

ADHERENCIA TERAPÉUTICA: CONCEPTOS, DETERMINANTES Y NUEVAS ESTRATEGIAS

Therapeutic adherence: concepts, determinants and new strategies

Elena Reyes-Flores¹, Raúl Trejo-Alvarez², Sabrina Arguijo-Abrego², Abner Jiménez-Gómez²,
Andrea Castillo-Castro², Andrea Hernández-Silva², Luis Mazzone-Chávez²

¹ Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría.

² Doctor/ Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

RESUMEN: Antecedentes: La no adhesión al tratamiento medicamentoso es considerada un fenómeno complejo y multifactorial desde los años 70. De acuerdo a esto y con el objetivo principal mejorar las tasas mundiales de adherencia a los tratamientos comúnmente usados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en el 2001 el Proyecto sobre Adherencia Terapéutica. A partir de este, se han realizado múltiples estudios en este tema con una alta variabilidad de resultados. Se realizó la revisión de recomendaciones para el estudio de la adherencia terapéutica, implicaciones y consecuencias de la no adherencia, escalas que evalúan adherencia, factores predictores, factores que influyen y estrategias de intervención. **Fuentes:** se revisó la base de datos de Google académico que identificó los estudios sobre adherencia publicados entre los años 2014- 2016. **Desarrollo:** La OMS definió la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. La magnitud del grado de no adhesión mundial a los tratamientos de Enfermedades Crónicas (EC) varía de 25% a 50% (incluso 30-60% en otros estudios), pero esta adhesión a tratamientos, es mucho menor en los países en vía de desarrollo por la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. **Conclusión:** Las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser discutidas con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales.

Palabras claves: adherencia al tratamiento, Cumplimiento de la medicación, No adhesión al Tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El concepto de la adherencia al tratamiento no es un concepto nuevo. Los autores Ortego, López y Álvarez (2004) de la Universidad de Cantabria, España, refieren que es a partir de los años 70 que el estudio de la adherencia adquiere un mayor interés empírico. A partir de ese año se ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de medicamentos. Éstas se pueden agrupar en cuatro áreas: incrementos en los riesgos, morbilidad y mortalidad; aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento; crecimiento del coste sanitario (costo en servicios de salud); y desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el cliente.⁵

Un asunto de importancia por muchos años en la comunidad médica internacional ha sido, sobre quién recae la responsabilidad de que un tratamiento prescrito sea efectivo o no, señalando al cliente como el único responsable de que el tratamiento para su enfermedad sea exitoso o no. A pesar de que la no adherencia es una práctica común, es poco detectada por los profesionales de salud, ya que es una conducta difícil de

medir debido a los diversos factores que influyen sobre ella. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medición y evaluación de la adherencia terapéutica, es una necesidad continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad.^{5, 24.}

El incumplimiento terapéutico o falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que tiende a aumentar y es especialmente frecuente en personas con enfermedades crónicas⁷, por tal razón se ha considerado presentar la siguiente revisión del tema.

ADHERENCIA A TRATAMIENTO MÉDICO

La OMS definió en el 2004 la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, por tanto, la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular, alimentación saludable,

Recibido para publicación el 08/2016, aceptado 09/2016

Dirección para correspondencia: Dra. Elena Ninaska Reyes Flores
Correo electrónico: ereyes56@hotmail.com

Conflicto de interés. Los autores declaramos no tener conflictos de interés en relación a este artículo.

la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillos entre otras.¹⁻⁹

En este sentido, otros autores consultados, como Haynes y Sackett concuerda en una definición más simplificada, describiendo la adherencia como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden; Martín Alfonso, descompone la adherencia al tratamiento y la conceptualiza como un comportamiento complejo con carácter de proceso, conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal y uno comportamental propiamente dicho del paciente, además de un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.^{2,5,10}

Martin (2006) expone sobre la adherencia deficiente como: la dificultad en iniciar el tratamiento dado, suspensión temporaria o abandono de los medicamentos o terapias prescritas, errores en la omisión de las dosis de los medicamentos, equivocarse al ingerir los medicamentos en las horas y/o dosis indicadas, no modificar su estilo de vida necesario para mejorar en su estado de salud física o emocional, y posponer el hacerse las pruebas médicas indicadas, entre otros.⁵

