

Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas

Conceptual framework for evaluating and improving adherence to medical treatment in chronic diseases

Dr. C. Libertad de los Ángeles Martín Alfonso,^I Dr. C. Jorge Amado Grau Ábalo,^{II} Dr. C. Alfredo Darío Espinosa Brito^{III}

^I Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II} Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

^{III} Hospital "Gustavo Aldereguía Lima". UCMC. Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Las dificultades existentes en el seguimiento de las indicaciones médicas por los enfermos crónicos hacen del estudio de la adherencia a los tratamientos una línea de investigación importante y presente. El presente trabajo tiene como objetivo presentar un marco conceptual que fundamenta desde el punto de vista teórico la comprensión del concepto de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en contraposición al uso de otros términos utilizados en la investigación y la práctica médica. Para conocer el estado actual de las investigaciones sobre el tema, se revisaron las bases de datos disponibles en la Red telemática de Salud de Cuba en el periodo de 2003 al 2007. Se expone una propuesta que permite enriquecer las acciones encaminadas al logro de la adherencia, vinculada al sistema de atención integral al enfermo crónico. El marco conceptual presentado puede constituir un referente para el estudio, evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en estos enfermos.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, factores influyentes, mejora de la adherencia.

ABSTRACT

Difficulties in monitoring the medical indications for chronically-ill patients, make the study of adherence to treatment an important and update research line. This paper was aimed at presenting a conceptual framework to substantiate from the theoretical point of view, the understanding of the concept of adherence to treatment of chronic diseases as opposed to the use of other terms in research and medical practice. For the current state of research on the subject, the available databases on telematics Health Network in Cuba, from 2003 to 2007 were reviewed. A proposal was submitted which allows enriching the actions to encourage adherence related to a comprehensive care system of chronically-ill patients. The conceptual framework may represent a referent for the study, evaluation and improvement of adherence to medical treatment in those patients.

Keywords: adherence to treatment, influential factors, adherence improvement.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas se han convertido en un problema alarmante para la humanidad por la alta morbilidad que presentan y por sus consecuencias sobre el individuo, la familia y la sociedad. En Cuba, el cuadro de mortalidad contempla desde los años 70 a las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares entre sus principales causas.¹

Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control. Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia.

El cumplimiento de las prescripciones médicas, en tanto comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad, ha sido objeto de constante atención en la psicología de la salud; se considera una de sus principales líneas de investigación por ser un problema importante y no estar aun totalmente resueltos su definición e incidencia, los factores que la afectan, los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención.^{2,3}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud.⁴

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el

riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento. Desde el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente.⁵⁻⁷

Por otra parte, puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida.⁸ En la esfera laboral puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan la vida económica y suelen interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que la persona tiene en la familia.⁹

Los problemas de la adherencia terapéutica han sido insuficientemente atendidos, se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto⁴ sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud reconocen, de modo empírico y anecdótico, la existencia de grandes deficiencias en este proceso en todas las enfermedades crónicas. Esta situación se corrobora en los resultados de investigaciones sobre el tema realizadas en el país con personas hipertensas.¹⁰⁻¹²

El presente trabajo tiene como objetivo presentar un marco conceptual que fundamenta desde el punto de vista teórico la comprensión del concepto de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, en contraposición al uso de otros términos utilizados en la investigación y la práctica médica.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL TÉRMINO "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO"

En la literatura sobre el tema se han empleado diversos términos para referirse a la conducta de seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes. Los más utilizados han sido "cumplimiento del tratamiento" y "adherencia al tratamiento" o "adherencia terapéutica", aunque se han propuesto muchos otros como: adhesión, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, concordancia¹²⁻¹⁴ y conformidad.¹⁵

Uno muy utilizado, tanto en la literatura como por los profesionales de la salud en su trabajo cotidiano, es "cumplimiento del tratamiento". Este ha sido criticado en el campo de la psicología de la salud, se le señala un alcance restringido en cuanto a la complejidad del fenómeno que trata. Se considera que se refiere a un comportamiento obediente del paciente dirigido a seguir las instrucciones del profesional de la salud, asumir un rol pasivo, sumiso que lo presupone incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir las recomendaciones propuestas. En la práctica médica suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos.¹²⁻¹⁴

Con el fin de superar estas limitaciones se introdujo en la literatura científica, el término "adherencia terapéutica" como una alternativa que permitiera expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente, en la que ambos son significativos.

