

Intervención para la adhesión a los nuevos tratamientos.

Matilde Melgarejo Ochoa

Psicóloga. Presidenta de la Asociación Sida Contigo.

Directora de la Escuela de Sida, Salud y Convivencia de Sevilla.

RESUMEN

Las cifras de incumplimiento terapéutico con respecto a cualquier enfermedad son preocupantes. Alrededor de un tercio de pacientes cumplen totalmente los tratamientos; otro tercio los cumplen sólo parcialmente, reduciendo la dosis o dejando de tomarlas de vez en cuando y el resto de los pacientes no siguen las instrucciones en absoluto.

Con respecto a la infección por VIH, aunque aún no se han hecho este tipo de estudios, los especialistas en VIH refieren frecuentemente la falta de cumplimiento, y las "vacaciones" que algunos pacientes se toman con la medicación, manejándose cifras de abandono de un 25% de los casos, lo que hace que los médicos no prescriban inhibidores de la proteasa, a pacientes con un mal cumplimiento prolongado de los inhibidores de la transcriptasa; que aumenten alarmantemente las cepas virales resistentes, haciendo inefectivos los tratamientos y reduciendo considerablemente las posibilidades terapéuticas; que se enmascaren los resultados de los ensayos clínicos y que las nuevas infecciones se produzcan con virus resistentes a determinados fármacos.

Presentamos un análisis de los factores de riesgo en la relación paciente-tratamiento-equipo sanitario que fomentan el incumplimiento terapéutico, incidiendo en la importancia de la relación médico-paciente y algunas estrategias para prevenir la falta de adhesión.

PALABRAS CLAVE

Cumplimiento terapéutico, relación médico-paciente, tratamiento antiviral del VIH, factores de riesgo, estrategias de prevención.

INTRODUCCIÓN

Podemos definir el cumplimiento de las prescripciones como *una serie de acciones consistentes en realizar algo asignado del modo descrito por el que lo asigna (tiempo, lugar, forma) y realizarlo con latencia, no estando presente quien hizo la prescripción (8).*

Es más fácil prevenir la falta de cumplimiento que abordar sus consecuencias, por lo que deben identificarse tempranamente las fuentes potenciales de falta de adhesión terapéutica.

I. MODALIDADES DE INCUMPLIMIENTO

1. **Regularidad:** Omisión intermitente, cumplimiento errático: 3 cápsulas a la vez, en lugar de espaciarlas a lo largo del día; fraccionar dosis que deberían haberse tomado en una sola toma.

2. **Duración:** Prolongar un tratamiento más allá de lo prescrito o abandonarlo prematuramente cuando desaparecen los síntomas: antibióticos.

3. **Magnitud:** Errores de dosificación: Comprensión (una cucharada); interacción con otros fármacos.

4. **Momento:** incorrecta relación temporal con las comidas; períodos del año indicados: vacunas.

5. **Indicaciones:** consumir fármacos por indicaciones diferentes a las que se recetó: Automedicación abusiva (sustancias adictivas).

2. INDICADORES

Ninguna variable demográfica ni individual, excepto la edad (mayor riesgo en las edades extremas de la vida) ha resultado predictiva o asociada con el incumplimiento. Y sin embargo la práctica nos muestra que algunos pacientes y algunos médicos con perfiles de «alto riesgo» de incumplimiento.

Una serie de factores intervienen en la conducta de cumplimiento:

3. FACTORES GENERALES

- Características del paciente (edad, nivel socioeconómico, de educación, estadio de la infección).
- Características del médico (información, interacción).
- Referentes al tratamiento (información, satisfacción, efectos secundarios, complejidad, supervisión, duración).
- Características del entorno psicosocial del paciente (personalidad, psicopatológicas, características familiares).

4. FACTORES DE RIESGO

El cumplimiento está significativamente relacionado con una actitud positiva de los pacientes hacia la medicación, una duración no muy larga del tratamiento, una frecuencia de tomas de una o dos veces al día, fallando a medida que los tratamientos se hacen más complejos y frecuentes.