Se reconoce así, el comportamiento terapéutico como la búsqueda de atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación de forma apropiada, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones pertinentes, desde la higiene personal hasta el autocuidado, entre otros, por lo cual se considera un proceso complejo. Si bien es cierto que los fármacos son eficaces si se toman sistemática y adecuadamente, según lo encontrado en este trabajo y mencionado en otros estudios, la adherencia no consta solamente de la ingesta, sino de prácticas sanitarias, atención psicológica, odontológica y nutricional, entre otras cuestiones importantes.^{4,11}

Es importante diferenciar la adherencia del cumplimiento puesto que éste último está centrado en la propuesta del profesional de la salud y la obligación pasiva del paciente, por el contrario, la adherencia es un proceso mucho más dinámico y es el resultado de conductas o acuerdos a los que el profesional llega con el paciente.⁵⁻⁸

La no adhesión al tratamiento medicamentoso en las Enfermedades Crónicas (EC), comúnmente verificada por la prueba de Morisky-Green-Levine, entre otras descritas más adelante en esta revisión, es considerada un fenómeno complejo y de múltiples factores, asociado a bajos niveles socioeconómicos, prescripción de esquemas terapéuticos complejos e insatisfacción con el servicio de salud, factores que prevalecen en la población con hipertensión arterial sistémica (HAS).^{5,12,13}

Una forma sencilla de clasificar la falta de adherencia terapéutica según los autores puede ser la siguiente:⁵

1. Primaria: se refiere cuando la prescripción médica no se retira de la farmacia.

2. Secundaria: cuando se alteran la dosis correctas de los medicamentos, el cambio en los intervalos de las dosis, el olvido en la administración del fármaco, un aumento en la frecuencia de las dosis o la suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado.⁵⁻⁸

RECOMENDACIONES PARA EL ESTUDIO DE LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA.

Existe acuerdo en considerar la importancia de la medición periódica del cumplimiento terapéutico, ya que hay distintas modalidades de incumplimiento farmacológico, en función de cuándo decide el paciente dejar de tomar la medicación. Por un lado, es posible que el paciente ni siquiera comience a tomar la medicación, o puede comenzar a tomarla del modo adecuado pero al cabo de un tiempo abandonarla prematuramente.¹⁴

El grado de adherencia varía de acuerdo al tipo de estudio, a la población, así como a los métodos utilizados para calcularla. Una de las recomendaciones de la OMS es que los estudios deben centrarse en áreas importantes como los indicadores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ya que debido a la falta de indagación en este aspecto, el fenómeno de adherencia pasa desapercibido dentro de las políticas y los programas de salud; de manera que es pertinente describir si los niveles de adherencia al tratamiento tienen o no una influencia o asociación significativa con la CVRS.^{12,13,15,16}

La CVRS es un subconjunto de la calidad de vida, y hace referencia al impacto de la enfermedad y el tratamiento, en la percepción de bienestar de la persona, y, desde ese punto de vista, la satisfacción con el tratamiento es una característica básica de la adherencia, lo que evidencia una posible relación teórica, ya que ambos conceptos son multidimensionales y están relacionados con la persona. El cumplimiento farmacológico y la adherencia constituyen uno de los pilares básicos para que los tratamientos actualmente disponibles sean efectivos.^{8,11,17}

En los niños los responsables del tratamiento son los cuidadores primarios, del apego al tratamiento y de las decisiones que se den en torno al mismo. Debe tomarse en cuenta la opinión de los niños, defendiendo su derecho a ser escuchados y a hacer valer su autonomía, evaluando en conjunto con el personal de salud la capacidad de decisión que el menor tiene sobre sus tratamientos.¹¹

En relación a la adherencia es importante hacer referencia al término de la autoeficacia, el cual se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para influir activamente en diversas conductas de la vida cotidiana, específicamente en los comportamientos de prevención y manejo de enfermedades y condiciones crónicas. La autoeficacia es una variable mediacional que se relaciona con los comportamientos saludables, la adherencia al tratamiento y la disminución de los síntomas físicos y psicológicos. Altos niveles de autoeficacia se relacionan con estados de ánimo más positivos, condiciones de salud más favorables, menor cantidad de síntomas de distrés psicológico y mayor cumplimiento de las prescripciones médicas. En cambio, los bajos niveles de autoeficacia se relacionan con el distrés

psicológico, el afecto negativo y la disfunción comportamental, especialmente en pacientes crónicos.¹⁸