El referente teórico específico de este término se encuentra en el campo de la psicología de la salud en la definición de "adherencia terapéutica" ofrecida por *DiMatteo* y *DiNicola*, entendida como "una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el

fin de producir un resultado terapéutico deseado",¹⁶ citado de la misma forma por Ferrer en 1995,¹⁴ y Martín Alfonso en 2004.¹³

La conducta de seguimiento de las indicaciones por el paciente depende entonces de su propia responsabilidad y también de las acciones efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones y uso adecuado de los recursos de la comunicación para lograr su implicación activa y participativa en el proceso de tratamiento.

En la actualidad es el término utilizado por la OMS y por la Red Mundial Interdisciplinaria de adherencia a los tratamientos de larga duración, en sus documentos y directrices de trabajo,⁴ con uso equivalente entre "adherencia terapéutica" y "adherencia al tratamiento". También es el más abordado en las publicaciones científicas.

Lo anterior se comprobó en un trabajo de revisión realizado por la autora principal de este artículo con el fin de conocer el estado de las investigaciones sobre el tema, en revistas seleccionadas por su impacto científico entre las que se encuentran disponibles en las bases de datos de la Red Telemática de Salud de Cuba (Infomed) en el periodo comprendido entre 2003 y 2007. Se encontró que predominó el número de artículos en que los autores realizan estudios sobre "adherencia al tratamiento", seguido de los que estudian "adhesión". Se observa que continúa el uso y abordaje en la literatura científica de trabajos que tratan el "cumplimiento" del tratamiento.

Según países predominaron las publicaciones procedentes de España, seguidas de las realizadas por autores cubanos. Las enfermedades más estudiadas fueron la hipertensión, el VIH y la diabetes. Es de apuntar que quizás dada la controversia teórica que existe se encontraron varios trabajos en los que se hacen reflexiones teóricas al respecto (tabla). Este trabajo de revisión se continúa actualmente con información sobre publicaciones realizadas en el último quinquenio.

Tabla. Número de artículos publicados sobre el tema según países, término utilizado y enfermedad estudiada, 2003-2007

Países	No.	Término utilizado	No.	Enfermedad estudiada	No.
España	14	Adherencia	22	Hipertensión	11
Cuba	8	Adhesión	9	VIH	8
Colombia	6	Cumplimiento	5	Diabetes	6
México	4	Observancia	1	Alergia	2
Chile	2	Conformidad	1	Tuberculosis	2
Brasil	1	Abandono	1	Cáncer	1
Argentina	1	-	-	IRC *	1
OMS	1	-	-	Infecciones	1
Suiza	1	-	-	Trabajos teóricos	7
Perú	1	-	-	-	-
Total	39		39		39

* Insuficiencia renal crónica.

Fuente: Red Telemática en Salud de Cuba (Infomed).

En la Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana, Cuba, se desarrolló un proyecto de investigación desde el 2003 hasta el 2007 en el que se evaluó la adherencia al tratamiento de personas hipertensas en áreas de salud del nivel primario. Para esta investigación se redimensionó el concepto de "adherencia al tratamiento" a partir de las consideraciones teóricas expuestas y las limitaciones formuladas desde hace décadas al concepto "cumplimiento". También se tuvieron en cuenta las diferencias apuntadas por algunos autores, entre "adherencia" y "adhesión", quienes proponen el análisis de la primera como "categoría de proceso" y la segunda como "categoría de resultados".¹⁷

