de ver a los seres humanos que son necesarias para lograr un entendimiento de las estructuras conceptuales de la teoría del déficit de autocuidado y para entender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas de enfermería²⁵.

Orem reseña estas cinco formas así:

1. La visión de persona. Son seres humanos individuales encarnados con derechos inherentes, que llegan a ser derechos públicos, y coexisten con otras personas. Un ser humano maduro es “a la vez con sí mismo y una persona con un yo distintivo con derechos privados y públicos capaz de tener cambios y pluralidades sin poner en peligro su constancia o unidad” (Weis, 1980, citado por Orem).

Esta visión de persona es central y una fuerza integradora para entender y usar las otras cuatro visiones. La visión de persona es también esa visión que es esencial para entender la enfermería como una tríada de sistemas de acción. Es la visión que usan las enfermeras (o deben usar) en todos los contactos interpersonales con personas y con familias que están bajo el cuidado de enfermería.

2. La visión de agente. Son seres humanos individuales que se ven como personas que pueden producir condiciones no existentes en la actualidad en los humanos o en su ambiente actuando deliberadamente y usando medios o tecnologías válidas para lograr resultados previamente considerados y deseados.

La persona vista como agente es la visión operativa esencial para comprender la en-

²⁴ ISEMBERG, op. cit.

²⁵ BASTIDAS, op. cit.

fermería. Si hay cuidado de enfermería, la agencia de enfermería está desarrollada y es operacional; si hay autocuidado por parte de los individuos, la agencia de autocuidado está desarrollada y es operativa. La visión de persona como agente incorpora no solamente acciones deliberadas discretas para lograr resultados esperados y la estructura de las personas para hacerlo serán también los poderes y capacidades de personas que son los agentes o actores. La estructura interna, la constitución y la naturaleza de los poderes de la agencia de enfermería y la agencia a sí misma son elementos del contenido de la ciencia de la enfermería.

La estructura del proceso para diseñar y producir cuidado de enfermería y autocuidado también es contenido de la ciencia de enfermería.

3. **La visión del usuario de símbolos.** Los seres humanos individuales se consideran como personas que usan símbolos para responder por cosas y les dan significado para formular y expresar ideas y para comunicar ideas e información a otras mediante el lenguaje y otros medios de comunicación.
4. **La visión de persona como organismo.** Los individuos se consideran como seres vivos unitarios que crecen y se desarrollan mostrando características biológicas de Homo Sapiens durante las etapas conocidas del ciclo de vida humana. Hombres, mujeres y niños son seres humanos unitarios.
5. **La persona como objeto.** Los seres humanos individuales se consideran con el estatus de objeto, sujeto a fuerzas físicas cuando quiere que sean incapaces de actuar para protegerse ellos mismos contra tales fuerzas. La incapacidad de los individuos para superar fuerzas físicas como el

viento o la fuerza de gravedad puede surgir tanto del individuo como de las condiciones predominantes del medio. Las enfermeras toman esta visión de los seres humanos cada vez que dan cuidado de enfermería a niños y jóvenes o adultos que no son capaces de controlar sus posiciones ni movimientos en el espacio y compiten con fuerzas físicas de su medio. Esto incluye la falta de capacidades para expulsar aquella fuerza física que se va en contra de ellos ejercida por otros seres humanos.

Al asumir esta visión de objeto lleva consigo el requerimiento de un cuidado protector de las personas sujetas a tales fuerzas. Los rasgos de un cuidado protector se entienden en términos de fuerzas ambientales oponentes o excedentes y de incapacidades conocidas de los individuos de manejarse y defenderse a sí mismos en sus ambientes así como en las visiones específicas de enfermería donde los individuos que enfermería toma en sus situaciones prácticas.

Estas cinco visiones amplias de seres humanos no solo resumen las visiones específicas de enfermería, sino que también ayudan a comprenderlas y revelan su constitución y naturaleza.

Estas visiones amplias de seres humanos aportan a las ciencias y disciplinas de conocimiento que las enfermeras deben tener y lograr algún dominio de ellas para ser practicantes efectivas del cuidado de enfermería. Las estudiosas de enfermería tienen la tarea de establecer las relaciones de la visión específica de enfermería de los seres humanos con las visiones más amplias mencionadas.

Mediante los procesos del cuidado de enfermería a individuos o a unidades múltiples como familias, las enfermeras usan combinaciones ambientales de la mencionada visión del ser humano estando de acuerdo con la condición que se presenta y las circunstancias.

Las enfermeras deben también ayudar a las personas bajo su cuidado a entender el cuidado para asumir estas visiones sobre ellas. Como se ha dicho anteriormente, la visión de la persona es la fuerza que guía el cuidado.

Según Bastidas²⁶ se puede observar que los conceptos de autocuidado y adherencia tienen una afinidad entre sí y para que los individuos se autocuiden o se adhieran a tratamientos se requiere de un franco compromiso de parte del sujeto que se autocuida y se adhiere cuando su estado de salud así lo requiere.

De la concepción de Orem sobre la persona como agente, se deducen algunas capacidades que son necesarias para mostrar conductas de adherencia. Ser un agente implica:

- Ser capaz de producir condiciones nuevas tanto en sí mismo como en el ambiente.
- Actuar de forma deliberada que implica conocer, analizar, decidir y actuar.
- Utilizar medios y tecnologías que implican un dominio actualizado de los recursos terapéuticos existentes.
- Establecer previamente los resultados que se buscan para tener una dirección que ordene las acciones y permita apreciar los logros.

Por otra parte la disposición de adhesión o adherencia, como la denomina la OMS, implica claramente que es un comportamiento complejo que resulta de recibir orientaciones acerca de los tratamientos farmacológicos que implican cambios en el estilo de vida, que para su éxito requiere de procesos cognitivos de razonamiento y toma de decisiones previos para actuar a favor de unos resultados conocidos y

utilizando los medios disponibles. La adherencia al igual que el autocuidado no es una conducta que se asume ciegamente o por obediencia sino que requiere de todas las capacidades de la agencia de autocuidado.

Una revisión de los requisitos de autocuidado en estados de desviación de la salud (RACEDS) y de indicadores de adherencia que fueron tomadas de la taxonomía NOC en la universidad de IOWA, traducidos y validados facialmente para la investigación de Bastidas denominada "Asociación de la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad cardiovascular", sugiere una comparación entre los comportamientos de autocuidado y los de adherencia como se exponen a continuación por parte de la investigadora citada:

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN ESTADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

1. Buscar y garantizar ayuda médica oportuna y adecuada.
2. Reconoce y tiene cuidado de los efectos de las condiciones patológicas.
3. Ejecuta efectivamente las órdenes para diagnósticos y rehabilitación.
4. Reconoce y tiene cuidado con los efectos secundarios de los tratamientos.

²⁶ BASTIDAS, op. cit.

INDICADORES DE ADHERENCIA

1. Confía en el profesional de la salud para la información común sobre condición, pronóstico, resultados, acciones necesarias.
 - Acepta el diagnóstico que le da el personal de salud.
2. Cuando se le da instrucciones, reconoce sus propios signos y síntomas.
3. Informa que está siguiendo los tratamientos prescritos.
 - Cumple citas con un profesional de salud.
 - Modifica el tratamiento según sugiere el profesional de la salud.
 - Realiza las actividades de la vida diaria según se le ha recomendado.
4. Cuando se le dan instrucciones reconoce sus propios signos y síntomas.

De manera similar, según la propuesta de Bastidas, el autocuidado y la adherencia se ven influenciados por múltiples factores tanto internos al individuo como externos. Esta autora propone este paralelo:

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES DEL AUTOCUIDADO

- Edad, sexo, etapa de desarrollo.
- Estado de salud.
- Experiencias previas frente al cuidado de la salud.
- Factores socioeconómicos y culturales.
- Factores relacionados con recursos de apoyo.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

- Factores asociados con la persona: edad, sexo.
- Factores relacionados con la condición de salud.
- Factores relacionados con el sistema de prestación de los servicios de salud.
- Factores socioeconómicos.
- Factores relacionados con el plan terapéutico.

Cuando se observan los factores básicos condicionantes del autocuidado como los describe Orem se encuentran correspondencias con los factores que influyen en la adherencia, lo cual nos permite pensar que los factores que influ-

yen en el autocuidado y en la adherencia corresponden a un mismo constructo; por esta razón se afirma que la adherencia es un comportamiento de autocuidado multidimensional determinado de una manera holística.

Aun cuando el autocuidado pareciera descansar exclusivamente en el sujeto, es evidente que Orem no descartó los factores influyentes donde da a entender que los que ella enunciaba podían ser ampliados de acuerdo con las circunstancias.

Bastidas²⁷ logra en su estudio mostrar una relación positiva aunque moderada entre la agencia de autocuidado y la adherencia, dato este que de alguna manera soporta lo anteriormente sugerido.

²⁷ BASTIDAS, *op. cit.*

4. Factores que influyen en comportamientos de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se describen en la literatura como un conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular percibe como influyente en cierto grado respecto de los tratamientos y sugerencias dadas por profesionales de la salud.

Existen factores determinantes en el desarrollo de comportamientos de las personas que condicionan su respuesta a ciertas situaciones y hacen que se asuma determinada conducta específica. A estos elementos se les ha denominado de diversas maneras: barreras percibidas para asumir ciertas conductas de salud, factores básicos condicionantes, factores determinantes, factores que influyen, dimensiones interactuantes y determinantes de comportamientos de promoción de la salud.

Como marco de referencia para la organización del material obtenido en la revisión de literatura, se consideran las cinco dimensiones interactuantes anotadas por Sabaté en el documento "Adherencia a terapias de larga duración: evidencias para actuar" de la OMS 2003. Dentro de este documento se considera que la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores; estos son llamados dimensiones con las cuales los pacientes interactúan. Según este documento las dimensiones son:

1. Factores sociales y económicos.

2. Factores relacionados con los sistemas de salud.
3. Factores relacionados con la enfermedad.
4. Factores relacionados con la terapia y/o tratamiento.
5. Factores relacionados con el paciente.

A continuación se toman las dimensiones y subdimensiones interactuantes y se relacionan con la revisión de la literatura, teniendo en cuenta para su organización la clasificación de la OMS según Eduardo Sabaté.

4.1 Factores sociales y económicos

Martha A. Nelson, 1994, en su artículo titulado "Empobrecimiento económico como un riesgo para la salud: aspectos metodológicos y conceptuales"²⁸ sugiere una relación inversa entre los ingresos económicos y la salud. Según el Departamento Norteamericano de Servicios Humanos y de Salud, "las desigualdades de salud entre personas pobres y aquellas con ingresos más altos son casi universales para todas las dimensiones de salud". "El empobrecimiento económico implica un bajo estado socio-económico y los grupos socio-económicamente bajos, en los EUA tienen un riesgo creciente de enfermedades cardíacas, cáncer y otras enfermedades crónicas al igual que riesgos de sufrir traumas y muerte, mayor mortalidad infantil y enfermedades infecciosas.

²⁸ NELSON, Martha. "Empobrecimiento económico como un riesgo para la salud: aspectos metodológicos y conceptuales". *Advances in Nursing Science*, 1994; 16 (3): 1-12.

Según Nelson, el estado socio-económico se ha descrito como “uno de los elementos de predicción más fuerte y consistente sobre las experiencias de morbilidad y mortalidad de las personas”. Por ello Nelson señala que de manera incuestionable los pobres en los EUA representan una población en riesgo.

La Sociedad Cardiológica Americana no cita los bajos ingresos dentro de los factores de riesgo estándar para la enfermedad como la cardíaca, pero de todos modos el riesgo relativo de muerte por enfermedad coronaria y en grupos socio-económicos bajos en comparación con los grupos socio-económicos más altos se reportó en el rango de 1.25 a 1.50.

Los niveles elevados de colesterol como un fenómeno que se puede controlar y tratar mediante intervención médica son claramente un riesgo que se maneja dentro del sistema de salud; sin embargo, “el empobrecimiento económico es un problema social enraizado en la estructura política y económica y está por fuera del dominio del cuidado de salud”. De esto resulta que el empobrecimiento en términos de intervenciones del cuidado de salud se considera un factor de riesgo inmodificable similar a la edad, al género, la herencia y la atención de salud se dirige a otros riesgos que sí son modificables.

Este artículo señala que “los factores socio-económicos son determinantes poderosos del estado de salud, que los tratamientos médicos como medida principal y las inequidades en salud van a persistir mientras haya inequidades en la estructura fundamental de beneficios en la sociedad”.

Esta autora sugiere que las condiciones socio-económicas que contribuyen a los riesgos de salud deben considerarse y tratarse dentro de las políticas y programas para mejorar la salud.

Según Nelson “la principal meta para mejorar la salud no se puede lograr exclusivamen-

te dentro de los campos del sector de la salud y por ello las enfermeras (americanas) deben ir más allá del sistema de cuidado de salud y dentro de un ambiente más amplio se deben incluir las condiciones socio-económicas que afectan la salud y por ello la autora recomienda que se incluya al empobrecimiento como un riesgo de la salud que puede estar dentro del enfoque de la práctica de la enfermería”.

Se ha planteado que las relaciones entre salud y empobrecimiento económico no son simples puesto que se ha identificado un número de factores y aspectos médicos que hacen confuso el establecimiento de esta relación. Para Dalton, citada por Nelson, “ser pobre muchas veces lleva a una mala salud y a la vez una mala salud puede llevar a una disminución de la capacidad de obtener ingresos y una disminución de los mismos”. De ahí que puede expresarse una “hipótesis de tendencia”: la enfermedad crónica tiene una tendencia a disminuir el estatus socio-económico en la medida en que los que son incapaces de obtener o mantener trabajos debido a la enfermedad no tienen ingresos adecuados.

También Williams, citado por Nelson, dice que aun cuando hay algún apoyo para la hipótesis anterior, no se puede ampliar a todas las diferencias socio-económicas pues en casi todas las discusiones sobre la relación entre ingresos y salud, es el estado socio-económico el que se considera determinante de la salud y no la salud como determinante del estado socio-económico.

Nelson analiza que “los efectos del ingreso en la salud se pueden atribuir también a otras características del empobrecimiento económico; por ejemplo, las disparidades que se observan en los ingresos también están asociadas a la etnia, la edad y el género. En cuanto a la edad los más propensos a ser pobres son los niños, los adultos jóvenes y los ancianos en los EUA y en cuanto a género, en ese país el 16% de las mujeres comparado con el 12.3% de los hom-

bres reportaron ingresos por debajo del nivel de pobreza.