La magnitud del grado de no adhesión mundial a los tratamientos de Enfermedades Crónicas (EC) varía de 25% a 50% (incluso 30-60% en otros estudios), pero esta adhesión a tratamientos, es mucho menor en los países en vía de desarrollo por la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. En el caso del Tratamiento Antirretroviral de gran actividad (TARGA), la prevalencia de la adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el fármaco, el entorno y el médico.^{1,5,7,18,19}

La variabilidad del grado de adherencia se da en relación al tipo de enfermedad: 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipidémicos, 30-40% en enfermedades agudas entre otras. En otros estudios se detectó una mayor adhesión al tratamiento antihipertensivo entre los pacientes cuyo diagnóstico data desde hace menos de 5 años (55%), que iniciaron el tratamiento desde el momento del diagnóstico (81%).^{20,21}

Estudios describen que los pacientes diabéticos controlados con hipoglicemiantes orales presentan un porcentaje de falta de adherencia de 30-51% y los pacientes controlados con insulina, cerca de un 25%.¹⁴

IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DE LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y ADHERENCIA DEFICIENTE

El incumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario de primer orden que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica.¹⁴

La conducta de no adherencia terapéutica o una adherencia deficiente tiene como resultado:⁵

1. Aumento en los costos médicos.
2. El número de análisis de laboratorios innecesarios.
3. El cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos.
4. Los cambios en los planes de servicio de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional.
5. Las visitas continuas del cliente a las salas de emergencia.
6. Las hospitalizaciones recurrentes.
7. El deterioro de la salud.
8. El surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales.
9. En casos severos la muerte del Paciente.

Los efectos de la no adherencia terapéutica repercuten en los aspectos clínicos, psicosociales y económicos de las personas que requieren tratamientos prolongados. El aspecto económico, se manifiesta en los gastos por concepto de pérdida económica por ausentismo laboral secundario a su condición con la consecuente repercusión en la productividad de su puesto de trabajo, pérdidas en la economía familiar y gastos adicionales que se representan en reintegros hospitalarios o interconsultas y exámenes adicionales.²³

Los pacientes con mala adherencia a la medicación presentan más enfermedades médicas concomitantes y mayor prevalencia de síntomas somáticos. Además, generan una

mayor utilización de los servicios de salud.⁹ La proliferación de presentaciones comerciales diferentes podría estar relacionada con errores y dificultar la adherencia al tratamiento.¹⁰

La no adherencia reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis de medicamentos más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos que no son necesarios.^{8, 23}

La falta de conciencia de la enfermedad es el factor no farmacológico principal que puede dificultar la adherencia terapéutica de los clientes, también se considera que la falta de apoyo familiar y/o social, así como el consumo de sustancias tóxicas (drogas y/o alcohol),⁵

ESCALAS QUE EVALUAN ADHERENCIA A TRATAMIENTO

Las escalas utilizadas para evaluar el cumplimiento del tratamiento sobre todo en salud mental atienden en términos generales, a tres ámbitos: conciencia de enfermedad o insight, actitud hacia los fármacos y tolerabilidad (especialmente a los efectos adversos de la medicación).¹⁷

La OMS (2004) asegura que no existe un “patrón de oro” para medir la adherencia y que, aunque se han aplicado variedad de estrategias, “todas tienen inconvenientes para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica”. “Un enfoque multi-métodos constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica”.⁹