Así entendimos que:

La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.^{12,1}

Esta definición representa un avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido por las siguientes razones: el paciente participa de manera activa y voluntaria, es decir se compromete, se involucra, se responsabiliza en un comportamiento dirigido a un beneficio para su salud que se traduce en acciones prácticas a partir sus configuraciones psicológicas personales. No es una simple conducta de respuesta a algo que le indican. También se adhiere a un plan comportamental con el que está de acuerdo, que se supone ha aceptado y a cuya elaboración ha podido contribuir. Este plan terapéutico lo elabora a propuesta y de conjunto con su médico, por tanto el profesional está presente, en interacción con el paciente. Esta es una dimensión muy importante del proceso que se debe considerar.

Con el fin de explicitar y hacer comprensible a los interesados la definición antes expuesta se realizó la operacionalización de la estructura del proceso de la siguiente manera, sin obviar la interrelación existente entre los componentes en la realidad práctica:^{12,18}

- Aceptación convenida del comportamiento (componente relacional): se manifiesta en la relación de colaboración y acuerdo establecidos entre el paciente y su médico para decidir, organizar y elaborar la estrategia a seguir que garantiza el cumplimiento del tratamiento, y la aceptación de estos aspectos por ambos.
- Participación activa (componente personal): se materializa en la búsqueda activa por parte del paciente, que utiliza su sistema de configuraciones subjetivas, de recursos que permitan garantizar el cumplimiento, así como los esfuerzos emocionales y cognitivos que requieren las acciones involucradas en este proceso.
- Ejecución de las indicaciones (comportamental): que se refiere al comportamiento como tal, a través del cual la persona ejecuta las indicaciones médicas prescriptas relacionadas tanto con el tratamiento medicamentoso como con las modificaciones en su estilo de vida.

La dinámica del proceso se expresa en dos sentidos: una estructural de interrelación entre los componentes y una temporal. Ejemplo: la ejecución de las indicaciones puede ser resultante de la aceptación convenida y la participación personal, la implicación personal para activar la aceptación convenida, la ejecución exitosa de las indicaciones, fortalecer la participación activa y la relación de negociación con el profesional.

La dinámica temporal significa que la adherencia se mueve con el transcurso del tiempo, en virtud de los factores que la influyen, desde adherencia total a parcial hasta no adherencia o viceversa. Se considera que las manifestaciones de la adherencia terapéutica se pueden diferenciar en tres niveles: total, parcial o no adherencia. El nivel expresa el estado en que se encuentra el proceso de la adherencia, en cuanto al alcance logrado por sus componentes en un momento y contexto determinado.^{12,18}

Esta concepción del proceso de adherencia sirvió como base teórica para elaborar el "Cuestionario MBG" que permite evaluar los niveles de adherencia de personas hipertensas.¹⁹ Actualmente este cuestionario se está utilizando en Cuba para investigar la adherencia en otras enfermedades crónicas, como diabetes mellitus tipo 2, infección renal crónica y personas que viven con VIH. También hemos recibido la solicitud de autorización de aplicación por parte de estudiantes e investigadores procedentes de más de 25 universidades de Latinoamérica, el Caribe y España.

Es muy importante que los profesionales usuarios del "Cuestionario MBG" tengan en cuenta en la interpretación y discusión de sus resultados el constructo teórico que sirvió de base para su construcción,¹⁹ así como la distinción de los ítems que recrean los distintos componentes y el significado práctico que tiene la calificación final según niveles de adherencia total, parcial y no adherido. Queremos apuntar además la importancia de tener en cuenta la diferencia entre el proceso de adherencia como tal y los factores que condicionan o influyen sus manifestaciones, de modo que se evite la confusión entre estos la aplicación de manera errada o simplista del instrumento de evaluación.