La explicación sobre los vínculos entre ingresos y salud se puede dar en tres categorías:

- Los que se enfocan en el acceso al cuidado médico y en las desventajas de los pobres para obtener cuidado de salud con calidad.
- La explicación se centra en la conducta individual y estilo de vida. Según éstas, ciertas características y conductas personales asociadas con la pobreza son responsables de la mala salud de los que tienen bajos ingresos.
- Algunas explicaciones que consideran los efectos del ambiente físico y social como importantes y relaciones entre la pobreza y la salud están determinados dentro de este amplio contexto.

Respecto al acceso al cuidado de la salud es evidente que los pobres encuentran una cantidad de barreras en sus esfuerzos por obtener servicios de cuidado de salud. Una barrera importante es la falta de un seguro de salud. En los mismos Estados Unidos los más pobres no alcanzan un seguro del estado y a medida que aumenta la demanda, los fondos para cubrir estos gastos siguen siendo iguales. Esta situación sí hace pensar que el empobrecimiento está asociado con una falta de seguro de salud. En Colombia el fenómeno es similar.

La carga financiera del cuidado de salud para los pobres es alta porque ellos pagan una cantidad desproporcionada de sus ingresos para gastos externos del cuidado. Según Nelson “los pobres asegurados y no asegurados están más propensos que los que no son pobres a retrasar o sacrificar el cuidado preventivo o ambulatorio de rutina por razones económicas”; los empobrecidos económicamente pagan en tiempo por los servicios que si reciben, porque se tienen que

esperar a largos tiempos de traslado a los lugares de atención y a largos tiempos de espera para las citas en las consultas externas.

Los pobres también tienen menos posibilidades de disfrutar o usar las ventajas de alternativas para el cuidado preventivo ofrecido médicamente como, por ejemplo, los programas para perder peso, las clases de salud y material escrito que se distribuye a los que tienen más recursos.

Nelson concluye que en relación con las diferencias en el acceso al cuidado de la salud de todos modos, la disminución de la pobreza como un riesgo de la salud no puede lograrse dando igual acceso a los servicios de salud solamente; aspectos como el estilo de vida se implican como determinantes importantes en la morbilidad y mortalidad para la enfermedad. Una perspectiva de estilo de vida se centra en diferenciar conductas entre los pobres y los no pobres como una explicación potencial de la mala salud en los grupos de bajos recursos; el creciente predominio de factores de riesgo relacionados con el estilo de vida tales como fumar, obesidad, bajo nivel de ejercicio físico y tensión arterial no controlada entre los grupos de bajos ingresos apoyan esta perspectiva. La literatura señala que las posibilidades de comprometerse en conductas de promoción de la salud aumentan el estatus socio-económico. Como consecuencia ha habido una tendencia a enfocarse en la falla y deficiencias personales de los pobres en relación con las normas sociales de conductas de salud y la responsabilidad personal.

Cuando se proponen las explicaciones en cuanto al ambiente, éste las define como “el resultado de una interacción constante sobre las formas espaciales naturales y los espacios hechos por el hombre, los procesos sociales y las relaciones entre individuos y grupos”.

Tradicionalmente, la salud se ha relacionado con el ambiente físico, la salud y la higiene

se considera como determinantes poderosos de las enfermedades infecciosas agudas; hoy en día preocupan más los efectos de la industrialización. Según esto, los que tienen problemas económicos están más expuestos a la contaminación ambiental, al ruido y a la toxicidad por plomo y otros residuos de los barrios urbanos pobres que también enfrentan una creciente amenaza de accidentes, crímenes y violencia.

La falta de ingresos también reduce el acceso de los pobres a los recursos ambientales básicos para supervivencia como alimento, vestido, vivienda y transporte. La estratificación social hace que los pobres accedan a trabajos menos gratificados, que requieren mayor esfuerzo físico, de bajo estrato en lo que también experimentan mayores riesgos de desempleo, exposición a accidentes y mayor estrés psicológico.

La cantidad y fortaleza de los vínculos sociales y los recursos de apoyo se han relacionado con la salud en muchos estudios.

En mujeres afro-americanas urbanas con malas redes sociales aumenta el uso de cigarrillo; allí la constante sujeción a conductas discriminadoras en la interacción con los otros puede aumentar el estrés y el aislamiento social, lo que se ha relacionado con estudios de salud deficiente.

Este artículo concluye que además de considerar el estado socio-económico como una variable para controlar y examinar las relaciones entre el empobrecimiento económico y la salud, se deben mirar aspectos metodológicos, mejorar y ampliar investigaciones sobre estas relaciones.

Esta autora aporta elementos generales sobre la relación que puede tener el empobreci-

miento con algunos factores que se consideran en este estudio como, por ejemplo, el acceso a los servicios de salud, la obtención de medicamentos, las relaciones del proveedor con el usuario y los aspectos relacionados con el estilo de vida que son resultantes de las condiciones socioeconómicas; todo lo cual se considera influyente en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

En el material de la OMS²⁹ se reportan algunos factores significativos por su efecto en la falta de adherencia; estos son: estatus socio-económico bajo, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, bajo soporte social, condicionantes de vida inestables, situaciones cambiantes del medio ambiente, situaciones de guerra e inseguridad, altos costos de transporte, alto costo de la medicación, cultura y familia disfuncional. En este mismo documento se discuten varios factores socio-demográficos y variables económicas. También se considera la raza como predictor de adherencia por cuanto pueden ser considerados como grupos diferentes igual que con la edad en donde los niños deben tener cuidador y por sus características el grado de adherencia depende de otras características que deben ser evaluadas individualmente, los adultos mayores son señalados por sus limitaciones para la adherencia.

Kontz³⁰ indica que dentro de los factores socioeconómicos es importante tener en cuenta la falta de empleo como causa principal de no adherencia, además de los altos costos percibidos en los tratamientos y el costo del transporte para el desplazamiento a los centros de atención. En la dimensión social encontramos que la falta de soporte social afecta la adherencia igual que algunas barreras ambientales como el clima. Adicionalmente esta autora considera el factor étnico como importante y la edad ya que a mayor edad hay mayor posibilidad de se-

²⁹ SABATE, op. cit.

³⁰ KONTZ, op. cit.

guir el tratamiento de acuerdo con las indicaciones dadas por el personal de salud.

Deborah Chyun et al.³¹ al referirse a la frecuencia de la enfermedad coronaria y a las intervenciones en el estilo de vida, destacan las influencias culturales, hacen comentarios sobre un trabajo de la Asociación Americana del Corazón que ha propuesto un marco de referencia para la prevención de la enfermedad cardiovascular. Este grupo ha propuesto tres niveles de prevención así:

El nivel de prevención primordial que implica niveles adecuados de actividad física, comer sanamente, lograr y mantener peso corporal adecuado y tener en cuenta factores sicosociales y medios de soporte familiar adecuados.

La estrategia de prevención primaria se dirige a prevención de eventos clínicos después de que se presentan los factores de riesgo incluyendo el control de lípidos, hipertensión, cigarrillo.

La prevención secundaria que se implanta después de un evento clínico o de manifestación de la enfermedad cardiovascular que incluye estrategias de prevención primaria, se inicia con el uso de la aspirina, beta bloqueadores, enzimas inhibidoras de la conversión de angiotensina y rehabilitación cardíaca.

Lo anterior sugiere que un método adecuado para reducir de peso de los pacientes con enfermedad cardiovascular requiere interacciones de todos los niveles de prevención. Además de la prevención exitosa requiere de una comprensión de las múltiples influencias que hay sobre las actitudes, creencias y comportamientos relacionados con la salud. Desde la perspectiva de la antropología médica, factores individuales, educacionales, socioeconómicos y

ambientales, como el acceso al cuidado y a las características de las instituciones que dan cuidado, influyen en la adherencia.

Las autoras citadas por Chyun, al referirse a la cultura señalan una serie de aspectos para entenderla y proponen que simplemente se puede pensar en la cultura como una "lente heredada a través de la cual el individuo percibe y entiende el mundo que habita y aprende cómo vivir en él". Al considerar las desigualdades del acceso a la salud por razones raciales o étnicas, Cooper LA, Hiel MV y Oowell RR propusieron un modelo o método de referencia teniendo en cuenta las barreras personales, de familia, barreras estructurales y financieras que tuvieron influencia en el uso de los servicios de salud.

Según lo observaron las autoras la prevención de la enfermedad cardiovascular está influenciada por la cultura, la etnia, la raza y el estatus socioeconómico. Temas destacados como el ejercicio, comer sanamente, controlar el peso, controlar la diabetes, control de la presión sanguínea y niveles de lípidos se comentan en este artículo desde la perspectiva cultural, social, racial y étnica y socioeconómica.

En cuanto al ejercicio físico se señalan las barreras como son: baja eficacia del ejercicio, haber fallado en programas de ejercicio en el pasado, falta de control sobre el comportamiento de ejercicio, autoconcepto desfavorable, ansiedad, bajo nivel de estado físico y resistencia, falta de conocimiento, barreras de tiempo y económicas para dedicarse al ejercicio, dificultades en el transporte, falta de apoyo, temor a experimentar eventos o complicaciones, no valorar los beneficios del ejercicio. Las barreras mencionadas se encuentran en grupos de minorías raciales y étnicas. Hay en particular barreras personales y ambienta-

³¹ CHYUN, Deborah. AMEND, Allison. "Prevención de las Enfermedades Coronarias e intervenciones en el estilo de vida: influencias culturales". *The Journal of Cardiovascular Nursing* sep/oct 2003; 18(4): 302-318.

les como, por ejemplo, tener que hacer ejercicio en ambientes o vecindarios peligrosos y falta de apoyo para enrolarse en planes de ejercicio estructurado y controlado.

Se consideran también las creencias culturales sobre el ejercicio, las dudas sobre los beneficios que reporta para prevenir la enfermedad y algunas restricciones sobre el tipo de escenario donde pueden ejercitarse.

El comer sanamente tiene que ver con las creencias culturales, las cuales influyen grandemente los comportamientos de los pacientes.

Entre las barreras de orden cultural que afectan el comer sanamente y controlar el peso se cuentan: la vida personal y social, el estrés, la violencia, el racismo, los roles múltiples del cuidador.

Cada cultura y grupo étnico tiene reglas sobre el significado y los aspectos sociales de la clasificación de los alimentos. La influencia cultural en la selección y preparación de los alimentos en la prevención de la enfermedad cardiovascular no se ha estudiado ampliamente.

También se han identificado barreras para los regímenes dietéticos que están recomendados específicamente con la cultura y la etnia; barreras emocionales, de horarios, barreras de parte de miembros de la familia, de amigos, de las restricciones impuestas frente a las celebraciones, a comer fuera de casa, las barreras económicas, la comprensión que tiene el sujeto sobre el plan dietético, el conocimiento sobre la comida que hay que comprar, las creencias sobre las causas de la enfermedad en relación con ciertos alimentos, las rutinas entre las comidas o cualquier práctica dietética según la cultura del individuo.

Influyen también creencias culturales sobre el cuerpo; por ejemplo, el tamaño óptimo o ta-

lla, las creencias sobre el papel de la salud y la enfermedad, que pueden influir indirectamente sobre la nutrición, percepción cultural sobre la imagen corporal, por ejemplo el sobrepeso en algunas culturas. Influyen además el nivel de ingresos, la falta de disponibilidad de alimentos y el costo de los mismos.

Chyun et al.³² indica que en el manejo de la presión sanguínea y los lípidos en minorías raciales y étnicas (en los EUA) existen múltiples barreras que limitan el éxito del tratamiento.

Culturalmente la comunicación sobre cómo debe cuidarse entre el proveedor y el paciente, el lenguaje utilizado, la comprensión del idioma que usa el proveedor como la comunicación no verbal y el trato esperado por el usuario pueden influir en la adherencia a los tratamientos.

Otro aspecto que influye en la falta de adherencia es que cuando el paciente está libre de síntomas se percibe sano, y considera que ya no necesita el tratamiento.

Otros aspectos culturales que influyen en la percepción personal sobre la necesidad de los tratamientos es el orgullo de no estar enfermo o limitado; una visión de la masculinidad que no admite estar limitado. Barreras culturales y sociales referentes al manejo de la presión sanguínea y los lípidos, la incapacidad para buscar apoyo y ayuda profesional por motivos económicos, el desempleo o un empleo mal remunerado, la falta de seguros de salud o las restricciones de horarios de trabajo para asistir o buscar la ayuda necesaria.

Según Chyun et al.³³ refieren, es más exitoso el recordatorio de recomendaciones sobre el uso de medicamentos que el que se hace para provocar cambios en el estilo de vida. Al cabo de un año el acatamiento a régimen medica-

³² CHYUN, op. cit.

³³ CHYUN, op. cit.

mentoso es menor al 60% y de los hipertensos que se tratan solo la mitad logran las metas de niveles de tensión arterial deseables.

Para las autoras, los factores que afectan la adherencia son complejos, todas las barreras que se enuncian a continuación deben tenerse en cuenta desde un contexto cultural. Estas barreras a la adherencia al tratamiento comprenden: barreras financieras, el acceso a los proveedores, el transporte, el conocimiento, la comprensión de las metas que se quieren alcanzar, los efectos que percibe que se logran con la medicación, los atributos de los medicamentos, los valores culturales y las expectativas sociales pueden aumentar o disminuir el uso de los medicamentos.

También hay influencias personales y de familia que afectan la adherencia; por ejemplo, las características del ambiente de la familia se relacionan mucho con comportamientos de autocuidado; la cultura y la etnia influyen también en el autocuidado. Algunas veces la familia sirve de soporte pero con más frecuencia las necesidades de la familia como, por ejemplo, el sostenimiento de los miembros más jóvenes se considera por encima de los intereses de las personas mayores.

Cuando el paciente, especialmente si es mujer, tiene múltiples roles, por ejemplo trabajo fuera de la casa, cuidar a sus hijos, a sus padres mayores, no puede disponer de recursos de tiempo o económicos suficientes para cuidar de su salud y acatar los regímenes de tratamiento. En conclusión, para cumplir con los tratamientos influyen las responsabilidades de la familia, los roles asociados al género, las metas y prioridades que enfatiza la cultura. Todos

estos factores culturales que afectan la familia pueden explicar la prevalencia alta de factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular en miembros más jóvenes, todo lo cual sugiere la necesidad de que se intervenga no solo en el miembro enfermo sino en toda la familia cuando se emprenden acciones de prevención.