- Tratamientos complicados (varias drogas, múltiples tomas, dificultad para seguir vida social habitual)
- Efectos secundarios (de pronta aparición, persistentes)
- Tardanza en sentir mejoría
- Las consecuencias de interrumpir la medicación no son inmediatas
- Falta de información adecuada relevante para los pacientes y allegados sobre su enfermedad y la medicación.
- Mala coordinación o nula entre distintos médicos que lo tratan (primarial especializada).
- Falta de continuidad en la relación médico-paciente. Médicos diferentes ven al paciente en cada consulta.
- Médicos autoritarios y rígidos que siguen una línea de tratamiento sin contemplar las preocupaciones o dificultades del paciente.
- Relación del paciente con otros pacientes que no sigan el tratamiento.
- Carencia del suficiente apoyo y motivación para el seguimiento de un tratamiento.

Las características del tratamiento antiVIH son complicadas y reúnen las condiciones para considerarlo un tratamiento de riesgo para la falta de cumplimiento; sin embargo todos los autores consultados y nuestra experiencia ponen de manifiesto que el elemento vital es la calidad de la relación médico-paciente.

5. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

A la hora de elegir un tratamiento y planificar las estrategias para su cumplimiento hay una información necesaria que debemos recabar: Generalmente se pide información sobre los aspectos negativos que produce la enfermedad y de las interferencias en la vida

diaria del paciente.

Se tiende a dejar de lado, sin embargo algo muy importante: Los recursos adaptativos del paciente y aspectos de su funcionamiento a los que no ha afectado la enfermedad. La información que nos interesa recabar incluye:

- Horarios y regularidad de los hábitos del paciente.
- Posibilidad de contar con ayudas en su entorno social para mantener el tratamiento.
- Las mejores formas para vincular las exigencias del tratamiento a las rutinas y costumbres de la vida diaria.
- Las actividades del paciente y su nivel de funcionamiento general.
- Interferencias en los hábitos (comida y sueño) y las actividades diarias por problemas como el cansancio, el dolor, la somnolencia.
- Las actitudes del paciente hacia los fármacos que pueden ser formadas por la familia, experiencias anteriores, creencias religiosas, los medios de comunicación y otros.

Esta información es vital para hacer el planning de las tomas, e incluso elegir un tratamiento, que interfiera lo menos posible con los hábitos y capacidad del paciente. Todo cambio en las rutinas diarias, sobre todo los más radicales supone un problema. Lo que antes se hacía de forma automática se convierte en materia continua de decisiones.

Podemos hacer que alguien empiece un tratamiento porque comprenda la necesidad de ello y haga los cambios necesarios en su vida para seguir ese tratamiento pero sin garantías de que lo vaya a mantener. Si no intervienen otros factores, como ventajas en términos de obtención de resultados positivos, será difícil mantener esos cambios y que se dé el cumplimiento.

6. DETECCION DEL CUMPLIMIENTO

Hay bastante unanimidad sobre la poca fiabilidad del «ojo clínico» u «olfato» profesional de los médicos a la hora de detectar el nivel de cumplimiento, considerado por W. Penzo (8), en referencia al estudio de Roth y Caron, no superior al azar.

Podemos considerar el cumplimiento como un **proceso** constituido por tres componentes relacionados a las prescripciones:

1. Comprensión
2. Memorización
3. Ejecución

El incumplimiento puede derivar del fallo de cualquiera de ellos.

Un paciente puede no cumplir porque:

1. No ha entendido qué tiene que hacer, cómo tiene que hacerlo o cuándo.
2. Lo ha entendido, pero no lo recuerda en el momento o en el lugar preciso.
3. Lo ha entendido y se acuerda de ello en el momento apropiado, pero no lo hace.

La forma de diseñar el tipo de intervención es evaluar el número y tipo de recursos personales con los que cuenta la persona para poder incidir en los que le faltan, pudiendo así identificar el tipo de apoyo del que carecen. Para ello encontramos útil dividir a los usuarios en tres grupos (4):

- 1) Usuarios en los que no existe motivación personal.
- 2) Aquellos en los que hay motivación pero faltan habilidades de auto-cuidado.
- 3) Personas con motivación personal y habilidades pero poco apoyo o ninguno en la casa, grupo de iguales o trabajo.

7. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO

Un vez detectadas las áreas más problemáticas para cada uno de ellos se trabajaría sobre ellas utilizando las estrategias más adecuadas:

- Estrategias orientadas a incidir en la comprensión de las prescripciones.
- Estrategias para mejorar la memoria. Instrucciones por escrito
- Estrategias para mejorar la ejecución

7.1 . ESTRATEGIAS ORIENTADAS A INCIDIR EN LA COMPRESION DE LAS PRESCRIPCIONES

El cumplimiento no es algo que el paciente haga o deje de hacer en soledad, sino un proceso iniciado y determinado por el contacto con el profesional de la salud. Entramos aquí en el terreno de la Educación Sanitaria y lo que se pretende es que el paciente entienda:

1. La naturaleza y el pronóstico de su enfermedad, con independencia de cómo se encuentre.
2. Cuáles son los efectos positivos y las reacciones adversas que puede esperar del tratamiento, así como los posibles peligros de su interrupción brusca o de otras formas de incumplimiento.
3. La naturaleza del tratamiento y sus elementos esenciales.

La comprensión y previsión sistemáticas de las dificultades que un paciente puede encontrar para entender lo que se espera de él/ella, y seguir adecuadamente un tratamiento pueden tener consecuencias importantes y de largo alcance. Una de ellas es la evitación del «efecto bola de nieve» por el que el paciente que ha dejado de cumplir el tratamiento considera que ya no vale la pena seguir intentándolo, se desani-

ma y lo deja definitivamente o que el paciente temeroso de ser reñido deje de acudir a consulta y de recibir ayuda.

Referente a las instrucciones los requerimientos para asegurar o potenciar su comprensión son:

1. Que las instrucciones especifiquen al máximo lo que el paciente ha de hacer y lo formulen en términos de comportamientos concretos, no sólo de resultados.
2. Dar las instrucciones de una forma clara y sistematizada, anunciando previamente los puntos que se van a tratar (categorización explícita).
3. Dentro de todo lo que el médico ha de decir al paciente, poner un énfasis especial en las prescripciones.

Muchas de estas condiciones se pueden cumplir recurriendo a unas indicaciones escritas, ya que cuanto más inespecíficas sean las instrucciones, cuántas más decisiones y más complejas deba tomar el paciente más posibilidades hay de confusión, errores y desánimo.

Dedicar tiempo a hacer el **planning** de tomas con el paciente, una vez se tiene la información sobre sus horarios y hábitos, es lo más recomendable en muchos casos y hacer que el paciente verbalice las instrucciones tal como las ha entendido evita bastante que se vaya con dudas. Instrucciones aparentemente tan claras como «tome una cucharada 4 veces al día» plantean una cantidad de variables estremecedora.

El equipo sanitario no puede confiar en que «si el paciente no entiende ya preguntará» ya que cuanto menor es la comprensión, menores también son las probabilidades de que el que escucha se dé cuenta de ello o pida aclaraciones.

7.2. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR MEMORIA

Los tipos de memoria implicados en el cumplimiento son del tipo denominado «memoria de acciones», muy dis-

7.3. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA EJECUCION

Una táctica comúnmente usada es el recurso a procedimientos atemorizadores. Es asombroso que un método de tan cuestionada eficacia se use tanto. Su relativa validez a muy corto plazo es ficticia ya que, a largo plazo es prácticamente nula, y suelen darse efectos contraproducentes. Si el paciente ignora los mensajes alarmistas y percibe que los efectos inmediatos no son los que se le habían anunciado, el riesgo de incumplimiento es altísimo.

Las estrategias que tenemos que utilizar aquí tienen que ver con la relación coste/beneficios del tratamiento en su conjunto, siendo el objetivo de cualquier intervención reducir el coste y aumentar los beneficios o resultados positivos para lo que habría que:

1. Hacer más fácil la ejecución de la respuesta que constituye el tratamiento.
2. Aumentar las posibles ganancias o beneficios de esa respuesta, o disminuir los de respuestas alternativas.