1. **Cuestionario de No Adhesión de Medicamentos del Equipo Qualiaids (CAM-Q):** abarca tres diferentes dimensiones del constructo referentes a la adhesión (toma de la dosis, comportamiento en lo que se refiere a la medicación y resultado clínico).¹²
2. **Cuestionario de Adherencia a la Medicación Simplificado (Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ).** Utilizado para medir el nivel de adherencia al Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Se define como paciente adherente al que obtiene una puntuación superior al 85% de cumplimiento en las visitas 1 a 6, recogido con el cuestionario.^{7,16,17}
3. **Cuestionario MBG (Martín Bayare Grau).** Este es un cuestionario cubano, genérico para la medición de la adherencia al tratamiento, consta de 3 categorías (Cumplimiento del tratamiento, Implicación personal y Relación transaccional) y 12 ítems con escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Clasifica los niveles de adherencia así: total de 38 a 48 puntos, parcial de 18 a 37 puntos y no adheridos de 0 a 17 puntos.^{2,13,19}
4. **El test de Morisky-Green-Levine:** es un método indirecto de valoración del cumplimiento terapéutico y empleado con frecuencia en enfermedades crónicas. Consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica que pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento (se considera cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas. Presenta una alta especificidad,

alto valor predictivo positivo, escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión y es económico. Entre sus desventajas podemos citar su bajo valor predictivo negativo, baja sensibilidad y que tiende a sobreestimar el cumplimiento.^{7,10,14,21}

5. **El test de Batalla:** evalúa el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, asumiendo que el mayor grado de conocimiento sobre su patología implica un mayor grado de cumplimiento. Dentro de sus ventajas están que es un método con buena sensibilidad, breve, comprensible, económico y muy fácil de aplicar. Como desventaja se tiene baja especificidad y exactitud media, tendiendo a sobrestimar el cumplimiento.^{7,21}
6. **Escala de Miller para Medición de Adherencia Terapéutica en Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares:** Validada en Chile, informa sobre cinco aspectos considerados en las indicaciones de las enfermedades cardiovasculares (seguimiento de la dieta, limitación del consumo de tabaco, seguir actividades prescritas, toma de medicamentos y manejo del estrés) propuestos en cuatro enunciados, que indagan el cumplimiento en casa, trabajo, actividades recreativas y sociales. El puntaje fluctúa de 20 a 100. A medida que aumenta el puntaje, mayor es la adherencia terapéutica.²⁴
7. **Otros métodos:** Escala de Medición de Adherencia (ITAS-M), Cuestionario de Porcentaje de Ingesta de Drogas, Vigilancia Electrónica, Parámetros bioquímicos y fisiológicos.⁷

FACTORES EN LA NO ADHERENCIA TERAPEÚTICA

Estudios abordan la adherencia al tratamiento desde un enfoque basado en los factores ambientales y los individuales relacionados con el paciente.^{25,26}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la adherencia al tratamiento como un comportamiento complejo del paciente influido por múltiples factores clasificados en 5 dimensiones.^{5,8,9,14,27}

1. Factores socioeconómicos

El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte público, el alto costo de los medicamentos, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, la disfunción familiar y algunos factores socio demográficos como la edad y la raza son factores que tienen un efecto considerable en la adherencia.⁵

La instrucción educativa dentro de programas de rehabilitación se ha probado, mejora la técnica y la adherencia al tratamiento en un porcentaje importante de pacientes.²⁸ Cuanto mayor es el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, mayor es el compromiso con el autocuidado y la adhesión al tratamiento. 1 Los años de estudio se asociaron al seguimiento de la toma de medicamentos, a medida que au-

menta la escolaridad, aumenta el puntaje de adherencia en la toma de medicamentos, se observó un aumento de la proporción de no adherencia en áreas cuya población tiene primaria incompleta.^{12,18,21,23,26}

Las áreas con mayor proporción de población que no realizaba aportes jubilatorios, ni le descontaban aportes jubilatorios, presentaron proporción más elevada de no adherencia al tratamiento; También existen estudios previos que han relacionado la condición de pensionista con el incumplimiento Esta situación también se observó en las áreas con mayor proporción de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según capacidad de subsistencia y en las áreas con mayor proporción de viviendas que no contaban con un servicio de transporte público a menos de 300 m de la vivienda. Respecto a la edad, los resultados son coincidentes con los de estudios previos mostrando una relación entre la presencia de incumplimiento y una menor edad.^{25,26}