Debemos acotar que también se ha utilizado el término de adherencia al seguimiento de guías y protocolos por parte del personal que atiende a los enfermos. Algunos médicos que pueden indicar (o no) las recomendaciones aceptadas y se habla entonces de casos en los que el médico o el equipo no se adhirió a la guía o protocolo, lo que incluso puede estar justificado en casos precisos. Se han elaborado instrumentos para evaluar la calidad de las guías de la práctica clínica, así como la adherencia a la misma en la asistencia médica real al enfermo.²⁰

DELIMITACIÓN DE FACTORES INFLUYENTES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Diversos autores expresan que la adherencia al tratamiento es un proceso modulado por la influencia de factores de diversa naturaleza: sociales, psicológicos, económicos, propios de la enfermedad y del tratamiento y de la organización de los servicios de salud.^{9,14}

La OMS plantea en su informe técnico cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas para adherirse a su tratamiento: los relacionados con la enfermedad, el tratamiento, el paciente, además los factores sociales, demográficos y económicos y los relacionados con el sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria.⁴

A partir del modelo de dimensiones de la adherencia de la OMS se elaboró un esquema^{12,18} teórico orientador para el estudio de estos factores, compuesto por cinco grupos: los socioeconómicos y demográficos, los del sistema de salud y el equipo de salud, las características de la enfermedad y el tratamiento, los de la red familiar y social y los del paciente.

Factores socioeconómicos y demográficos

La OMS señala que las dificultades en la adherencia a los tratamientos de larga duración se presentan tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos *aspectos socioeconómicos* tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación, se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica; señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece los costos de la salud pública al menos en el 20 %.⁴ El gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad disponible para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones que pueden implicar recursos monetarios.

Sobre los *factores sociodemográficos*, Ferrer señala que muchos autores muestran su acuerdo en considerar que: el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el estado civil, la etnia y la religión, no han demostrado ser, considerados aisladamente, predictores adecuados de la adherencia o el cumplimiento.¹⁴

Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria

En cuanto al *sistema de asistencia sanitaria*, la OMS plantea el efecto sobre la adherencia de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas así como la falta de incentivos para ello.⁴ Dentro de la *organización de los servicios de salud*, son elementos a tener en cuenta: las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere y los cambios reiterados del profesional de asistencia. La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la *satisfacción del paciente* con el proceso de atención de salud y las *características de la comunicación* que establecen el paciente y sus familiares con los equipos de salud. Los profesionales con insuficientes capacidades y con actitudes negativas para informar el tratamiento y que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación, contribuyen a la falta de adherencia al mismo.

Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento

Se refiere a las características del régimen terapéutico. La *complejidad del tratamiento*, incluye el grado de cambio en los comportamientos que exige, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o si exige pautas nuevas de comportamiento, también incluye el número, la frecuencia del consumo y la combinación de distintos tipos de fármacos y además, es importante destacar, la *presencia de efectos secundarios o indeseables*.^{5,14} Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente. Las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático, son más difíciles de seguir las recomendaciones como modificaciones de estilos de vida y cambios de comportamiento.^{5,14}

Factores relacionados con la red familiar y social

En este grupo se destaca el papel del *apoyo social y familiar* en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menor apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento.^{14,21}

Los grupos sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten las indicaciones médicas. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir tanto a incrementar como a disminuir la ejecución de recomendaciones facultativas.^{14,21}

Factores relacionados con el paciente

Se refiere a aspectos psicológicos moduladores de la adherencia como los *conocimientos* que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento. Estos permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales, teniendo en cuenta las principales características para el manejo de la misma.

Se señalan las *creencias del paciente* relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad, la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria o autoeficacia percibida, la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta o utilidad percibida y la motivación por la salud.²²

Zaldívar considera la *representación de la enfermedad* un factor psicológico modulador específico de la adherencia terapéutica. El modelo de representaciones sociales que se tiene sobre una enfermedad brinda al individuo una explicación de las posibles causas, de la interpretación de los síntomas, de su curso y de su posible solución.²³ La interpretación subjetiva, personalizada de cada enfermo de "su" enfermedad, integra creencias y atribuciones, emociones, actitudes hacia la enfermedad que facilitan o entorpecen el comportamiento adherente.