The Blue Cross, Blue Shield Association³⁴, en su artículo sobre intervenciones que mejoran la adherencia en pacientes que reciben medicamentos y que pertenecen al programa de control de la enfermedad cardiovascular (2003), indica que dentro de los factores socioeconómicos que afectan la adherencia está el costo de los medicamentos, por cuanto su adquisición depende de los ingresos y del tipo de seguridad social que el usuario tenga, y además las redes de apoyo son factores altamente condicionantes para la misma.

Vlasnik³⁵ muestra como factores que interviene en la falta de adherencia de los pacientes, la incapacidad económica para obtener los medicamentos por falta de dinero y/o la dificultad en la consecución de la fórmula; adicionalmente la incapacidad de leer las recetas por el bajo nivel de escolaridad o alteración en la agudeza visual, para lo cual contribuye el hecho de no tener buenas redes de apoyo para la ejecución del tratamiento en el hogar.

Cáceres³⁶ en su documento Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso, partiendo del concepto de adherencia como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico, anotó como elementos importantes para la no adherencia algunos factores de riesgo que considera relacionados con el paciente, los que ha enumerado de la siguiente manera:

³⁴ BLUE CROSS, Blue Shield Association, Special Interventions to improve Patient Adherent with Medication of Chronic Cardiovascular Disorders. Assessment Program. November 2003; 18(12).

³⁵ VLASNIK, op. cit.

³⁶ CÁCERES MANRIQUE Flor de María. "Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Revisión de tema". Med UNAB 2004; 7: 172-180.

El estrato socio-económico como factor importante; según esta autora vivir en un estrato bajo suele ser descrito como factor de riesgo de abandono. Un estudio encontró que el 79% de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de los estratos bajos³⁷. Otro informó que quienes vivían en área rural y suburbana abandonaban dos veces más que quienes vivían en el área urbana³⁸.

Adicionalmente, a menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono. Esto se explica principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia. En Barcelona encontraron que los pacientes analfabetas tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con algún grado de escolaridad.

Los ingresos influyen en la adherencia, anota Cáceres, indicando que la TBC desde la antigüedad ha sido asociada a la desnutrición, a la pobreza, al desempleo, al hacinamiento, a la falta de servicios básicos y a la inadecuada vivienda e higiene de la misma. La probabilidad de desarrollar la enfermedad está entre el 2% y el 5% en las regiones empobrecidas del mundo, es decir 50 veces mayor que en las áreas desarrolladas. Tanto el desempleo como los ingresos bajos son considerados factores de riesgo de abandono del tratamiento. En un estudio pakistaní encontraron que si el paciente es el principal soporte económico para el hogar, hay mayor proporción de abandono que cuando otra persona es quien cumple con esta función (55% y 42% respectivamente).

Afirma esta autora, en cuanto a las redes de apoyo social y al estado civil, que los pacientes solteros tenían la mitad del riesgo de aban-

dono (6.1%), comparados con los casados (12.6%), mientras que los viudos, separados o divorciados tenían un 14.3%. En otros estudios se menciona al estado civil casado y la convivencia con su familia como un componente del apoyo familiar que se brinda al paciente y uno de los factores que conlleva mejor adherencia al tratamiento. Es el caso de un estudio chileno donde las proporciones de abandono en los individuos casados fueron de 4.2% comparadas con 12.5% para viudos y 16.9% para solteros.

La misma autora anota que la falta de vivienda asociada al abandono del tratamiento de TBC es importante por cuanto el riesgo de no adherencia es mayor. Cáceres Burman y colaboradores informaron que quienes no tenían vivienda presentaron cuatro veces más riesgo de abandonar el tratamiento. Gasner y colaboradores encontraron que un 17% de quienes no cuentan con vivienda abandonaron el tratamiento.

Cáceres³⁹ anotó que la migración así como las tasas de morbilidad y mortalidad son mayores entre personas desplazadas e inmigrantes. También hay dificultades para el cumplimiento del tratamiento en una población con altos niveles de migración. La inmigración y el descuido de la estrategia DOTS han tenido tanto o mayor peso que el VIH en el retroceso del control de la TBC. Un estudio en comunidades de inmigrantes reportó proporciones de abandono del 12% en el primer mes de tratamiento y aumentó a 36% en el segundo mes. Otro estudio refiere una proporción al abandono de 19% en el primer mes y de 36% en el segundo entre inmigrantes y nacidos en otros países.

Con respecto a los problemas con la justicia, anota esta autora que el antecedente de haber estado en prisión estuvo presente en un

³⁷ WARDMAN AG, Knox AJ, MUERS MF. "Profiles of non compliance with antituberculosis therapy". *Br J Dis Chest* 1988; 82: 285-289.

³⁸ LIEFOOGHE R, MUYINCK AD. The dynamics of tuberculosis treatment adherence. *J Pak Med Assoc* 2001; 51: 3-9.

³⁹ *Ibíd.*

36% de quienes abandonaron el tratamiento. Adicionalmente, la situación del recluso complica el manejo del paciente con TBC ya que en las cárceles, además de presentarse altos índices de hacinamiento, coexisten factores sociales y de convivencia que aumentan la posibilidad de transmisión e interfieren con el tratamiento. Están descritas situaciones en las cuales los compañeros de celda atacan a los enfermos y los marginan. El nivel de conocimiento y cultura de los prisioneros, las características propias de su personalidad, influyen en la adherencia al tratamiento.

En cuanto al ambiente familiar, si el paciente se siente aislado de su familia y sus amigos, está más propenso a abandonar el tratamiento. En un estudio se reportó que el 11% de quienes abandonaron tenían problemas de lazos y relaciones familiares que obstaculizaban el cumplimiento del tratamiento. En Colombia, un estudio reportó que no haber informado a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces⁴⁰. La adherencia al tratamiento se asoció en forma significativa con el apoyo que los familiares dan al paciente.

En lo referente al ambiente laboral, Cáceres informa que las personas que trabajan por días o quienes tienen que pedir permiso para asistir a recibir los medicamentos, corren el riesgo de perder el empleo por faltas o por incompatibilidad del horario de trabajo con el de atención en los servicios de salud. De otro lado, el desempleo es considerado factor de riesgo para abandono. En un estudio en Chile se encontró que quienes más abandonaron fueron los desempleados (12.5%) y personas con trabajo esporádico (31%), frente a 4.6% de quienes cuentan con un empleo estable.

En relación con el ambiente social, contar con una red de apoyo social se asocia como factor protector para adherencia al tratamiento⁴¹. La conformación de clubes de pacientes como mecanismo de apoyo social ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento.

Respecto a la edad, Orozco y colaboradores, citados por Cáceres, encontraron que por cada año más que la persona tenga, su adherencia es mejor; Galván y Santiuske encontraron que pacientes con edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían mejores tasas de adherencia que los de edad intermedia (84% frente a 63%); Liefoghe encontró menor adherencia en mayores de 35 años en contraste con el estudio de Van Der Werf en Ghana donde los menores de 25 años abandonaron menos el tratamiento: 35.9% comparado con más de 46% en mayores de 25 años.

Otros sostienen que el anciano con limitaciones de algún tipo tiene mayor riesgo de abandono. Esta divergencia de hallazgos sustenta la necesidad de mayor investigación y estandarización de los rangos de edad para conocer la situación en cada comunidad y para poder comparar los resultados de los estudios.

En cuanto al género, la literatura apoya la premisa de que los hombres tienden a abandonar más que las mujeres. Estudios encontraron que los hombres abandonaban 1.5 veces más que las mujeres; en Ghana, las mujeres además de mejor adherencia presentaban mejores tasas de curación⁴². En Argentina el 70% de quienes abandonaron el tratamiento eran hombres.

Martín Alfonso⁴³ señala en un estudio transversal sobre la frecuencia de cumplimiento del

⁴⁰ OROZCO LC, HERNÁNDEZ R, CERRA M, CAMARGO D. "Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso". *Médicas UIS* 1998; 12: 169-172.

⁴¹ BASTERRA GM. "El cumplimiento terapéutico". *Pharm Care* 1990; 97-106.

⁴² VAN DER WERF TS, DADE GK, VAN DER MARK TW. "Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy in a rural service programme". *Tubercle* 1990; 71: 247-252.

⁴³ MARTÍN ALFONSO, op. cit.

tratamiento médico en pacientes hipertensos, en donde se tomaron como variables la edad, escolaridad y ocupación en un grupo de 103 pacientes de varios consultorios pertenecientes al área de salud en el municipio de Marianao, de la ciudad de La Habana. La selección de los pacientes tuvo en cuenta: pacientes con hipertensión arterial esencial, pacientes con hipertensión arterial no acompañada con otras enfermedades crónicas y pacientes con hipertensión arterial sin trastornos psiquiátricos graves. Para la recolección de la información se confeccionó un instrumento que recoge datos generales del paciente, el modo de cumplimiento del tratamiento, así como los criterios acerca de los factores determinantes de la adecuada o inadecuada adherencia terapéutica. El cuestionario se aplicó en la casa de los pacientes y de forma auto-administrada.

Los resultados mostraron que el 52.4% de los pacientes hipertensos refiere cumplir con las indicaciones médicas en forma completa, en tanto que el 47.6% lo hizo en forma inadecuada.

En este estudio se encontró que el 68.5% de los pacientes que se adhieren son de sexo femenino; sin embargo, entre las personas que incumplen no se aprecian diferencias por sexo. Se evidenció además tendencia al incremento en la adherencia con aumento en la edad, lo que permite suponer que no existe una relación importante entre la edad del paciente y la frecuencia de adherencia al tratamiento.

En cuanto a la variable ocupación, el estudio reportó que los mejores resultados en cuanto a la adherencia terapéutica completa la obtienen los jubilados con un 40.7%, seguidos de las amas de casa con un 31.5% mientras que entre los que cumplen de manera incompleta predominan las personas trabajadoras, con un

44.9%. Esto hace pensar que existe una relación entre la frecuencia de cumplimiento y la ocupación.

Este estudio concluye que la frecuencia de adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial es relativamente baja, sobre todo en los pacientes de sexo masculino, menores de 60 años y en personas con vínculo laboral estable.

Johnson⁴⁴, en su artículo sobre lo que manifiestan los pacientes hipertensos con relación al tratamiento medicamentoso, concluye que el acceso a los medicamentos definido como la capacidad de los pacientes informantes para conseguir los medicamentos de parte del proveedor de cuidado primario, financiar la compra y tener la capacidad física de ingerirla son factores importantes para que los participantes tengan acceso a los tratamientos y mejoren de esta forma su adherencia.

Rubin realizó una investigación en Estados Unidos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2⁴⁵ que recibían hipoglicemiantes orales. El 11% indicó que tenían limitación en su medicación debido a su costo, el 7% habían dejado de tomarlo el mes anterior, y de forma predecible los pacientes con poca o ninguna cobertura de medicamentos tenían más dificultades que aquellos que tenían más cobertura.

Los factores anteriormente anotados muestran coherencia en lo relacionado con la falta de adherencia e indican que definitivamente la disponibilidad económica y la cultura de los pacientes es relevante y fundamental para seguir las recomendaciones del equipo de salud en cuanto a medicamentos y recomendaciones sobre dieta y ejercicio, que se consideran los pilares del tratamiento de la enfermedad cardiovascular.

⁴⁴ JOHNSON, op. cit.

⁴⁵ RUBIN, Richard R. "Adherence to Pharmacologic Therapy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus". *The American Journal of Medicine*. 2005; 118 (5a): 275-345.

En la revisión de la literatura disponible hasta aquí se encontraron algunas subdimensiones que se nominaron arbitrariamente; bajo cada una se agruparon temas o asuntos asociados a la dimensión de factores socioeconómicos en los que aparentemente los diversos autores coincidieron. Por la interrelación entre los diversos factores influyentes, algunos temas parecen repetidos en las subdimensiones. Esta agrupación permitió la construcción posterior de los ítems que representan los factores en el instrumento objeto de esta investigación. Estos se presentan así:

- Subdimensión económica: agrupa estatus e ingresos bajos, desempleo, condiciones de vida inestable, altos costos de los medicamentos y del transporte, barreras financieras, costos de la seguridad social, economía global y dificultad para solicitar permiso para asistir a las consultas.
- Subdimensión de educación: incluye analfabetismo o bajo nivel educativo, baja agudeza visual e incapacidad para leer instrucciones, dificultad para recibir información por medios masivos.
- Subdimensión social: relaciona la falta de redes de apoyo efectivo, disfuncionalidad familiar, violencia, roles múltiples del cuidador, redes de apoyo social y familiar limitadas, redes sociales que transmiten valores, creencias y patrones de comportamiento aprendidos, y la falta de disposición y conciencia del paciente y la familia sobre su patología.
- Subdimensión de aspectos ambientales: se refiere a largas distancias a los centros de tratamiento, variedad del clima, guerra, conflicto armado, desplazamientos, dificultades del transporte, aislamiento con relación a la

cultura dominante, seguridad, vecindario peligroso.

- Subdimensión cultural: tiene en cuenta la cultura y creencias populares sobre la enfermedad, el tratamiento y el ejercicio, factores raciales y étnicos, creencias culturales relacionadas con el comer sano, control de peso, regímenes dietéticos; la percepción de la imagen corporal y cultural de la no prevención.
- Subdimensión demográfica: se refiere a raza, etnia, discriminación y edad.

4.2. Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud

Todos tenemos un papel importante que cumplir para lograr que el cuidado de la salud sea seguro. Los médicos, los líderes del cuidado de la salud, el personal de enfermería y el personal técnico, y todos los miembros del equipo de cuidado de la salud, los hospitales, las clínicas, los centros médicos para cuidados prolongados, los consultorios médicos y todos los grupos de cuidado de la salud a lo largo del país, están trabajando para lograr que la seguridad de la salud sea una prioridad.

Cada cliente es un mundo, por ello es importante evaluar los obstáculos que tiene cada persona en relación con su adherencia, en lugar de hacer suposiciones. El paciente debe tener un papel importante formando parte del equipo del cuidado de la salud como miembro activo, involucrado e informado⁴⁶.

El sistema de salud que cada paciente maneja de acuerdo a su vinculación laboral le dará elementos que pueden ser los adecuados o necesarios para que el paciente tenga o no mayor

⁴⁶ ADAMS, Dolores RN. VERNA, Florence RN. *Su seguridad es importante para nosotros. Educación al paciente*. Jackson Health System. Enero 2004; www.um-jmh.org/body.cfm?id=8676

grado de adherencia. Los sistemas de cuidado y los cuidadores estarán determinados por el nivel de salud y la complejidad de los eventos de enfermedad que se presenten.