7.3.1. Incidencia en los costes del tratamiento

El coste de respuesta o del tratamiento está influido por muchos factores. Además del económico están el tiempo dedicado a transportes o esperas, la necesidad de buscar a alguien que cuide de los niños, las repercusiones en el empleo, los cambios en el estilo de vida, su disrupción e interferencia e incluso la posible estigmatización social de un tratamiento determinado.

Entre los factores de coste las características del tratamiento ocupan un lugar importante: duración, complejidad, número, semejanza entre los diversos tratamientos y dificultad de manipulación o conservación (envases de seguridad, condiciones de mantenimiento),

tintos de la «memoria de información.»

Los procesos de memorización implicados en el cumplimiento presentan las siguientes características:

1. El material que hay que evocar son acciones.
2. Esas acciones se tienen que realizar repetida y regularmente, y siempre tiempo después de haber recibido las instrucciones.
3. Lo crítico y la fuente de dificultad no es qué recordar, sino **cuándo** recordarlo.
4. La persona que ha prescrito qué y cuando recordar no está presente en el momento en que esto se tiene que hacer.
5. El contexto de la asignación y el de la ejecución son distintos: aquél es el clínico y éste es el ambiente natural.

Dentro de las subclasificaciones de estos procesos de memorización, dos son especialmente relevantes por implicar distintas estrategias de evocación:

1. Que se trate de algo que hay que hacer a una determinada hora (p. ej., cada 8 horas, cada día las 11) o de algo que hay que hacer antes o después de otra cosa (las comidas).
2. Que se trate de algo regular (todas las mañanas al levantarse) o de algo episódico (siempre que la glucosuria revele determinados valores).

Esto implica diferentes niveles de dificultad. Es más fácil recordar hacer una cosa antes o después de otra, al existir un punto de referencia, capaz de convertirse en recordatorio o factor de evocación. Y es más simple recordar lo regular que lo episódico que requiere de ayudas como una lista que hay que recordar consultarla.

El tratamiento de los problemas de cumplimiento vinculados a factores de memoria tiene dos componentes fundamentales:

1. Introducir estrategias de recuerdo externas y enseñar a utilizarlas.

2. Hacer que el cumplimiento de lo prescrito coincida con las actividades correspondientes a los hábitos y las rutinas diarias.

Las estrategias de recuerdo **externas** son distintas de las internas, como las memotecnias o la organización del material, para recordar el contenido de textos o información. El ejemplo más importante son los **recordatorios**: recordar al paciente por teléfono o carta las visitas o suministrarle el dibujo de un reloj con indicación de las horas en que tienen que tomar la medicación, y situarlo en un lugar visible de la casa, como la puerta de la nevera.

Estos procedimientos incluyen requerir la colaboración de los familiares y grupos de autoayuda así como los autorregistros, que además de incrementar el cumplimiento, proporcionan información sobre los problemas que puedan plantearse.

En cuanto al segundo tipo de procedimientos se trata de anclar la ejecución de la prescripción a los momentos significativos del día, ej. comidas; poner la medicación donde se guardan las servilletas o el prospecto adherido a la puerta de la nevera, establecer una hora concreta para realizar las actividades prescritas, todas ellas dirigidas a que sean los propios hábitos del paciente los que faciliten el recuerdo de la prescripción.

En los tratamientos prolongados, el objetivo es que el uso de recordatorios esté estrictamente limitado en el tiempo y se pase a que el cumplimiento se convierta en una rutina más dentro de las actividades de la vida diaria. Este procedimiento será tanto más eficaz cuánto más capaz haya sido el equipo sanitario de recoger una adecuada información sobre las costumbres y rutinas del paciente y las peculiaridades de su estilo de vida. Hay que plantearse distintas estrategias en función del **estilo de vida** de cada persona.

los mismos factores que anteriormente habíamos presentado como factores de riesgo.