La *motivación* hacia la salud dirige el comportamiento del paciente con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven; es importante la motivación mantenida y sostenida en el tiempo desde una óptica optimista y positiva como una vía para vivir más plenamente.²⁴ La persona con un proyecto de vida a largo plazo, con metas y propósitos a lograr será más capaz de estructurar su campo de actuación en función de proteger su calidad de vida en la que incluirá la adherencia a un tratamiento que lo garantice.

Es necesario, luego de revisar aspectos teóricos vinculados con el seguimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente, presentar una propuesta que permite enriquecer las acciones encaminadas al logro de la adherencia, vinculadas al sistema de atención integral al enfermo crónico.

PROPUESTA PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

El "Modelo de atención crónica" de *Wagner* y otros,²⁵ ofrece una visión integradora y salubrista de los diferentes componentes que se deben tener en cuenta para la atención a las enfermedades crónicas y ha sido utilizado como guía para realizar numerosas intervenciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de la vigilancia sanitaria.²⁶

Según *Epping-Jordan*,²⁷ el manejo médico depende de la enfermedad específica pero los componentes de la organización de los cuidados son esencialmente similares para todas las condiciones, siendo uno de estos el monitoreo de la adherencia. Entre las estrategias para mejorar la atención a las enfermedades crónicas se debe contemplar ayudar al paciente a mejorar la adherencia a través de intervenciones efectivas y viables,²⁸ aspecto muchas veces deficiente por el equipo de salud que no repara en la importancia de este eslabón.

Consideramos que una herramienta metodológica que permita enriquecer las acciones encaminadas a la mejora de la adherencia vinculada al sistema de atención integral al enfermo crónico, debe estar fundamentada en los referentes teóricos dados por los autores antes mencionados y los resultados de investigaciones realizadas en el país sobre los factores que no la favorecen¹² y proyectarse desde las políticas del sector de la salud, el trabajo comunitario y los grupos sociales, la familia, el papel de la organización del servicio de salud, la relación entre profesionales y pacientes y el rol del individuo como sujeto autorresponsable del manejo de su condición de enfermo (Fig.).¹²



Fig. Atención a la mejora de la adherencia terapéutica en enfermos crónicos.

En el contexto cubano, la mejora de la adherencia a los tratamientos debe tenerse en cuenta desde la formulación de Políticas y Programas de Prevención. El informe de la OMS plantea que "los problemas de la adherencia terapéutica han sido en general obviados por los directivos y, como resultado, esta ha recibido escasa intervención directa y sistemática".⁴

Esta demanda impone la necesidad de elevar el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica a estrategia prioritaria reflejada en las propuestas de objetivos y acciones de los programas nacionales de atención, prevención y control de las enfermedades crónicas.

La utilización de los recursos que están disponibles en la comunidad son fundamentales; la participación social permite la identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones preventivas y en la mejoría de la calidad de vida de las personas.²⁹

El respaldo social recibido por los pacientes de otros miembros de la comunidad, de sus compañeros de trabajo y personal de asistencia es un factor importante que puede mejorar la adherencia. Las redes de apoyo social y familiar cumplen una función de retroalimentación, refuerzo y estímulo para la adopción de conductas saludables, así en este sentido el informe de la OMS plantea "los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados".⁴

El modo en que se organiza la asistencia sanitaria tiene gran potencial para influir en el comportamiento de la adherencia de los pacientes. Por ejemplo la planificación, acceso y continuidad de la atención por el mismo personal sanitario, los horarios, la duración de las consultas, la asignación de recursos, los sistemas de comunicación e información en las instituciones, entre otros aspectos.