De los factores que pueden afectar la adherencia a los tratamientos el más común y más comentado es el régimen del tratamiento del paciente que los médicos a menudo pasan por alto. En un estudio con 408 pacientes realizado por Schillinger y colaboradores, citados por Rubin⁴⁷, en personas que hablan inglés y español se encontró que más del 50% de ambos grupos tenían limitada información sobre la salud, definida ésta como la comprensión de los términos médicos comunes o de conceptos como presión arterial estable y/o instrucciones tales como dosificación; por ejemplo: "tómese esta medicación cuatro veces al día". La falta de comprensión de los pacientes a menudo no la reconoce el médico, quien rara vez verifica que los pacientes recuerden y comprendan su régimen de tratamiento. Adicionalmente en los estudios se encontró que cuando se introducen términos nuevos o que implican variaciones en el régimen a raíz de visitas que los médicos realizaron a los pacientes, los pacientes recordaron muy poco de estas recomendaciones al punto que un grupo de control que no recibió las visitas obtuvo resultados similares. En otro estudio de Ciechanowsky y colaboradores se encontró que pacientes que calificaron a su médico como buen comunicador mostraron una adherencia más significativa a sus tratamientos que aquellos que calificaron como comunicador deficiente⁴⁸.

Sabaté⁴⁹ dice que las relaciones no adecuadas entre paciente y proveedor, los servicios de salud poco desarrollados, la falta de planes de reembolso por parte de los servicios de salud,

sistemas deficientes en la distribución de los medicamentos, falta de conocimiento y entrenamiento del personal para manejar la enfermedad crónica, el exceso de trabajo de los proveedores de salud, la falta de retroalimentación sobre el cumplimiento de los tratamientos, la falta de iniciativa en el mismo cumplimiento, la consulta médica breve, la poca capacidad del sistema para educar y hacer seguimiento al paciente, la incapacidad para establecer apoyo comunitario y de automanejo de la patología, y la falta de conocimiento sobre adherencia y sobre intervenciones efectivas para manejarlas constituyen aspectos primordiales para que la adherencia no sea la esperada.

El análisis de la literatura sobre adherencia realizado por Kontz, utilizando el marco de referencia del modelo de Rogers Martha, seres humanos unitarios⁵⁰, aporta al tema de las relaciones proveedor-usuario ideas que apoyan esta dimensión. Esta revisión mostró que existen muchas variables en las relaciones cliente-proveedor. En primer lugar se tiene la comunicación que es esencial en el aumento de las relaciones para mejorar la adherencia. Las comunicaciones específicas que influyeron en la adherencia fueron:

- Aquella donde faltaron las explicaciones, lo que influyó negativamente en las relaciones y disminuyó la adherencia.
- La combinación de comunicación verbal y escrita afectó positivamente la relación y mejoró la adherencia (Stickney, Hall y Gardner, 1980, citados por Kontz).
- La comunicación de las expectativas del cliente; lo que puede esperar del tratamiento que también mejora la adherencia (Halka, 1979, citado por Kontz).

⁴⁷ RUBIN, op. cit.

⁴⁸ RUBIN, op. cit.

⁴⁹ SABATE, op. cit.

⁵⁰ KONTZ, op. cit.

- Haynes et al., 1979, citado por Kontz, señaló que cuando el paciente se muestra satisfecho con la relación con el proveedor, ésta mejora la adherencia; sin embargo, los factores que contribuyen a las relaciones se enuncian pocas veces.

Las que se sugirieron como importantes para definir una relación satisfactoria fueron: la cantidad de instrucciones dadas, la justificación del uso de los medicamentos, la receptividad del proveedor hacia el cliente, las respuestas del proveedor al cliente, las respuestas del proveedor a las quejas del cliente y a las fallas del paciente admitidas por él mismo, la inclusión de la familia en el tratamiento y la competencia profesional.

La literatura revisada por Kontz apoyó la idea de que una relación satisfactoria acompañada de comunicación explícita aumentaba la adherencia. Halka (1979), citado por Kontz, definió la efectividad de la comunicación como “la diferencia entre información dada e información retenida”; sin embargo, la información retenida no significa que se entendió y se aplicó. Esta autora citada por Kontz en su trabajo sobre el tema encontró que la información retenida no tenía resultado en la reducción de cifras de errores en la medicación. La implicación de este hallazgo es que se debe determinar la efectividad de la comunicación por el ejercicio de un determinado comportamiento.

Las afirmaciones que se pueden derivar de la literatura revisada por Kontz sobre los efectos de la relación cliente-proveedor son, entre otros:

- La comunicación entre proveedor y cliente, que éste percibe efectiva, mejora la relación y la adherencia.
- La comunicación del proveedor de cuidado de salud que instruye y señala expectativas de resultados es efectiva para

aumentar la adherencia si se mantiene de manera permanente.

- Cuando el proveedor es receptivo y comprensivo de las fallas de adherencia del paciente y de sus quejas sobre la enfermedad, se mejoran las relaciones y se aumenta la adherencia.

Adicionalmente esta autora sugiere con relación a esta dimensión que los factores que pueden influir en la adherencia son: mensajes no claros entre la información verbal y no verbal de los profesionales, los cuales crean confusión. La buena comunicación escrita acompañada de información verbal aumenta la adherencia; la falta de explicaciones, el tiempo gastado en la sala de espera y la confusión en las citas influyen negativamente en la adherencia; la justificación dada sobre el medicamento, la buena receptividad del proveedor al cliente, la respuesta del proveedor a quejas del cliente, la respuesta de comprensión por la no adherencia del paciente, la inclusión de la familia en el régimen de competencia profesional, un programa estructurado de acuerdo al locus de control del paciente y el establecimiento anticipado de la cita de control aumentan la adherencia de los pacientes al tratamiento.

Chyun⁵¹ y Blue Cross, Blue Shield Association, en su artículo sobre formas de valoración para mejorar la adherencia⁵² anotan que existen barreras culturales con respecto al tratamiento de la hipertensión arterial y la hiperlipidemia que tienen que ver con las relaciones paciente-proveedor y barreras en relación con la dificultad de acceso al cuidado o sea al tratamiento. La dificultad radica básicamente en la comunicación que se establezca con el proveedor y los receptores del cuidado, además que se sigue considerando el transporte como limitante para acceder al servicio de salud.

⁵¹ CHYUN, op. cit.

⁵² BLUE CROSS, op. cit.

Además Vlasnik⁵³ reporta que el hecho de que existan múltiples proveedores de salud que cambian la formulación constantemente hace que la adherencia no sea la adecuada por cuanto hace mayor el gasto y la confusión para el paciente.

Según Rubin⁵⁴ la comunicación efectiva proveedor-paciente puede influir en la percepción de los beneficios potenciales de la adherencia. Esto ayuda a que los médicos tengan en cuenta otros factores, como la percepción de los beneficios potenciales de la adherencia que tenga el paciente.

Un estudio de Grant y asociados descrito por Rubin enfatiza que los pacientes que tienen más posibilidades de adhesión a los tratamientos son los que perciben que éstos les ayudan a aliviar los síntomas y no aquellos que no los perciben debido a que la hipertensión arterial y la hiperlipidemia asociadas con diabetes no se relacionan con cualquier signo reconocible o síntomas. El cuidado de parte del médico debe orientarse a comunicarse con los pacientes en forma efectiva puesto que éstos pueden no ser conscientes de los beneficios potenciales de tratar una condición que no presenta síntomas. Adicionalmente los pacientes no reconocen los síntomas de hiperglicemia, y los médicos pueden ayudar a entender los beneficios a corto plazo del control de la glicemia como: aumento de la energía, mejor calidad del sueño, menos pérdida de días de trabajo y escuela, y recordarle a los pacientes según sea la prescripción, que ésta contribuye a estos beneficios.

Las percepciones de los pacientes acerca de los beneficios de los tratamientos se ven in-

fluidas por las actitudes del médico y por la práctica con respecto al uso de los medicamentos.

Rubin anota que una encuesta multinacional con pacientes diabéticos y sus médicos mostró que el 59% de los pacientes y el 53% de los médicos indicaron que preferían retardar el uso de la insulina y los hipoglicemiantes orales hasta que fuera absolutamente necesario, y al preguntarles qué tan a menudo el médico les advertía que tendrían que usar insulina si no seguían las recomendaciones de la medicación oral, el 57% de los médicos respondían que siempre o a menudo. Dadas estas actitudes y prácticas de los médicos no es de sorprender que muchos de los pacientes encuestados tuvieran actitudes negativas y consecuentemente no estaban usando insulina.

Fernández⁵⁵ señala que la satisfacción del paciente con relación a la terapéutica se identifica, en la mayoría de las investigaciones, como un factor que puede potenciar la adhesión a pesar de que solo un porcentaje reducido de los profesionales de la salud reconoce contribuir a la falta de adhesión. Los principales componentes que se han señalado como determinantes de la satisfacción del paciente son una buena comunicación y el mantenimiento de una relación respetuosa y cordial, encaminada a mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente en el programa de tratamiento.

Con relación a la comunicación indica este autor que saber más acerca de algo no mejora necesariamente el cumplimiento. Pero también es cierto que cuando el médico requiere que los pacientes hagan o sepan algunas cosas, su primera tarea es informarles. Por otra parte, es un hecho que los médicos aportan menos

⁵³ VLASNIK, op. cit.

⁵⁴ RUBIN, op. cit.

⁵⁵ FERNÁNDEZ, Concepción. "La adhesión a los tratamientos terapéuticos". *Iber Psicología* 1996; 1: 1. 3. Junio 1996.

información de la necesaria y que los pacientes comprenden insuficiente o erróneamente la información que reciben. Se ha comprobado que, como promedio, los pacientes solo son capaces de recordar, incluso minutos después de la entrevista, el 50% de dicha información; además entre el 30% y el 50% de las instrucciones se comprenden erróneamente. Más del 80% de los pacientes desea más información de la que dispone y están insatisfechos con la recibida.

También se ha sugerido que la actitud de ayuda y colaboración del terapeuta potencia al tratamiento en la medida que mejora las expectativas del paciente respecto a su enfermedad o los beneficios del tratamiento, por lo que debe analizarse este efecto desde la perspectiva del paciente.

Cáceres⁵⁶ indica que el colapso de la infraestructura de salud pública ha sido descrito como uno de los múltiples factores que conllevan al abandono del tratamiento y a la aparición de resistencia bacteriana. Es muy importante el papel de los servicios en los siguientes aspectos: la falta de organización en los servicios de salud que es señalada como factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, los costos de las consultas, la dificultad para conseguir citas y la demora en la atención. La flexibilidad en los horarios y el confort en el sitio de atención del paciente han demostrado mejorar la adherencia.

En lo relacionado con la distancia entre la vivienda y el centro de atención, algunos estudios señalan este como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento; sin embargo, Galván encontró que ni la distancia medida en kilómetros ni el tiempo que gasta el paciente para llegar al puesto de salud tenían importancia significativa en el abandono. Y solamente por encima de 60 Km. de distancia se registró una

leve disminución en el cumplimiento que no fue significativa.

Frente a la relación entre el paciente y el personal de salud, el entusiasmo y compromiso suelen ser las expectativas que el paciente de tuberculosis tiene frente a las personas que le suministran el tratamiento; Kilpatrick, citado por Cáceres, considera primordiales las características de la enfermedad y la relación asertiva entre médico y paciente para alcanzar adherencia. Algunos autores describieron que la no adherencia es consecuencia de la negligencia o la incompetencia de las personas a cargo del programa. La adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente está descrita como un factor que determina la adherencia.

Los médicos son señalados como responsables del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, ya que se ha planteado que un elevado porcentaje de los pacientes son dados de alta con insuficiente planificación de sus tratamientos y escasa información sobre las características de su enfermedad, la forma de tomar los medicamentos, los posibles efectos secundarios e, incluso, sobre los riesgos que pueden haber tenido sus convivientes y contactos de infectarse o enfermarse; además, el seguimiento a veces recae en médicos no habituados a manejar estos pacientes y con poca experiencia en la práctica del control de la tuberculosis.

Se afirma que incluso un protocolo bien estandarizado requiere de cierto nivel de experiencia y cumplimiento por parte de los médicos, así como de una buena habilidad para comunicarse y cooperar con el paciente.

En la publicación sobre el estado actual de la prevención primaria en la enfermedad coronaria, se señala que a pesar de las guías y

⁵⁶ CÁCERES, *op. cit.*

de la calidad de información sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular parece que se perpetúa una confusión sustancial tanto en los médicos como en los pacientes.

Desafortunadamente hay mensajes conflictivos en diferentes guías de tratamiento y confusión para identificar pacientes de alto riesgo. Estos son factores que contribuyen. Generalmente se asume que los médicos son conscientes de la importancia relativa de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular; sin embargo, los horarios tan recargados tanto para especialistas de atención primaria como para los clínicos sumados a un entrenamiento defectuoso en el campo de la prevención de la enfermedad y la falta de incentivos financieros para las medidas de prevención, se han combinado para producir una deficiencia sistémica en la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica.

Por último, hay una falta de información estructurada y sistémica sobre diferentes tratamientos y decisiones que se supone que los médicos les dan a los pacientes para ayudarlos a que hagan decisiones informadas acerca de su cuidado de salud. La falta de dar a sus pacientes una información básica como es el caso de los riesgos potenciales y los beneficios de una cierta terapia, las inconveniencias, los efectos secundarios y los costos pueden tener como resultado el rechazo de una terapia propuesta en lugar de una adherencia de larga duración al tratamiento. También debe notarse que los pacientes individuales esperan bastante pero muestran demasiada poca responsabilidad para sus propias acciones y su participación en las decisiones.

En el documento Sociedad y comunidad: falta de políticas y estándares, falta de reem-

bolsos, de Pearson⁵⁷, se describen las barreras para la implementación de servicios de prevención de la siguiente manera (ver cuadro página siguiente).

Varios estudios han visto que los factores de convivencia tales como la distancia y la disponibilidad de transporte, influyen en la participación en programas de rehabilitación cardiaca. Ades y otros mencionados por Daly y colaboradores⁵⁸ en su documento sobre barreras para la participación en programas de adherencia para la rehabilitación cardiaca, reportan que el tiempo fue predictor de la participación en los programas de rehabilitación cardiaca. Los participantes más probables son los que viven más cerca y conducen automóvil. Johnson y Heller encontraron que los participantes que tuvieron pocas barreras prácticas (el ambiente físico y el tiempo) para la participación después de 6 meses tenían más probabilidad de ser dados de alta.