Se ha realizado múltiples estudios sobre la adherencia al tratamiento de TB, en el cual a pesar que este es un tratamiento gratuito existe bajo nivel de adherencia y sugiere que existen otros factores asociados a la no adherencia. Hay otras características de la población asociadas a una mayor proporción del abandono, estas se relacionan con mayor situación de vulnerabilidad socioeconómica en los hogares, con una mayor precariedad laboral, con menores niveles de educación formal del jefe de hogar y con menor proporción de ocupados por hogar. Las áreas con mayor proporción de individuos con empleos sin protección social tienen mayor porcentaje de no adherencia. Así, el empleo reduce la capacidad de cumplir con el tratamiento en contextos de alta informalidad, adherencia a la dieta y de bajo nivel de ingresos sin protección social, ya que para los pacientes implica la pérdida de días laborales y por ende de ingresos básicos. En el estudio de Galiano & Montesinos, el mayor abandono del tratamiento también estuvo asociado a la condición de ser varón, empleado y sin protección social.^{23,26}

2. Factores relacionados con la atención médica

La OMS explica que entre los factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria que ejercen un efecto negativo en la adherencia, están: "sistemas deficientes de distribución de medicamento, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño".⁹

Desde esta perspectiva los factores relacionados con la atención médica incidentes en la adherencia al tratamiento son: el efecto negativo que puede tener el que los servicios de salud en general recibidos sean deficientes, la inexistencia de un seguro o plan médico, la falta de conocimiento o adiestramiento del equipo de los profesionales de la salud sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas, el poco personal profesional disponible para atender a los clientes, recargándolos de trabajo y teniendo como consecuencia que las consultas médicas sean breves. Así como, la poca capacidad del sistema de salud para que los profesionales puedan educar a los clientes sobre su enfermedad y el auto cuidado. Finalmente, hay que

mencionar la falta de conocimiento de los profesionales sobre la conducta de la adherencia del tratamiento.⁵

Razones relacionadas con el profesional sanitario como la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. La relación establecida entre profesionales y pacientes en el proceso de la adherencia al tratamiento (componente relacional) pudiera contribuir en mayor medida a la misma.^{6,7,19}

3. Factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente

Esta área se relaciona a las exigencias particulares de la enfermedad que aqueja al cliente. Destacan la gravedad de los síntomas, el grado o severidad de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), el progreso de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.⁵

Las enfermedades que transcurren sin síntomas molestos, como ser las enfermedades crónicas, suelen presentar tasas de adherencia muy bajas.¹⁵

Algunos factores psicológicos, como pueden ser el estrés y la ansiedad no influyeron en la adherencia, pero sí la depresión; la cual fue el único factor asociado significativamente con mala adherencia al tratamiento farmacológico. Un mejor efecto percibido del tratamiento sí está significativamente relacionado con la adherencia terapéutica y de esta forma los pacientes experimentan una mejora de la sintomatología depresiva.^{7,17}

4. Factores relacionados con el tratamiento

La complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos secundarios, la mejoría de síntomas, el olvido, el número de medicamentos prescritos, conocimientos sobre el tratamiento, duración del mismo y cobertura y coste de la medicación.^{5,7,9,10,15,16,23}

Las tasas más altas de no adherencia al tratamiento se producen cuando el tratamiento se realiza en el medio extrahospitalario. La prescripción por principio activo supone un factor de confusión para los ancianos, así como las vías de administración incómodas (vía rectal e intramuscular).^{7,15,20}

Se ha comprobado que los regímenes de medicación mono dosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis.⁵

El no recibir las dosis prescritas es una de las causas más frecuentes de falta de adherencia.¹⁵

5. Factores relacionados con la autonomía del paciente.

Los factores psicológicos y no los cognitivos, más las opciones de tratamiento que se le presenten al paciente. Son las variables que determinarán la adherencia al tratamiento: negación, el temor a la dependencia en otros, la ansiedad provocada por el complejo régimen de medicamentos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.^{5,20}

En un estudio realizado en Málaga, España en el año 2014 se observó que la adherencia fue de un 54,5% en los pacientes

que viven acompañados frente a un 42,4% en los que viven solos. Los pacientes que presentaron riesgo de ansiedad tuvieron menor adherencia respecto a los que no lo presentaron. En el análisis posterior, se confirmó la relación entre falta de adherencia y las variables residencia, tipo de convivencia y riesgo de ansiedad.¹⁰