La preparación del equipo de salud es una condición importante para obtener resultados en la intervención. Según informe de la OMS:

Los profesionales necesitan herramientas de orientación sobre la adherencia terapéutica adaptables a los diferentes entornos y tal adiestramiento debe abordar tres temas: el conocimiento sobre la adherencia, el razonamiento clínico de toma de decisiones y las acciones a realizar.⁴

Una condición imprescindible para mejorar la adherencia terapéutica es lograr una buena relación de comunicación entre profesionales de salud y pacientes. Los recursos comunicativos que se movilicen cumplen un rol importante en todo el proceso, desde el momento de la instauración del tratamiento y durante el curso de la enfermedad. La capacidad del paciente para ser activo en la comunicación así como, también decisiva, la que tenga el profesional para involucrar al paciente en el proceso y a la vez informarle con amplitud prudencial las características de su enfermedad y el tratamiento. Por ejemplo, los efectos indeseables más frecuentes de los medicamentos, la explicación detallada de las medidas higiénicas y dietéticas recomendables para cada caso.

También hacer partícipe al paciente de la decisión del plan terapéutico a seguir tratando de simplificar lo más posible el tratamiento elegido; confeccionar de manera conjunta con el paciente, de modo detallado y claro, un régimen de cumplimiento que se ajuste a los hábitos y rutinas diarias de su vida para evitar que la multiplicidad de roles interfiera la adherencia, y elaborar un convenio explícito entre el profesional y el paciente, que garantice el compromiso de ambos dirigido al logro de la adherencia.

Otro aspecto es, que la mayor parte de la atención necesaria para las enfermedades crónicas se basa en el autocuidado por parte del paciente, es decir, el empeño y ocupación con respecto al uso adecuado de la terapia medicamentosa y los cambios necesarios en el estilo de vida, lo cual evita riesgos potencialmente graves

relacionados con su enfermedad. Por esto las estrategias de trabajo deben conducir al desarrollo en el paciente de competencias para la autorregulación, de la capacidad para dirigir su comportamiento de manera autónoma, independiente y responsable con respecto a su rol de enfermo.

Es importante recomendar el uso de recordatorios escritos o de otro tipo que apoye la toma de medicamentos en el horario establecido, aconsejar la toma de medicamento asociada a una actividad diaria habitual, la solicitud de apoyo de otras personas como compañeros, amigos y familia en el seguimiento del régimen indicado, sobre todo la dieta y la práctica de ejercicios físicos, y sugerir que se retire el apoyo de terceras personas a medida que se adquiera mayor control sobre el comportamiento.³⁰

Entre las recomendaciones prácticas para mejorar la adherencia, cada vez se aconseja más la utilización de "pastilleros" (dispositivo, generalmente de material plástico, con casilleros para cada día de la semana y con tres o cuatro horarios posibles, para colocar las tabletas o cápsulas indicadas). Muy útil sobre todo en los adultos mayores y en casos de polimorbilidad, sin embargo, lamentablemente su disponibilidad en Cuba es escasa.

Asimismo, implementar la realización de intervenciones psicológicas individualizadas, por el personal de salud especializado para ello, con aquellos pacientes que presenten resistencia a la adopción de los comportamientos recomendados y que exhiban pocas habilidades para establecer de manera proactiva una relación de negociación con los profesionales de salud, así como elaborar programas de atención psicológica dirigido a las personas no adheridas al tratamiento con vistas a modificar los componentes de las configuraciones psicológicas que no la favorecen.

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo se asume y se fundamenta el uso del término "adherencia al tratamiento" como constructo teórico, avalado por la literatura científica sobre el tema, para referirse al comportamiento implicado en el seguimiento de las indicaciones médicas convenidas entre el equipo de salud y los pacientes.

Se propone una definición del término, que redimensiona las abordadas por otros autores, haciendo énfasis en su carácter de proceso el que incluye una dinámica estructural y una temporal. Esta permite destacar el papel activo del paciente, tanto en el aspecto inductor como ejecutor de las indicaciones y resalta además la aprobación por parte del paciente de manera conjunta con el profesional de las recomendaciones en el momento de la atención médica.