Para reducir estos costes se pueden utilizar distintos procedimientos:

1. Modificar el tratamiento, hacerlo más simple y racional, introducirlo progresivamente y elaborarlo de forma individualizada para reducir las interferencias en la vida del paciente y el número de cosas que tienen que hacer.

2. Considerar el entorno social del paciente y reducir las interferencias, las incomodidades o el malestar que pueda ocasionar el tratamiento en la madre, el cónyuge, en los que rodean o cuidan al enfermo. Hay que prestar especial atención al elemento de diferenciación, incluso de marginación que puede representar el tener que tomar una medicación. A veces puede plantearse prescribir un tratamiento no tan perfecto, pero a la larga más eficaz por ser mayores las posibilidades de cumplimiento.

3. Utilizar un proceso de educación del paciente. En los casos más complicados, aquellos en que el tratamiento indicado implica un cambio muy importante en el estilo de vida y costumbres del paciente puede plantearse una estrategia de aproximaciones sucesivas o moldeamiento. El tratamiento se va implantando en etapas y en sucesivas revisiones se comprueba el cumplimiento, se le informa de los resultados, reforzando al paciente y se van introduciendo nuevas exigencias o metas, hasta alcanzar la formulación definitiva.

4. Para aumentar las habilidades del paciente uno de los recursos disponibles y más efectivo son los grupos de auto-ayuda, cada vez más extendidos y creados para más enfermedades. Cuando los profesionales sanitarios valoran este recurso y colaboran con ellos, el paciente no solo recibe la ayuda más

eficaz, sino que se beneficia de todo lo que implica el apoyo social, de la exposición a modelos útiles y de los recursos generados por personas con una análoga problemática.

7.3.2. Incidencia en los beneficios o consecuencias

El aumento de los beneficios derivados del cumplimiento implica hacer que los efectos positivos del tratamiento sean mayores, más inmediatos y más perceptibles. A veces en los cuadros crónicos esto no es posible porque los efectos aparecen de forma demorada y muy gradual.

En este caso el objetivo es mejorar la percepción del paciente para apreciar la importancia y el significado de pequeños cambios que siendo lo único que se puede esperar, constituyen el primer paso en un proceso lento pero positivo. A veces se trata también de desmontar falsas creencias y fomentar expectativas realistas

Si se une a un buen apoyo social una adecuada información al paciente de su estado y progreso, asociando la mejora a su capacidad de cumplimiento, las probabilidades de adhesión aumentan considerablemente ya que el paciente adquiere la sensación de poder controlar la situación y de eficacia personal, tanto percibida como socialmente reconocida

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Blackwell, B. Treatment adherence. Br J Psychiatry 1976; 129: 513-531.

2. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment influence

of side effects. Acta Psychiatr Stand 1994;89 (suppl.382): 11 -1 5.

3. Goldstein M.J. (1994) Psychoeducational and family therapy in relapsa prevention. Acta Psychiatr Stand 1994;89 (suppl 382): 54-57.

4. Green, L.W. Prevention and Health Education. En Maxcy-Rosenau-Last. Public Health & Preventive Medicine. Ed. Appleton & Lange. 13th ed., 1992.

5. Hummer, M. and Fleischhacker, W. Compliance and Outcome in Patients tratad with Antipsychotics. The impact of Extrapyramidal Syndromes. CNS Drugs, 1996; 5 (suppl.1) :13-20.

6. Lima J, Nazarian L, Charney E, Lahti C. Compliance with short term antimicrobial therapy. Some techniques that help. Pediatrics 1976; 57: 383-386.

7. Lucena, M. I.: Cumplimiento de la prescripción como elemento de respuesta terapéutica. Medicine, 58, 1983

8. Penzo W. Licenciatura. Psicología Médica. Serie Manuales Básicos. Salvat. Barcelona 1990.

9. Smith, J. y Bierchwood, M. (1990). Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia. The development of a service modal. Br J Psychiatry 1 56: 654- 660.

10. Werner Kissling. Directrices para la prevención de recidivas de la esquizofrenia con neurolépticos. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1994.

11. Wright EC. Non-compliance - or how many aunts has Matilda? Lancet 1993; 342: 909-91 3.