La OMS ha encontrado que la no frustración de los pacientes con respecto a la atención del personal de salud es un factor que contribuye con la adherencia a los tratamientos.⁹

Aunque no se comprende cómo estos factores interactúan en la adherencia, hay constancia de que los siguientes influyen en ella: los recursos disponibles que el paciente tiene, sus actitudes, sus creencias, el conocimiento, las percepciones y las expectativas de éste acerca de su enfermedad. Igualmente, la motivación del paciente para buscar y continuar con el tratamiento, la autoeficacia, las expectativas con respecto al resultado, el estrés psicosocial, la angustia por los efectos adversos, el conocimiento y la inadecuada habilidad para controlar los síntomas de la enfermedad, las creencias negativas con respecto a la efectividad del mismo, la incredulidad en el diagnóstico, el no interpretar bien las instrucciones, la baja asistencia a citas de seguimiento, la desesperanza, el temor a la dependencia en otros.⁵

Aspectos como la estigmatización y discriminación que sufren los pacientes pueden llevarlos a un deterioro de las relaciones humanas y la pérdida del interés por la salud. La estigmatización social que reciben las mujeres es otro factor que impide una adecuada adhesión. El apoyo de la pareja también resulta importante para mantener un buen nivel de adhesión. En cuanto mayor sea el cuidado y la estima de sí mismo, mayor será el apego al tratamiento en las personas que por su condición de fragilidad o vulnerabilidad suelen tener más complicaciones de salud.^{6,11}

A pesar de conocer lo que debe ser hecho, los pacientes no actúan de conformidad con ese conocimiento, ya que en cuanto el conocimiento es racional, la adhesión es un proceso multifactorial influenciado por factores emocionales, sociales, biológicos y culturales.^{7,12}

FACTORES PREDICTORES DE BAJA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Los predictores más relacionados son: falta de conocimiento de la patología y de las consecuencias del incumplimiento del tratamiento fisioterapéutico, percepción de falta de seguimiento por parte del profesional, creencias y percepciones propias de su tratamiento.⁸

Los predictores demográficos evaluados con mayor frecuencia ligados a la falta de adherencia fueron la edad, el género, nivel socioeconómico y de estudios, estado civil, la raza y la situación laboral.⁷

En cuanto a la raza, parece que en los afroamericanos la adherencia es significativamente menor. La situación psicológica: la adherencia es mucho menor en pacientes depresivos o con alteraciones del humor. La edad predice patrones de adhesión, siendo los **jóvenes los menos adherentes**; las personas

entre los 61 y 70 años son los que más adherencia presentan aunque otros estudios no hacen diferencia entre ellos, en este caso los factores determinantes para la falta de adhesión al tratamiento, en ambos sexos, fue el olvido de la toma de la medicación por parte del paciente y la no medicación cuando el paciente se encontraba bien, aunque en otros estudios, los grupos con mejor nivel de adherencia son los de 61 a 65 años y 66 a 70 años (62 y 63 % respectivamente) y aquellos con menor nivel de adherencia estaban entre los rangos de 51 a 55 años, con un 5 % del total para esa edad.^{13, 21}

La mayoría de los estudios mostraron que no hay diferencia significativa en cuanto al género, aunque suelen ser más adherentes las mujeres. En estudio de cohorte en el departamento de atención primaria y salud familiar de la Universidad de Chile, se encontró que la adherencia al tratamiento farmacológico fue de 36.3% (186/513) para todo el grupo, superior en mujeres (38.4% vrs 28.9%). El bajo ingreso familiar y nivel educacional, y el sexo masculino se relacionaron con el riesgo de no adherencia.^{7,13,27}

Un resultado es que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo. A mayor cronicidad de tratamiento, menor grado de adhesión.¹⁵

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA BAJA ADHERENCIA

Dentro de estos se incluyen los nivel intra e interpersonal. Las primeras hacen referencia a la falta de compromiso y de motivación por parte del paciente, la percepción de bienestar, la aceptación de reglas, la creencia en el tratamiento y en la capacidad de realizar las tareas prescritas, la tolerancia al dolor y las alteraciones emocionales. Dentro de las barreras interpersonales, los autores incluyen la falta de apoyo familiar o fisioterapéutico.⁸