Los hallazgos mencionados en los estudios anteriores hacen sugerencias indicando que uno de los más fuertes factores relacionados con la pobre participación o adherencia incluye las pocas remisiones médicas y la escasa información para los pacientes por parte de los proveedores de salud. Es necesario tener en cuenta que las decisiones sobre el tratamiento médico y el seguimiento de recomendaciones tendrían mayor efecto en los pacientes si éstos participaran en la concertación de dichos aspectos, lo cual los haría más responsables pues corresponde a su propia decisión.

Los proveedores de salud deben participar más y comprometerse en el logro de la adherencia de los pacientes a los tratamientos fortaleciendo los conocimientos sobre el manejo

⁵⁷ PEARSON, T. A. Mc BRIDE PE. "Organización de Servicios Preventivos de Cardiología. Sociedad y Comunidad: falta de políticas y estándares, falta de reembolso". JACC 1966; 27: 1039-1047.

⁵⁸ DALY John y Cols. "Barreras para la participación en programas de adherencia para la rehabilitación cardiaca: una crítica revisión teórica". Copyright Le Jacq Comunicaciones, Inc. Invierno de 2002. Vol. 17, edición 1, p. 8.

<p>Barreras dependientes del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none">- Falta de conocimiento y motivación- Falta de acceso al cuidado- Factores Culturales- Factores Sociales
<p>Barreras dependientes del médico</p>	<ul style="list-style-type: none">- Enfoque basado en el problema- Retroalimentación sobre la prevención: se hace natural o neutral- Restricciones de tiempo- Falta de incentivos, incluidos los reembolsos- Falta de entrenamiento- Poco conocimiento sobre beneficios del tratamiento- Inefectividad percibida- Falta de habilidades- Falta de comunicación entre el especialista y el médico general- Falta de percepción de legitimidad del tratamiento
<p>De los escenarios del cuidado de la salud (Hospitales)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Prioridad Cuidados críticos-agudos- Falta de recursos y de instalaciones- Falta de sistema para servicio de prevención- Restricciones económicas y de tiempo- Escasa comunicación entre los especialistas y proveedores de atención primaria- Falta de políticas y estándares

de la enfermedad cardiovascular y concientizándose de la necesidad de prevenir los factores de riesgo para la misma.

El sistema de salud tiene que beneficiarse de los esfuerzos de la población mediante la educación sobre salud, las intervenciones ambientales o de la legislación para reducir el peso de los comportamientos perjudiciales de salud. Esto debe facilitar los cambios de factores de riesgo en los escenarios clínicos.

Los que hacen la política, los empleados y los líderes de la comunidad buscan a los proveedores de salud para que les den consejo y liderazgo. Tanto la capacidad para prevenir la enfermedad cardiovascular como la voluntad para aplicar políticas y programas serán necesarias para disminuir la enfermedad cardiovascular y las consultas de la comunidad y de los médicos.

Daly señala que la comunicación entre proveedor y paciente con relación a los costos parece limitada; de los que respondieron que suspendieron la medicación, el 32% respondieron que sí habían comunicado haber suspendido la medicación y el 37% no lo informaron.

Los médicos no parecen estar haciendo todo lo posible para prevenir que los costos sean una barrera para la adherencia. El 70% de los pacientes no habían tratado o tocado el tema de los costos de los medicamentos; solamente menos del 10% informaron que se les había mostrado otras alternativas a costos más bajos o programas de ayuda financiera; menos del 10% informaron que sus proveedores habían prescrito menos medicación para bajar gastos.

Las razones que los pacientes dieron para no discutir los costos con sus médicos señala-

ron la oportunidad de mejoramiento. El 50% no creían que su proveedor de cuidado de salud les podría ayudar con los costos. El 39% no creían que los costos fueran lo suficientemente importantes para mencionarlos a los médicos. El 30% creían que no había suficiente tiempo durante la consulta para hablar de ello.

Los médicos deben dar parte de información sobre los costos, programas de ayuda financiera y hacer ajustes a tratamientos para mejorar la adherencia.

Según Velásquez⁵⁹, se debe elaborar un plan de tratamiento a seguir con el paciente así: el plan debe ser específico o en pequeños escalones, es importante que los pacientes experimenten éxitos iniciales en sus esfuerzos por darle forma a sus nuevas conductas éxito tras éxito; requerir mayores cambios al inicio aumenta el riesgo de falla en un espiral hacia abajo en adherencia. También se debe evaluar la efectividad del plan a través del cambio de conducta; haciendo monitoreo de la frecuencia del contacto que depende de las características de los receptores, el problema de conducta y el estado de progreso del tratamiento, detectar otras barreras que se sucedan en el camino (si aparecen problemas familiares o sociales).

Adicionalmente, para mejorar los cuidados de salud propone:

- Proveer cuidado médico más personalizado; existe pobre adherencia cuando los pacientes son vistos por diferentes médicos o enfermeras.
- Descubrir y responder las expectativas del paciente; a veces la consulta al médico es para recibir medicación, y cuando no la hay es importante dar una explicación para obtener la participación del mismo.

⁵⁹ VELÁSQUEZ, Alberto. Acatamiento o Adherencia conductas relacionadas con la salud. www.foroaps.org/pregrado/adherencia.pdf.

- Simplificar el régimen de salud tanto como sea posible, haciendo entendible, fácil de recordar, simple de llevar a cabo, adecuado a las circunstancias de los pacientes (pacientes que trabajan de noche, horarios para tomar medicamentos).
- Dar el conocimiento de salud necesario para basar la conducta recomendada; escuchar los contra-argumentos para poder dar explicaciones necesarias.
- Maximizar lo ganado en cada consulta.
- Minimizar los “costos”; tiempo; esfuerzos; sensaciones negativas; reducción de la auto-estima por sentirse enfermo.
- Si el régimen médico es displacentero, tratar de imponerlo lentamente, construido por pasos.
- Transmitir un sentido de responsabilidad personal en el paciente o de persona en riesgo para el propio mantenimiento de salud.

Velásquez anota además que la falta de información apropiada, “un incorrecto sistema de creencias”, la información escrita, folletos, etc., producen pobres cambios de conducta cuando se usan de forma aislada. Ellos crean un conocimiento de los cambios de conducta deseados y proveen información al respecto, marcan la agenda pero no dictan qué decisión debe tomarse. Un artículo o un discurso de una autoridad tiene un éxito intermedio. Mucha más efectiva es la charla con grupos pequeños para cambiar las conductas. La fase diagnóstica es importante para conocer estas creencias y contra-argumentarlas, aunque esto provoque resistencias en contra desde el punto de vista del paciente.

La comunicación de la información debería proveer muchos ejemplos específicos para guiar a las personas a iniciar y sostener hábitos de vida saludables. Por ejemplo en las prescripciones dietéticas, recetas de cocina; en la adherencia a medicamentos, dar ayuda a la memoria de cómo tomarlos. Los anticonceptivos son un buen ejemplo de cómo el envase es simple y fácil de recordar. El camino de estructuración y presentación de una acción de salud está influenciado por la facilidad con que es aceptado⁶⁰.

Cada uno de estos factores es responsable de la falta de adherencia a las indicaciones médicas, pero dichos en conjunto no alcanzan a explicar el fenómeno. Lo que es peor, este tipo de rótulos lleva a “juzgar a la víctima” más que a dar una solución efectiva de los problemas. La provisión de información, a pesar de que es útil, no alcanza para cambiar los hábitos de salud. Son pocas las tácticas que sacan a algunas personas de la indiferencia y algunas tácticas son tan atemorizantes que los pacientes no vuelven a consultar.

Muchas personas ubican a la salud en una lista de prioridades lejana con respecto a otros valores. Los médicos necesitan ser más sensibles a estas realidades. En general, tienden a sobrestimar el grado de adherencia de sus pacientes o fallan cuando tienen que detectar al no-adherente. Otro error es aceptar lo que el paciente dice cumplir como una referencia verdadera de adherencia⁶¹. La influencia de la actitud y el comportamiento de los médicos sobre la adherencia de los tratamientos tiene que investigarse más.

Revisada la literatura sobre la dimensión de factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, se identificaron tres subdimensiones que se consideró, agrupan los elementos necesarios para evaluar los facto-

⁶⁰ VELÁSQUEZ, op. cit.

⁶¹ *Ibíd.*

res relacionados con el equipo y el sistema de salud así:

- Subdimensión relación entre paciente y proveedor, que incluye el tipo de la comunicación sobre el cuidado de parte del proveedor hacia el paciente (conflictos entre comunicación verbal y no verbal entre los profesionales de salud, falta de explicaciones para el paciente de parte del proveedor, combinación entre comunicación verbal con escrita y la conserjería, cantidad de instrucción dada), servicios de salud poco desarrollados, sistema deficiente de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y entrenamiento del personal para mejorar enfermedades crónicas, exceso de trabajo de los proveedores del cuidado de salud, falta de iniciativa al cumplimiento de los tratamientos, no justificación sobre los medicamentos, respuesta del proveedor a las quejas del cliente, comprensión cuando el paciente falla en la toma de los medicamentos, inclusión de la familia en el régimen terapéutico, capacidad de hacer convenios entre paciente-proveedor, el proveedor ofrece guía y apoyo para estrategias de afrontamiento efectivo, permitir que el paciente controle la situación, establecer métodos realistas para el paciente y participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud, falta de continuidad, inaccesibilidad y periodos largos de espera en consulta, consulta médica breve, poca capacidad del sistema para dar educación y hacer seguimiento, múltiples proveedores de salud que cambian fórmulas e incapacidad para buscar ayuda de parte del médico, actitud de empatía con el terapeuta, facilitar medios para recordar las prescripciones adaptadas al ritmo de vida y poca credibilidad en el médico tratante en cuanto al manejo de los costos del tratamiento.

- Subdimensión sobre acceso al cuidado, se incluyen factores como barreras culturales o dificultad para acceder a los servicios de salud, falta de estímulos por parte de las agencias de cuidado, falta de acceso al cuidado.
- Subdimensión relacionada con los escenarios del cuidado en la cual se encuentran: la prioridad en las instituciones de salud son los pacientes críticos y agudos, falta de recursos y de instalaciones, falta de sistemas para servicios de prevención, restricciones económicas y de tiempo, y falta de políticas y de estándares con relación a escenarios del cuidado.

4.3 Factores relacionados con la condición de salud o con la enfermedad

La percepción de la enfermedad por parte de los pacientes es un importante elemento conceptual que se ha de tener en cuenta por cuanto en la medida que el paciente conozca todo lo relacionado con la misma será más consciente de la importancia del concepto y tratamiento integral de la misma. Adicionalmente es necesario informar al paciente de todas aquellas patologías o sintomatología asociada o que puede presentarse vinculada a la enfermedad de base.

Sabaté⁶² señala que influye en la adherencia la severidad de los síntomas, los niveles de incapacidad física, psicológica, social, vocacional, el grado de evolución y severidad de la enfermedad, la comorbilidad, la disponibilidad no efectiva del tratamiento, la percepción del paciente sobre el riesgo que representa la enfermedad, la importancia que el paciente da a seguir el tratamiento y la prioridad que le da a la adherencia. Kontz⁶³ agrega que será una limitante para la percepción de la enfer-

⁶² SABATE, op. cit.

⁶³ KONTZ, op. cit.

medad o los síntomas, las alteraciones a nivel de los órganos de los sentidos como, por ejemplo, el déficit de la visión, la audición y la movilidad.

Chyun⁶⁴ indica que las influencias culturales anotadas en la dimensión y la forma como el paciente percibe la enfermedad y la maneja son relevantes para mejorar la adherencia. Es importante para el paciente percibirse sano, libre de síntomas. Anota además que el individuo utiliza los síntomas para obtener medicamentos o para que le sean suministrados en forma más continua.

Vlasnik⁶⁵ señala que es importante el cambio en la severidad de los síntomas, lo cual incluye la reducción o desaparición de los síntomas o la fluctuación de los mismos. Además encontramos la negación de la enfermedad o de su importancia o sentimientos de ira; se pueden encontrar sentimientos como depresión o puede haber olvido o confusión.

En relación con los medicamentos puede haber dificultad para deglutirlos, para abrir los frascos, para manejar las pastillas pequeñas, e incapacidad para distinguir los diferentes medicamentos. Esto hará más difícil la adherencia al tratamiento.

Referente a la comorbilidad, Cáceres⁶⁶ indica que son varias las patologías que asociadas a la tuberculosis se reconocen como factores de riesgo de abandono. La combinación de VIH-SIDA y tuberculosis, y la estigmatización por falta de entendimiento de la primacía de la tuberculosis, llevan a demorar el inicio del tratamiento y a una pobre adherencia. Los pacientes con trastornos psiquiátricos, o impedimentos emocionales o físicos, como aquellos que su-

fren retardo mental, enfermedad de Alzheimer, incapacidad para tragar las píldoras, cuadraplejía, artritis severa o desórdenes musculares tienen un alto riesgo de abandonar el tratamiento. Además de las enfermedades mentales incapacitantes, la renuencia del enfermo a ingerir los medicamentos es una de las razones para abandonar. La incapacidad del paciente para caminar o movilizarse es un factor que se ha encontrado como causa de abandono; también lo es la dependencia total. Haber padecido hepatitis o tener antecedentes de alergia disminuyen la adherencia al tratamiento aunque no se explica el porqué de este hallazgo. Entre los antecedentes relacionados con la enfermedad se encontró que haber tenido tuberculosis antes mostraba efecto protector para la adherencia al tratamiento.

La falta de conocimiento de la enfermedad lleva a los pacientes a tomar alternativas, entre ellas, a abandonar el tratamiento. Cáceres informa que Morisky con un programa educativo aumentó la adherencia de 38% a 68%. En Pakistán se encontró que mejorando el nivel de conocimiento sobre la enfermedad se lograba disminuir el abandono de 50% a 43%. En un estudio realizado en Cali sobre el abandono de los tratamientos por parte de pacientes tuberculosos se encontró que el desconocimiento de la enfermedad estaba asociado al abandono⁶⁷. Sumartojo citado por Cáceres en su revisión sobre si los sicólogos pueden tratar la tuberculosis encontró que los pacientes adherentes conocían más sobre síntomas como fiebre, tos, pérdida de peso, anorexia, gravedad de la enfermedad e importancia de tener comportamientos saludables como buena nutrición y cumplimiento de citas médicas; mientras que los pacientes no adherentes no conocían bien la enfermedad ni el tratamiento, no sabían por qué

⁶⁴ CHYUN, op. cit.

⁶⁵ VLASNIK, op. cit.

⁶⁶ CÁCERES, op. cit.

⁶⁷ CÁCERES, op. cit.

tenían que tomar el fármaco y tampoco si estos eran o no eficaces; no conocían los efectos adversos de interrumpir el tratamiento, ni el pronóstico de la enfermedad⁶⁸.