La comprensión, desde los referentes teóricos, del proceso de la adherencia a los tratamientos y la amplitud de factores que la condicionan, así como la fundamentación de las estrategias de atención integral a las enfermedades crónicas permiten realizar en la práctica la evaluación de la adherencia y encaminar intervenciones dirigidas a mejorarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Temas estadísticos de salud. La Habana: MINSAP; 2011.

2. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
3. Macía D, Méndez FX. Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En: Simón MA, editor. Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 217-58.
4. Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 2004;14(1):89-99.
5. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*. 1999;1:97-106.
6. Nichols-English G, Poirier S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J Amer Pharmaceutical Assoc*. 2002;40(4):475-85.
7. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006 [citado 7 Ene 2014];32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es
8. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001 [citado 7 Ene 2014];17(5):502-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es
9. Martín L, Grau J. La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Hernández E, Grau J, editores. *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2005. p. 567-90.
10. Martín Alfonso L, Sairo Agramonte M, Bayarre Veja HD. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003 [citado 7 Ene 2014];19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200009&lng=es
11. Vergel Rivera G, Zapata Martínez A, Cruz Barrios MA, Vergara Fabián E, Gutiérrez Miranda JL, Hernández Echenique M. Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana: FAREP 2. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1995 [citado 7 Ene 2014];11(2):150-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200008&lng=es
12. Martín Alfonso L. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario, 2003-2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009 [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: <http://revsalud.sld.cu>
13. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 [citado 16 Feb 2014];30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es

14. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista Psicología de la Salud*. 1995;7(1):35-61.
15. Burnier M. Conformidad con el tratamiento para la hipertensión arterial. *EDTNA/ERCA J*. 2005:157-161
16. DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. New York: PergamonPress; 1982.
17. Piña López J, Sánchez Sosa J. Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VHI. *Universitas Psicológica*. 2007;6(2):399-407.
18. Martín Alfonso L, Bayarre Veá HD, Grau Ábalo J. Analytic framework for the study of treatment adherence. Results of research in Cuban hypertensive patients. En: García C, Ballester R, Piña JA, editors. *Chronic Diseases and Adherence Behaviors: Psychological Research in Ibero-American Countries*. New York: Nova Publishers, SA; 2011. p. 93-117.
19. Martín Alfonso, Bayarre Veá HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*. 2008 [citado 7 Ene 2014];34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es
20. Espinosa Brito A. Guías de práctica clínica "herramientas" para mejorar la calidad de la atención médica. *Rev Habanera Ciencias Méd*. 2012 [citado 7 Ene 2014];11(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000100005&lng=es
21. Rodríguez Marín J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marín J, editor. *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis; 1995. p. 151-60.
22. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la Salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*. 2007;135:647-52.
23. Zaldívar D. Factores psicosociales y adherencia terapéutica. *Salud para la vida*. 2003 [citado 4 Abr 2003]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>
24. Roca M. Apoyo Social: su significación para la Salud Humana. La Habana: Editorial Félix Varela; 2000.
25. Wagner E, Davis R. Advances in managing chronic disease. *BMJ*. 2000;320:525-9.
26. Oates K, Tracey D. Chronic disease management. Item 4. UK: Highland NHS Board; 2005 [cited 2014 Ene 7]. Available from: <http://www2.nhshighland.scot.nhs.uk/>
27. Epping-Jordan J. Integrated approaches to prevention and control of chronic conditions. *Kidney Internat*. 2005;68(suppl 95):86-8.

28. Epping-Jordan J. The challenge of chronic conditions: WHO responds. *BMJ*. 2001;323(9):974-8.
29. Castell-Florit P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
30. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud, España*. 2005;29(2):40-8.

Recibido. 22 de mayo de 2013.
Aprobado: 27 de febrero de 2014.

Libertad de los Ángeles Martín Alfonso. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: liber@infomed.sld.cu