Algunos investigadores identifican entre los moduladores de la adherencia terapéutica al apoyo social. Esta variable psicosocial ha sido abordada como factor de relevante impacto en la calidad de vida de los enfermos crónicos, en la vulnerabilidad al estrés, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud enfermedad.^{6,7,18,20,24}

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA

La adherencia terapéutica debe verse como una forma de comportamiento del paciente y no como una patología que se debe curar y es importante que esta conducta sea enfocada en el paciente y no en el médico, así como diferenciar si esta es intencional o no.⁵

Los profesionales sanitarios, y especialmente los médicos de atención primaria, deben conocer el fenómeno de la falta de adherencia, detectarlo y averiguar sus causas, así como tener recursos para poder intervenir eficazmente en los pacientes. Por tanto son los médicos y el personal de enfermería en el nivel de atención primaria, los principales profesionales sanitarios involucrados en actuar sobre aquellos pacientes en los que no

se alcancen los objetivos terapéuticos prefijados, comenzando por considerar lo siguiente:¹⁴

- No culpabilizar.
- Individualización de la intervención.
- Fortalecimiento de la relación.
- Participación de distintos profesionales.⁵

Estrategias de intervención:

- Intervenciones simplificadoras del tratamiento
- Intervenciones educativas.
- Intervenciones de apoyo familiar/social.
- Intervenciones de refuerzo conductual.⁵

Un primer paso siempre necesario es valorar la presencia de posibles factores predictores de falta de adherencia a posteriori, tales como insuficiente conocimiento del paciente de la enfermedad.

Entender los determinantes psicológicos que ayudan a mejorar la adherencia terapéutica y que están en relación con aspectos propios del paciente.¹

Las dificultades en el cumplimiento de las recomendaciones pueden estar ligadas mayormente a la relación transaccional, a ese vínculo que se genera entre el profesional de la salud y el paciente, más que en la motivación propia. En el caso de Baez et al., su estudio concluye que el manejo de la adherencia por un equipo multidisciplinario influye de manera positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, y que la intervención personalizada constituye una herramienta básica para conseguir tal propósito.¹³

Darle al paciente instrucciones claras y escrito sobre cómo y cuándo debe administrarse el tratamiento. Informar del tratamiento no solo al paciente, sino también a otra persona próxima a este, que pueda ayudarlo. Seleccionar la forma de administración más apropiada. Realizar revisiones periódicas de los fármacos que estén utilizando, brindar información a los pacientes sobre su enfermedad y los tratamientos en general mejora la adherencia, asimismo, eleva la satisfacción de los pacientes y mejora los resultados o hallazgos en salud. Existen estudios que demuestran que los pacientes con mayor satisfacción con la información recibida sobre sus medicamentos mejoran la adherencia a los tratamientos en general.^{15,16}

Una intervención específica eficiente, que sirva en todos los casos, posiblemente requiera de la combinación de varias estrategias (llamadas telefónicas, recordatorios, seguimiento estrecho, auto monitorización supervisada, terapia familiar, terapia psicológica, etc.)

Algunos estudios sugieren que modalidades de cuidado integrado que incluyan técnicas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional podrían tener mayor beneficio en el control de enfermedades crónicas.³

CONCLUSIONES

Las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser discutidas con el paciente, considerando sus problemas y nece-

sidades individuales. Recomendaciones a tener en cuenta son:

- Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si es intencionada o no.
- Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación.
- Realizar intervenciones dirigidas a los problemas específicos: sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación, simplificar el régimen posológico, utilizar pastilleros o similares, etc.
- Si se producen efectos adversos, hablar con el paciente sobre los mismos, los efectos a largo plazo de la medicación, las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos, considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias.
- Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema, y considerar opciones para reducirlo.¹