Un factor protector para no abandono del tratamiento es cuando el paciente percibe la enfermedad como grave pero curable mediante el adecuado seguimiento del tratamiento. Los pacientes que al inicio del tratamiento tienen poca confianza en que van a poder cumplir con el mismo y poca creencia en su curación tienen menores tasas de curación comparados con quienes creen en la curación. Por otro lado, se encontró una correlación entre la motivación para el tratamiento y la percepción de la enfermedad. Percibir la tuberculosis como una patología estigmatizante, rechazar hablar sobre ella y no contarle a sus familiares o amigos, también son factores de riesgo para abandono. Las personas que abandonan el tratamiento han encontrado desde el principio más obstáculos para seguir el mismo, lo cual podría repetirse. Además, algunos pacientes rechazan el tratamiento por considerarlo poco útil.

Los síntomas parecen jugar un papel importante en el cumplimiento de las prescripciones. Efectivamente, cuando los síntomas tienen un inicio agudo, son reconocibles, molestos y se alivian con el tratamiento, la probabilidad de adhesión es mayor. Por el contrario, es baja cuando la enfermedad no provoca síntomas identificables (p. ej. hipertensión), cuando se mantienen constantes durante largo tiempo facilitando la adaptación del paciente a un estado asintomático o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones (p.e. alucinaciones en la esquizofrenia o el glaucoma en la diabetes)⁶⁹.

Otras variables como la gravedad de la enfermedad medida objetivamente, su duración y

antigüedad no han demostrado tener una relación con la adhesión al tratamiento, ni siquiera en trastornos graves; por el contrario, la percepción subjetiva de gravedad de la enfermedad y de las ventajas asociadas al cumplimiento se ha relacionado con la adhesión a corto plazo; al pasar el tiempo, las tasas de adhesión siempre se deterioran.

Por la creencia de bienestar y sensación de mejoría, cuando se empieza el tratamiento y la remisión de los síntomas se hace evidente, el paciente tiene una sensación de bienestar y considera que ya no es importante continuar con el tratamiento; por lo tanto abandona si no sabe o no ha percibido la importancia de terminar el tratamiento o las consecuencias de no hacerlo. Es necesario tener en cuenta las creencias acerca de la enfermedad y sobre la eficacia del tratamiento, la suspicacia sobre la ciencia, la medicina y la tecnología, la creencia sobre los efectos secundarios y adherencia a estilos de vida, la creencia sobre los efectos de larga duración y dependencia de los medicamentos y la sospecha de que el médico le formula demasiadas drogas⁷⁰.

La revisión de la literatura anotada anteriormente se organizó teniendo en cuenta aspectos relevantes relacionados con las condiciones de salud del paciente en la siguientes subdimensiones:

- Subdimensión severidad e incapacidad, la cual incluye la severidad de los síntomas, los niveles de incapacidad física, psicológica, social y vocacional, grado de evolución y cambios en la severidad de la enfermedad, la comorbilidad y las dificultades en la visión, movilidad y audición.
- Subdimensión relacionada con la disponibilidad de los tratamientos referida a que el paciente dependiendo de la oportuni-

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ FERNÁNDEZ, op. cit.

⁷⁰ CÁCERES, op. cit.

dad de mejoría disponga de los medicamentos adecuados para su tratamiento.

- Subdimensión percepción del paciente sobre su enfermedad, la cual incluye aspectos como la percepción del paciente sobre el riesgo que representa su enfermedad y la importancia que le da a seguir los tratamientos, prioridad que le da a la adherencia, el paciente se percibe sano cuando está libre de síntomas, la utilización de los síntomas para guiar el uso de medicamentos, la negación e ira, creencias, concepto, percepción de gravedad, consecuencias y tratamiento sobre la enfermedad, alta prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la familia.
- Subdimensión relacionada con dificultades para usar los medicamentos, en la cual se incluyen factores como problemas de deglución, dificultades para abrir el frasco y manejar pastillas pequeñas, incapacidad de distinguir los diferentes medicamentos y ansiedad por la complejidad del régimen de medicamentos.

4.4. Factores relacionados con la terapia

En el estudio realizado por Kalil Salim⁷¹, en el cual se tomó la medida de adherencia y los factores asociados en una población de pacientes hipertensos registrados en hospitales y centros de atención primaria en una provincia de Arabia Saudita, se tomó la medida de adherencia a los tratamientos en la muestra del estudio usando el método de conteo de pastillas manual o electrónico; los autores en la discusión evalúan cuál de los dos métodos sobreestima la adherencia. El resultado de adherencia para este estudio no fue alto si se

compara con el estudio hecho en occidente, donde el 53% de los pacientes fueron adherentes a los medicamentos.

Los resultados de este estudio también mostraron la gran diferencia entre la tensión arterial media, división de la sistólica sobre la diastólica, entre los adherentes y no adherentes, que son hallazgos que se esperan, pues la falta de adherencia tiende a asociarse al control deficiente de la hipertensión.

Casi la mitad de los no adherentes del estudio reportaron la ausencia de síntomas de la hipertensión, lo que hace que la adherencia a los tratamientos sea menor. Adicionalmente el estudio concluyó que a más corta edad la adherencia es menor; esto parece estar asociado con el nivel de conciencia de la gravedad de la enfermedad y como lo corroboran otros estudios, a mayor edad mayor adherencia.

Este estudio indica que además de un inadecuado control de la tensión arterial otros factores que influyen en la baja adherencia son la corta edad de los pacientes, los efectos de la medicación y baja educación acerca de la enfermedad y de su tratamiento.

Un estudio de Chesney⁷² sobre los factores que afectan la adherencia a la terapia con tratamiento de antirretrovirales dice que los pacientes con HIV presentan un promedio calculado de más del 80% de no adherencia; los principales factores asociados a la no adherencia parecen estar relacionados con el paciente. Estos incluyen adicción a drogas y alcohol. Otros factores que inciden son las restricciones en la dieta, exceso de pastillas y efectos secundarios relacionados con el paciente y proveedores del cuidado de salud y del sistema de cuidado. En

⁷¹ KHALIL, Salim A. and ELZUBIER, Ahmed G. "Drug compliance among hypertensive patients in Tabuk, Saudi Arabia". *Journal of hypertension* 1997; 15: 561-565.

⁷² CHESNEY, Margaret A. "Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy". *CID* 2000; 30(Suppl 2): s171-s176.

este artículo se reporta que los pacientes con HIV no toman su medicación por uso activo de alcohol y drogas. Este grupo se caracteriza por ser de sexo masculino, jóvenes, con depresión activa, nivel bajo de educación, falta de auto-eficacia, ansiedad extrema, dolor extremo, falta de cambio en el estatus de salud y ser personas de raza blanca.

Chesney anota que los factores relacionados con la medicación son: frecuencia en la dosis de más de dos veces al día, exceso de pastillas, tipo de medicamento, incapacidad para tomar medicamento cuando está fuera de casa, requerimientos de alimentación, efectos secundarios de medicamentos, malas relaciones paciente-proveedor, los factores relacionados con el sistema de cuidado. Insatisfacción por las experiencias pasadas con el sistema de cuidado de salud que produce evitación.

Este estudio nos indica también cuáles son las causas más frecuentes para la falta de adherencia a medicamentos en pacientes con HIV que reciben antirretrovirales muy activos.

Razón de no adherencia	Prevalencia % de pacientes
· Oficio u ocupación	34 - 52%
· Estar fuera de casa	27 - 42%
· Cambio en rutinas diarias	40%
· Efectos secundarios	19 - 25%
· Depresión o enfermedad	9 - 23%
· "Falta de interés, darse vacaciones"	4 - 19%

Anotan los autores de este estudio que se considera necesaria una mayor comunicación no solo sobre lo que hace que los pacientes no se adhieran sino sobre los medicamentos y que se requiere tener mayor claridad sobre el régimen de tratamiento y los estilos de vida de los pacientes.

Sabaté⁷³ en cuanto a esta dimensión dice que se debe relacionar lo que tiene que ver con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, fallas previas en el manejo del tratamiento, cambios periódicos del mismo, efectos benéficos inmediatos y la disponibilidad de apoyo médico para el manejo de los efectos secundarios.

Chyun⁷⁴ dice que como factores relacionados con la terapia se encuentran la calidad de los proveedores, conveniencia de los cuidadores, eficiencia del tratamiento, falta de seguros de salud, incapacidad de adherirse al cuidado de salud por estar trabajando y considera importante la motivación recibida para el manejo del tratamiento, se considera además para evaluar dentro de la motivación, la calidad del medicamento, las características del proveedor y del receptor, los valores culturales y las expectativas sociales para aumentar o disminuir el uso de medicamentos.

El artículo de The Blue Cross⁷⁵ refiere con relación a las características de la prescripción que son válidos indicadores la distribución y número de medicamentos al día, los horarios y los efectos adversos de los medicamentos.

Vlasnik⁷⁶ indica que cambios frecuentes de régimen de medicamentos, falta de adherencia en el pasado y la utilización simultánea de sustancias psicoactivas son factores que influyen en la adherencia.

⁷³ SABATE, op. cit.

⁷⁴ CHYUN, op. cit.

⁷⁵ BLUE CROSS, op. cit.

⁷⁶ VLASNIK, op. cit.

Cáceres⁷⁷ en su artículo de adherencia de pacientes con tuberculosis nos reporta que, aunque la estrategia DOTS (tratamiento corto bajo control) fue diseñada para el tratamiento de la tuberculosis intentando que fuera lo más corta posible, sin embargo continúa siendo prolongado e implica 84 dosis de medicamentos e igual número de desplazamientos del paciente hacia la IPS. La remisión de la enfermedad se encontró asociada a pobre adherencia y se relacionó como el obstáculo más difícil de vencer para lograr la adherencia. La investigación farmacológica apunta a encontrar medicamentos más eficaces que permitan curación en menor tiempo para propiciar adherencia.

Respecto al número de fármacos, el esquema recomendado efectivo en TBC es la politerapia; está comprobado que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional a la adherencia al tratamiento. Sin embargo, una de las ventajas del tratamiento anti-TBC es que los medicamentos se suministran en una sola toma diariamente.

La incomodidad por inyecciones, el dolor en el sitio de aplicación de la inyección, dado por el número de dosis, ha sido considerada como factor asociado al abandono.

Los efectos adversos de los medicamentos antituberculosos, tales como náuseas, vómito, diarrea, cólicos, reacciones de hiper-

sensibilidad, sobrecarga de volumen, leucopenia, trombocitopenia, hepatopatía, ictericia, nefrotoxicidad y ototoxicidad se presentan con frecuencia y en algunos casos están asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis. Este estudio reportó que 32 pacientes de 587 (5.5%) presentaron algún tipo de intolerancia que los obligó a abandonar el tratamiento y a tener una pobre adherencia. Otros estudios citados por Cáceres encontraron que la proporción de abandono por efectos secundarios fue del 30%.

Puede decirse que, en conjunto, las condiciones del tratamiento son las que mejor dan cuenta de la probabilidad de adhesión. Es seguro que cuanto más complejo es el tratamiento es mayor la interferencia en el estilo de vida del paciente, si el tratamiento es duradero (tratamientos crónicos o profilácticos), cuando hay escasa o inadecuada supervisión del tratamiento, menor será la adhesión. Por otra parte, la adhesión a un programa complejo no tiene nada que ver con la adhesión de cada uno de los componentes ni con la adhesión a unos componentes unidos con otros. Sin embargo, existe relación entre la adhesión inicial al tratamiento y la adhesión a largo plazo en enfermedades crónicas (Sherbourne, Hays, Ordway, DiMateo y Kravitz, 1992, citados por Cáceres).

Para Richard Rubin (2005)⁷⁸ los factores que influyen la adherencia a los tratamientos son:

FACTOR	ASPECTOS CRÍTICOS
I. Comprensión del régimen	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento, ilustración, en asuntos de salud.• Uso de jerga. El profesional de la salud utiliza lenguaje comprensible para las personas.• Establecimiento de comunicación: calidad de la comunicación eficiente y clara.

⁷⁷ CÁ CERES, op. cit.

⁷⁸ RUBIN, op. cit.

FACTOR	ASPECTOS CRÍTICOS
2. Percepción de los beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • La medicación le ofrece alivio limitado de los síntomas. • Significado personal de los beneficios a largo plazo más importantes. • Papel de las actitudes del médico respecto de la medicación.
3. Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Varían de acuerdo con el agente. • Se discute muy rara vez.
4. Costos de los medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Costo de los medicamentos se discute rara vez.
5. Complejidad del régimen	<ul style="list-style-type: none"> • Se afecta mucho la adherencia para la distribución de los medicamentos en el tiempo.
6. Bienestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios de tratar la depresión y la incomodidad de la diabetes.

En los estudios realizados con pacientes diabéticos para ayudar a alcanzar los niveles normales de la glicemia a los pacientes que tienen régimen complejo de tratamiento se ha demostrado que los regímenes mixtos tienen entre 10% y 20% menos adherencia que aquellos que tenían un solo régimen de tratamiento.

Paes y colaboradores, citados por Rubin, usaron monitor electrónico para comparar la adherencia a la dosificación de la medicación una, dos y tres veces al día para determinar si los medicamentos se tomaban en el tiempo prescrito. El sistema de control encontró no

solamente qué tan a menudo se abrieron los frascos sino también cuándo, o sea el tiempo. La tasa de adherencia por una vez al día fue de 79%; para dos y tres veces disminuyó a 66% y 38% respectivamente. La medicación se tomaba en el horario en un 77% de los casos de una sola dosis y cayó a 41% y 5% para dosis de dos y tres veces al día.

Estos hallazgos sugieren que la prescripción de medicamentos que requieren menor número de veces al día puede aumentar la adherencia; sin embargo, los médicos deben tener en mente otros hallazgos. Más del 33% utilizan más

de dos medicaciones de las prescritas y estos son pacientes cuya medicación estaba dosificada para una vez al día; los pacientes deben comprender completamente el régimen presente y deben tener sistemas confiables de los que pueden depender para controlar la medicina que se está tomando.

Los efectos secundarios, por ejemplo en el caso de la diabetes aumento de peso, hipoglucemia, tolerancia a la glucosa, afectan la adherencia. La interacción de medicamento a medicamento y los regímenes complicados de tratamiento hacen que algunos pacientes usen los medicamentos que se les prescriben para el tratamiento de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hiperlipidemia ya sea menos o más de lo prescrito.

El estudio de Gaviria, mencionado por Rubin⁷⁹, en el cual participaron 128 pacientes con tres medicaciones, concluye que el 21% no se adherían al régimen; de estos más del 70% estaban adheridos a todos menos a uno. Los efectos secundarios fueron las razones más comunes para la falta de adherencia; sin embargo, los efectos secundarios rara vez se tuvieron en cuenta en la consulta. Claramente a los pacientes se les debe preguntar los efectos secundarios y los tratamientos deben ajustarse de acuerdo a esto⁸⁰.

En un estudio prospectivo de casos y controles de Reto Nuesch⁸¹ y colaboradores, en la consulta externa en un hospital urbano en Suiza en atención primaria, secundaria y terciaria, participaron 110 pacientes consecutivos, con hipertensión arterial y que recibieron tratamiento estable con por lo menos dos medicamentos antihipertensivos durante un mínimo de cuatro semanas. Las principales medidas de re-

sultado fueron la adherencia a los tratamientos valorada por medio del instrumento MEMS, la presión arterial menor tomada durante 12 horas en forma ambulatoria fue de 135/85 mmHg en pacientes menores de 60 años y 155/90 mmHg en pacientes mayores a 60 años que indicaban hipertensión arterial que responden al tratamiento antihipertensivo.

Existe una variación significativa entre las terapias de control de riesgo por los medios utilizados para la terapia cardiovascular, los cuales son de uso insuficiente. Como tal hay una barrera de factores a nivel del paciente, de los médicos, de los escenarios de cuidado de salud de la comunidad, de la sociedad y falta de estímulos para el paciente de parte de las agencias de cuidado.

La revisión de la literatura sobre los aspectos relacionados con la terapia, se consideraron en una sola subdimensión ya que existen elementos comunes en todos los aspectos que se valoran en la adherencia de los pacientes a los tratamientos, por esto se tendrán en cuenta básicamente los mediadores de la terapia así:

Lo relacionado con la calidad del proveedor, la autoeficacia percibida del tratamiento, complejidad del régimen médico, duración del tratamiento, fallas previas o experiencias previas en el manejo del tratamiento, cambios frecuentes de tratamiento, creencias sobre efectos de larga duración del tratamiento y dependencia a medicamentos, creencias familiares, culturales y religiosas (fe) que afectan el tratamiento y la toma de medicamentos.

Un factor importante a tener en cuenta es el hecho de que los pacientes esperan bastante

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ RETO Nuesch, KERSTIN Schroeder, DIETENTE Thomas, BENEDICT Martinaan Edouard Battegay. "Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study". *BMJ* 2001; 323: 142-146 doi:10.1136/bmj.323.7305.142

del tratamiento pero demuestran poca responsabilidad para tomar decisiones e iniciar acciones propias.

Se debe tener en cuenta que igual que en las otras dimensiones existen otros factores que influyen (cultura, dinero, etc.) y se interrelacionan los unos con los otros, por lo tanto los elementos que tengan que ver con la terapia deben ser contemplados globalmente.

4.5 Factores relacionados con el paciente

Sabaté⁸² considera que influyen en la adherencia aspectos como: el conocimiento, habilidad inadecuada con relación al manejo de los síntomas y los tratamientos, las fallas previas en el manejo del mismo y la mala comprensión de las instrucciones sobre el tratamiento. En cuanto a actitudes es importante tener en cuenta que el paciente tiene dificultades para confiar en sí mismo para el manejo del tratamiento y la enfermedad, por lo cual también hay rechazo y desconfianza en el diagnóstico. La falta de motivación produce sentimientos de desesperanza y negatividad frente a la enfermedad, hay frustración con los proveedores del cuidado y con el valor que se da a seguir el tratamiento, y no se tiene el verdadero significado de la relación costo-beneficio de seguir el tratamiento dado.

Otros de los factores asociados con el paciente son: la falta de auto percepción de las necesidades, los efectos y las bajas expectativas del tratamiento. El estrés sicosocial, la ansiedad sobre posibles efectos secundarios o por la complejidad del régimen farmacológico, el temor a la dependencia de los medicamentos o el temor a sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Se debe tener en cuenta además la baja asistencia a controles, a la asesoría o a clases

sobre motivación, comportamientos y falta de aceptación del monitoreo. Adicionalmente las experiencias previas en el manejo de la enfermedad interfieren en la adherencia.

Kontz⁸³ refiere básicamente que la motivación afecta la adherencia y que es necesaria la enseñanza y la consejería para que la adherencia sea más significativa. La susceptibilidad de la enfermedad, los beneficios percibidos y la severidad percibida de la condición de la salud afectan la adherencia. En el aspecto emocional la ansiedad actúa como estímulo y motivador para buscar información; al disminuir la ansiedad se aumenta la autoestima y ello mejora la adherencia. En cuanto a las creencias la autora considera que los individuos controlados interna y externamente facilitan las intervenciones del personal de salud y esto contribuye también a aumentar la adherencia.

El locus de control interno y externo, la capacidad de hacer convenios entre paciente y proveedor, el establecimiento de metas realistas para el paciente, el permitir que el paciente controle su situación, reducir el régimen de tratamiento a formas más manejables, el proveedor que se ofrece como guía y apoyo para estrategias de afrontamiento efectivo y el participar activamente con el paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado aumentan en grado sumo la adherencia a los tratamientos.

Chyun⁸⁴ considera que la falta de conocimiento es una barrera para el control de la hipertensión arterial e hiperlipidemia y que las actitudes pueden influir en presencia de enfermedad cardiovascular. Las percepciones sobre el estado de salud y las influencias culturales como el estar orgullosos de su salud, tener buena visión y tener la percepción de privacidad afectan la adherencia favorablemente. Esta autora en cuanto a los aspectos emocionales tie-

⁸² SABATE, op. cit.

⁸³ KONTZ, op. cit.

⁸⁴ CHYUN, op. cit.

ne en cuenta la discriminación, las dificultades financieras y la falta de seguridad que contribuyen al estrés y a la depresión.

Las creencias se considera que influyen en la presencia de enfermedad cardiovascular y se asocian a regímenes dietéticos y la percepción del papel de la dieta en la salud se relaciona con el tamaño y talla óptima que repercute en la percepción sobre la imagen corporal que se constituye en factor importante en la aceptación o no de los tratamientos y por ende de la adherencia a los mismos.

Las barreras personales y sociales se relacionan con la cultura y afectan la capacidad para buscar apoyo profesional y las influencias personales y de la familia afectan el aspecto psicológico, si se tiene en cuenta el rol de multicuidador. Por último podemos anotar que cierto tipo de comportamientos, incluyendo los roles que se asocian al género, la responsabilidad de los familiares, las metas y prioridades que enfatiza la cultura y la alta prevalencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular afectan la adherencia a los tratamientos, especialmente a las mujeres.

En el artículo de The Blue Cross⁸⁵ se retoma el hecho de que la falta de conocimientos y los factores relacionados con el afecto y el carácter; además de las creencias familiares, culturales y religiosas, afectan la toma de los medicamentos y la adherencia al tratamiento.

Vlasnik⁸⁶ indica que se puede presentar confusión de instrucciones sobre la prescripción y educación limitada acerca de la enfermedad y de la necesidad del medicamento. Puede así mismo presentarse apatía y en cuanto a las expectativas hay preocupación por tomar drogas o temor a la adicción. Emocionalmente el

estrés puede aparecer y tanto éste como la fe limitada en el proveedor o en la medicación se constituyen en factores que afectan la adherencia negativamente.

En un estudio hecho por Peyrot y asociados⁸⁷, citados por Rubin, los investigadores encontraron que casi el 70% de los médicos que respondieron a una encuesta de actitudes, deseos y necesidades de los diabéticos indicaron que los problemas psicológicos, incluyendo el estrés y la depresión, afectaban la adherencia a los tratamientos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Los médicos parecían reconocer que la depresión y las incomodidades, disturbios emocionales relacionados con la diabetes (frustración con respecto a los síntomas y manejo de la enfermedad), pueden disminuir la concentración, la energía, la autosuficiencia, la motivación y el autocuidado; en tanto que aumentan los niveles de glucosa, los costos del cuidado de salud y los riesgos de complicación por diabetes, lo cual baja la adherencia.

Aun cuando los médicos reconocen el impacto de problemas psicológicos en resultados médicos, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 rara vez reciben tratamiento para este tipo de problemas.

El 50% de los pacientes del estudio reportaron problemas psicológicos específicos y bienestar psicológico deficiente, pero sólo el 10% indicó haber recibido tratamiento para estos problemas.

Otro informe señalado por Rubin estimó que solamente el 25% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que experimentaron depresión recibieron tratamiento adecuado para esto.

⁸⁵ BLUE CROSS, op. cit.

⁸⁶ VLASNIK, op. cit.

⁸⁷ RUBIN, op. cit.

La identificación y el tratamiento de la depresión y del disconfort relacionados con la diabetes pueden contribuir a mejorar la adherencia a los tratamientos y a otros resultados positivos. Los médicos pueden identificar los pacientes que están en riesgo ya que se disminuye la incomodidad o la depresión discutiendo regularmente los síntomas con los pacientes o utilizando un cuestionario de cribaje validado como cuestionario de salud del paciente.

El inventario de depresión de Beck o la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos, además del tratamiento efectivo de la incomodidad o la depresión, ha asociado éstos con un mejor resultado y por lo tanto con mayor adherencia. Algunos estudios pequeños de seguimiento a corto plazo (ocho a diez semanas) y estudios con muestras al azar han demostrado que el tratamiento para la depresión es efectivo en la población en general y así mismo era efectivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La falta de adherencia no se asoció a la resistencia a los antihipertensivos y sugieren que otros factores independientes de la voluntad del paciente a adherirse a un régimen de tratamiento son más relevantes para explicar la resistencia a los tratamientos en la mayoría de los pacientes.

Cáceres⁸⁸ señala que en un estudio se encontró que los pacientes después de la hospitalización por TBC eran rechazados por su familia y, por lo tanto, abandonaban el tratamiento. Algunos autores hablan del rechazo de los amigos y la estigmatización como factores de riesgo para abandono.

Las fallas en el tratamiento previo hacen que las personas abandonen una vez más este o cualquier otro tratamiento y aquellas que

tienen dificultades para asumir conductas de autocuidado son consideradas de alto riesgo para abandono. El estudio realizado en Cali referenciado anteriormente por Cáceres sobre el abandono de los tratamientos en pacientes con TBC encontró que tener más de diez fallas al tratamiento aumentaba el riesgo de abandono.

Las variables del paciente son las que menor valor han demostrado como predictores asociados a la adhesión.

Fernández⁸⁹ reconoce además que aunque las expectativas del paciente son importantes, no son suficientes para predecir la adhesión en todos los casos. Se han relacionado las expectativas del paciente con los beneficios terapéuticos, antes que con la adhesión. Comúnmente, las expectativas se han puesto en relación con el concepto de efecto placebo. Esta suerte de "disponibilidad" del paciente en relación con el valor del tratamiento afecta tanto a prácticas sanitarias reconocidas (medicina, psicología, etc.) como a prácticas mágicas (curanderos, videntes, etc.) o religiosas. Sin embargo, lejos de ser un efecto esotérico puede describirse en términos conductuales. Se entendería que una vez que el sujeto ha iniciado un proceso terapéutico (ir al médico, seguir un programa de tratamiento), potencialmente eficaz (el más eficaz), la atención que inicialmente dirigía al síntoma o a las posibles repercusiones de la enfermedad (que pueden constituir una fuente de estrés) podría tal vez "reorientarse" hacia sus rutinas cotidianas y/o hacia las instrucciones del clínico, reduciendo o eliminando así una condición estresante.

En estrecha relación con la noción de expectativa está el concepto de "autoeficacia" que se ha admitido como un parámetro seguro de adhesión terapéutica. Este concepto hace re-

⁸⁸ CÁCERES, op. cit.

⁸⁹ FERNÁNDEZ, op. cit.

ferencia a la convicción de la persona de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados. Las expectativas de eficacia se proponen como un determinante fundamental en la elección de actividades, en cuánto esfuerzo se empleará y cuánto tiempo se mantendrá al enfrentar situaciones que producen tensión.

Cuando la motivación es baja, es difícil llegar a tener confianza en el primer eslabón de la cadena; de ahí que encontrar soluciones en el médico, soporte social, familia, grupos de autoestima, aumenta la adherencia. También es útil nombrar las diferentes y posibles motivaciones⁹⁰.

Los aspectos relacionados con el paciente resaltan la importancia de la valoración en conjunto de todos los aspectos internos y externos de cada individuo y las relaciones que establece con su entorno. Por tanto es necesario integrar lo holístico del ser humano para dar primero una visión integral y luego manejar la enfermedad individualmente puesto que cada individuo es una persona con características individuales sin olvidar que los ejes centrales parten de las mismas bases para todos los individuos.

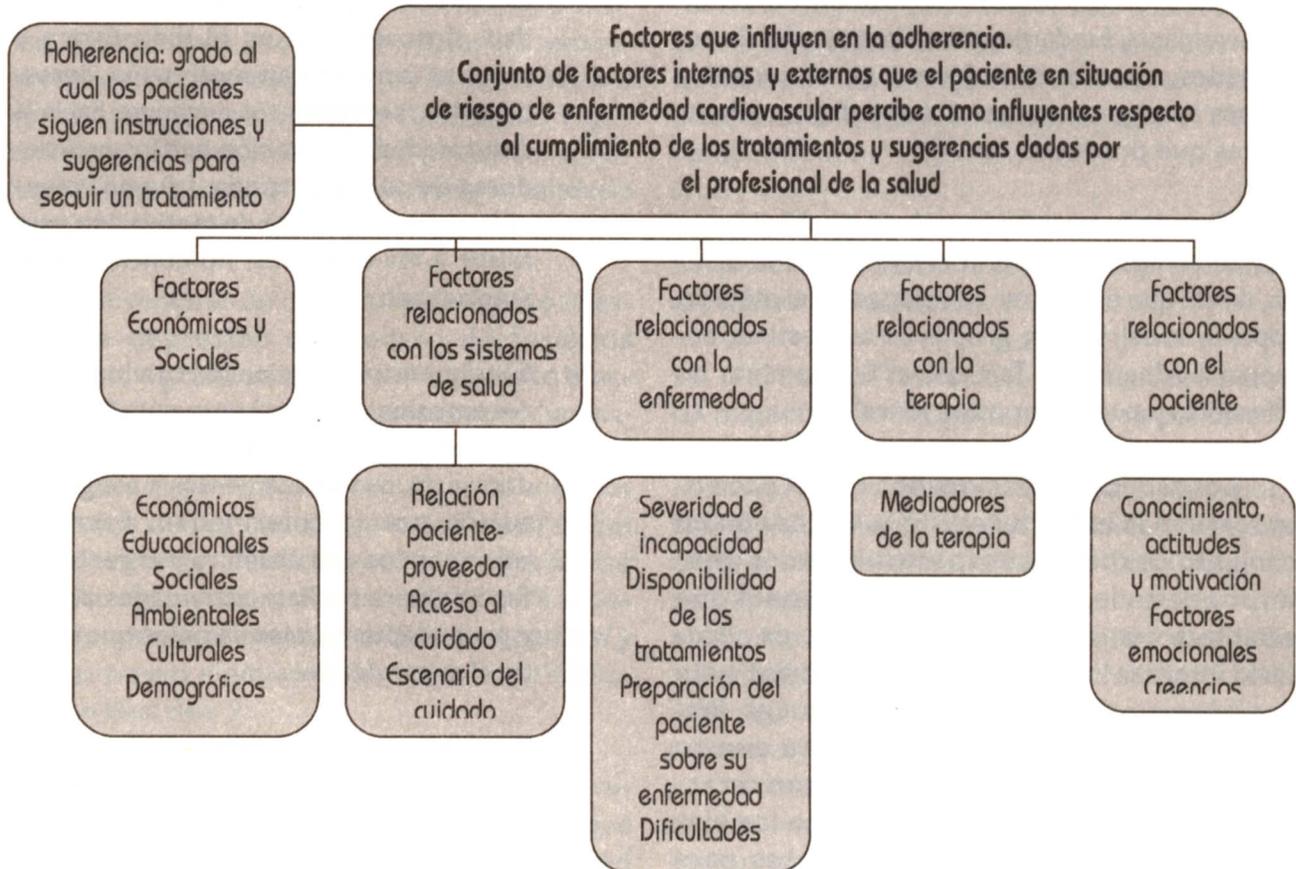
Esta dimensión, de acuerdo a la literatura revisada, se organizó en las siguientes subdimensiones que tienen agrupados asuntos o eventos que se interrelacionan entre sí:

- Subdimensión conocimiento: en esta tenemos en cuenta el conocimiento y habilidades inadecuados para manejar los síntomas y los tratamientos, el olvido y confusión sobre la prescripción, la influencia de la cultura y la educación limitada acerca de la enfermedad y de la necesidad del medicamento.
- Subdimensión actitudes y motivación: se refiere a la confianza en las habilidades del paciente para comprometerse, la falta de comprensión y el rechazo de la enfermedad, desconfianza en el diagnóstico y sedentarismo. La baja motivación, desesperación, sentimientos negativos hacia la enfermedad, frustración con los proveedores de cuidado, apatía, falta de voluntad y pereza por falta de motivación para asistir a los controles, no conciencia de autocuidado.
- Subdimensión relacionada con los factores emocionales: tiene en cuenta el estrés sicosocial, ansiedad, temor a la dependencia de los medicamentos o estigmatización por la enfermedad. Factores relacionados con el afecto y el genio, dificultad para realizar actividades diarias y para adaptarse a los cambios que impide el autocuidado.
- Subdimensión relacionada con las creencias, en la cual se consideró suspicacia sobre la ciencia de la medicina y la tecnología, creencia sobre alteraciones en el estilo de vida y efectos secundarios del tratamiento o sospecha de que el médico le formuló demasiadas drogas, creencias sobre el peso y talla ideal y sobre Dios y creencia de que su conducta no influye en su salud.
- Subdimensión capacidad de toma de decisiones: relacionó locus de control interno y externo, el cual determina la capacidad de hacer convenios entre paciente y proveedor, compromiso con las metas.

Representación del constructo del concepto.

⁹⁰ VELÁSQUEZ, *op. cit.*

Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos



Conceptos relacionados, dimensiones, subdimensiones resultantes de la revisión de literatura.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS, Dolores RN; VERNA, Florence RN. "Su seguridad es importante para nosotros. Educación al paciente". Jackson Health System. Enero 2004; www.um-jmh.org/body.cfm=?id=8676
- AGUIRRE ACEVEDO, Daniela; GÓMEZ, Rubén Darío; ARIAS, Samuel Andrés. "Evaluación de la Validez y Confiabilidad de Escalas en Salud". Universidad de Antioquia. Resumen. Artículo en preparación, material no publicado.
- ALM-ROIJER, Carin; STAGMO, Martin; UDEN, Giggi and ERHARD, Leif. Better Knowledge improves adherence to life style changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 3: 321-330.
- ÁLVAREZ MONTERO, et al. "Revisión de la práctica clínica". *Medifam* Madrid, ago-sept 2001; 11(8): 3.
- BASTIDAS, Clara. *Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad cardiovascular*. Tesis de grado Maestría Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2005.
- BASTERRA, G. M. "El cumplimiento terapéutico". *Pharm Care* 1990: 97-106.
- BLUE CROSS, Blue Shield Association, "Special Interventions to Improve Patient Adherence with Medication of Chronic Cardiovascular Disorders". *Assessment Program*. Noviembre 2003; 18(12).
- BRANNON, Linda, et al. *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo- Thomsom Learning 2002.
- CÁCERES MANRIQUE, Flor de María. "Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso". Revisión de tema. Tesis de Grado. *Med UNAB* 2004; 7: 172-180.
- CAMPBELL, Mari Kramish; DE VELLIS, Brenda M., et al. "Mejoramiento del comportamiento dietético: La Efectividad de Mensajes Preparados en Escenarios de Cuidado Primario". *American Journal of Public Health* May 1994; 84(5): 783-787.
- CHESNEY, Margaret A. "Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy". *CID* 2000; 30(Suppl 2): s171-s176.
- CHYUN, Deborah; AMEND, Allison. "Prevención de las Enfermedades Coronarias e intervenciones en el estilo de vida: influencias culturales". *The Journal of Cardiovascular Nursing* sep/oct 2003; 18 (4): 302-318.
- COLOMBIA, Ministerio de Protección Social. *Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos*. 2004.
- CUERVO, Luz Dary y GARZÓN, Magda. "Cambios en el estilo de vida adoptado por las personas que asisten a los Programas de Riesgo Cardiovascular". 2001. En www.encolombia.com/enfermeria/enfermeria6405cambioestilo.htm
- DALY, John, et al. *Barreras para la participación en programas de adherencia para la rehabi-*

- litación cardiaca: una crítica revisión teórica*. Copyright Le Jacq Comunicaciones, Inc. Invierno de 2002. Vol. 17, edición 1, p. 8.
- FEEHRING, Richard. "Validating diagnostic labels, standardized methodology". En: HURLEY, Mary E. Editor. *Classification of Nursing Diagnoses Proceedings of the Sixth Conference*. The C.V. Mosby St Louis 1986, pp. 183-190.
- FERNÁNDEZ, Concepción. "La adhesión a los tratamientos terapéuticos". *Ibber Psicología* Junio 1996; 1: 1. 3.
- FERNÁNDEZ I. "Construcción de una escala de actitudes tipo Lickert". www.revista/encable.htm
- FLEURY, Julie. "La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular". *Image* Fall 1992; 24(3): 229-239.
- GARAY SEVILLA, María Eugenia; NAVA, Laura; MALACARA, Juan, et al. "Adherence to Treatment and Social Support in Patients with Non-Insuline Dependent Diabetes Mellitus". *Journal of Diabetes and its Complications*. April-June 1995; (9), ISS 2: 81-86.
- GORDON, M., and SWEENEY, M. A. "Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses". *Adv. Nurs Sci* 1979; 2(1): 1-15.
- GORDON, Marjori. *Nursing diagnosis. Process and applications*. Mc Graw Hill. Bogotá: 1982, pp. 83-84.
- HAYNES, R. B. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Compliance in health Care*. Baltimore. MD, Johns Hopkins. University Press. 1979.
- HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos; BAPTISTA, Pilar. *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. Segunda edición, México, 1998, p. 243-244.
- ISEMBERG, Marjorie. Teoría de Enfermería del déficit del Autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la Ciencia de Enfermería y la Práctica Profesional. En: *Nursing Theories and Nursing Practice*: Philadelphia: F.A. Davis Co. 2001. Capítulo 13. p. 185.
- JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Iowa Outcomes Project*. Editorial Mosby, San Luis 1979, pp. 37-38.
- JOHNSON, Mary Jane; WILLIAMS, Mary; MARSHALL, Elaine S. "Adherent and Non adherent medication-Taking in elderly Hypertensive Patients". *Clinical Nursing Research*. November 1999; 8(4): 318-335.
- KEATON, Kristy; PIERCE, Linda. "Adherence to Cardiac Therapy for men with Coronary Artery Disease". *Rehabilitation Nursing*. Nov-Dic 2001; 26(6): 233-237. Proquest Medical Library.
- KHALIL, Salim A. and ELZUBIER, Ahmed G. "Drug compliance among hypertensive patients in Tabuk, Saudi Arabia". *Journal of hypertension* 1997; 15: 561-565.
- KONTZ, Mary. "A proposed model for Assessing Compliance within the Unitary Man/Human Framework Based on an Analysis of the Concept of Compliance". En: Carroll-Johnson Rose editor: NANDA. *Classification of Nursing Diagnoses Proceedings of the Ninth Conference*. JB Lippincott Philadelphia: 1991; pp. 161-171.
- KYNGAS, Helvi. "Predictors of good compliance in adolescent with epilepsy". *Seizure* 2001; 10: 549-553.
- LYNN, M. R. "The Determination and Quantification of content validity". *Nursing, Research* 1986; 35: 382-385.

- MC. INNES, Gordon T. *Integrated approach to management of hypertension: Promoting Treatment acceptance*. Department of medicine and Therapeutics. Gardiner Institute. Glassgow, Scotland. UK. Publicado por American Health Journal sep. 1999.
- MÁRQUEZ CONTRERAS, E.; CASADO MARTÍNEZ, J. J., et al. *El Cumplimiento Terapéutico en la Hipertensión Arterial*. Ensayo sobre Intervenciones durante 2 años. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de la Familia y Comunitaria. Junio 2000; (26)1: 5-12.
- MARTÍN ALFONSO, Libertad; AGRAMONTE, Magali; BAYARRE VEA, Héctor. "Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos". *Revista cubana Med Gen Integr* 2003; 19 (2).
- _____ "Acerca del concepto de adherencia terapéutica cubana de salud pública". 2004; 30(4).
- MISHEL, Merle H. "Methodological Studies: Instrument Development". En BRINK. Pamela J.; WOOD, Marilyn. *J Advanced Dessing in Nursing Research*, Sage Publications. London: 1989, pp. 238-284.
- NELSON, Martha. "Empobrecimiento económico como un riesgo para la salud: aspectos metodológicos y conceptuales". *Advances in nursing science* 1994; 16(3): 1-12.
- NUNALLY J. C. *Psicomtria theory*. New York. Mc Graw Hill. 1978.
- OMS. *Adherence to long-term therapies*. World Health Organization 2003.
- OMS PROJECT INFORM: En español. "Adherencia: cómo mantenerse al día con sus medicamentos". Enero 2005. pp. 1-9.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "En Latinoamérica y el Caribe más de la mitad de la población es sedentaria". En <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps031209.htm>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Adherencia Terapéutica". En http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia_largo_plazo.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Adherence to Long-Term Therapies: Policy for Action". *Meeting Report*. June 4-5. 2002.
- PALANK L., Christine. "Determinantes de la conducta promotora de salud. Una revisión de la investigación actual". *Nursing clinics of North America*. December 1991; 26(4): 815-833.
- PEARSON, T. A.; McBRIDE, P. E. "Organización de Servicios Preventivos de cardiología. Sociedad y Comunidad: falta de políticas y estándares, falta de reembolso". *JACC* 1966; 27: 1039-1047.
- POLIT, Dense; HUNGLER, Bernardette. *Investigación científica en ciencias de la salud*. México 2000: McGraw Hill, Interamericana editores. Cap. 9.
- RETO, Nuesch; KERSTIN, Schroeder; DIETENTE, Thomas; BENEDICT, Martinaan Edouard Battegay. "Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study". *BMJ* 2001; 323: 142-146 doi:10.1136/bmj.323.7305.142
- ROSE, Linda; KING, Miyong, et al. "The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure". *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32 (3): 587-594.

- RUBIN, Richard R. Adherence to Pharmacologic Therapy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *The American Journal of Medicine* 2005; 118 (5a): 275-345.
- RUDD, Peter. "Compliance with Antihypertensive Therapy: Raising The Bar of Expectations". *The American Journal of Manager Care* 4(7): 957-966.
- SABATE, Eduardo. "World Health Organization Adherent Project: Informe de la reunión 4-5 de junio de 2001". Director proyecto de adherencia de la OMS.
- SANTANA GÓMEZ, Andrea, et al. "Descontrol del paciente hipertenso e incumplimiento farmacológico". En *Revista Médica IMSS*, 2001; 39(6): 523-529.
- SAOUNATSOU María, PATSI OURANIA, et al. "La influencia de la educación de pacientes hipertensos en la adherencia a sus medicamentos". *Public Health Nursing*. 2001; 18(6): 436-442.
- TAYLOR, Susan. "Teoría del déficit de autocuidado". En *Ann Mariner. Modelos y teorías de enfermería*, Hartcourt, Madrid 1997, pp. 175-186.
- VLASNIK, Jon; ALIOTTA Sherrill. "Medication Adherent: Factors Influencing Compliance with Prescribed Medication Plans". *TMC*. March/April 2005; 47- 51.
- _____. "Evidence-Based Assessment and Intervention Strategies to Increase Adherence to Prescribed Medical Plans". *TMC*. March/April 2005; 55-59.
- VELÁZQUEZ, Alberto. "Acatamiento o Adherencia conductas relacionadas con la salud". www.foroaps.org/pregrado/adherencia.pdf.
- WALKER L. y AVANT. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 2a. ed. Norwalk Appleton and Lange 1988, cap. 3.
- WALTZ, C. F.; STRICKLAND, Lenz. *Measurement in Nursing Research*. Philadelphia. 1984.
- WHESSTONE, William; REID, Jhon. "Promoción de la salud en adultos mayores: Barreras Percibidas". En: *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16: 1345.
- WOOD, Geri LoBiondo; HABER, Judith. *Nursing Research Methods, critical, appraisal, and utilization*. 4th ed, 1997, Mosby 1998, pp. 206-207.
- ZELLER, R. A.; E. CARMINES. E. *Measurement in the social sciences*. London: Cambridge University Press. 1980.

ISBN 978-958-701-788-5



9 789587 017885