En línea con los estudios publicados, destaca con altos porcentajes de acuerdo que el cumplimiento terapéutico pue-

de incrementarse con el establecimiento de una adecuada relación profesional sanitario-paciente, la importancia del papel conjunto entre el médico/enfermera y el cuidador principal del enfermo, la necesidad de contar con fármacos que se toleren mejor, y que el paciente disponga de suficiente información sobre la enfermedad, entre otros. La educación del paciente es un factor clave que debe ser combinada con intervenciones motivacionales centradas en producir cambios significativos en el comportamiento del paciente con relación a su enfermedad y su tratamiento.¹⁴

Por último, los profesionales sanitarios debemos ser conscientes del nuevo paradigma en relación con el manejo de las enfermedades crónicas, que es considerar el papel central y relevante que tiene el paciente y su entorno (familia, comunidad) como copartícipe y responsable del manejo de su enfermedad. El paciente activo, informado y participativo en la toma de decisiones terapéuticas es un buen aliado para lograr un grado de adherencia óptimo para conseguir los resultados en salud deseados.¹

REFERENCIAS

1. Vargas F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Rev. Osteoporosis Metab Miner* 2014 6;1:5-7.
2. Viltó L, Alfonso L, Pérez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(4): 620-630.
3. Rodríguez M, Varela M, Rincón H, Velasco M, Caicedo M, Méndez F, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33(2): 192-199.
4. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul*. 2015; 16(2): 175-189.
5. Díaz M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot* 2014; 7(1): 73-84.
6. García I, Rodríguez M. Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA. *Acta Universitaria* 2014; 24(4): 3-14.
7. Ruiz E, Latorre L, Ramírez A, Crespo R, Sánchez J. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2016; 19(3): 232-241.
8. Tapia L. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema. *CES Movimiento y Salud*. 2014; 2(1): 23-30.
9. Durán R, Magris M, Vivas S, Metzger W. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y de una muestra reducida de pacientes relacionados con la adherencia al tratamiento antimalárico, Municipio Atures, Estado Amazonas, Venezuela. *Boletín De Malariología y Salud Ambiental*. 2014; 54(1): 68-87.
10. Nuñez A, Luque A, Aurióles E, Verdú B, Moreno C, González J. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2014;46 (5): 238-245.
11. Conde P, Pimentel M, Díaz A, Mora T. Estigma, discriminación y adherencia al tratamiento en niños con VIH y SIDA. Una perspectiva Bioética. *Acta Bioética* 2016; 22(2): 331-340
12. Da Silva M, Oliveira A, Marco S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev. Latino- Am. Enfermagem Mayo- Jun*. 2014; 22(3): 491-498.
13. Rojas J, Flores M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichán*. 2016; 16(3): 328-339.
14. Orozco D, Mata M, Artola S, Conthe P, Medivilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria*. 2016; 48(6): 406-429.
15. Pérez J. Adherencia al Tratamiento Farmacológico. *Medicina Respiratoria* 2015; 8(1):47-52.
16. Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH-SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2015; 32(1): 66-72.
17. Cerrano M, Vives M, Mateu C, Vicens C, Molina R, Puebla M, et al. Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. *Actas Esp Psiquiatr Tr* 2014; 42(3): 91-98.
18. Vergara S, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud* 2014; 24(2): 167-173.
19. Martín L, Bayare H, Corugedo M, Isnaga F, Matos Y, Orbay M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(1): 33-45.
20. Márquez V, Granados G, Roales J. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria*. 2015; 47(2): 83-89.
21. Kunert J. Adherencia al tratamiento hipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int*. 2015; 2(2): 43-51.
22. Gallardo C, Gea M, Requena J, Miralles J, Rigo M, Aranáz J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa. *Atención Primaria*. 2014; 46(1): 6-14.
23. Veliz L, Mendoza S, Barriga O. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2015; 32(1): 51-57.
24. Veliz L, Mendoza S, Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovascular en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria* 2015; 12(1): 3-11.
25. Párraga I, López J, del Campo J, Villena A, Morena S, Escobar F. Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepressivo en pacientes que inicia su consumo. *Atención Primaria*. 2014; 46(7): 357-366.

26. Herrero M, Arrossi S, Ramos S, Braga J. Analisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina. Rev Saúde Pública. 2015; 49: 1-9
27. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez O, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultado de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región metropolitana, Chile. Rev Med Chile 2014; 142:1245-1252.
28. Gómez V, Aguirre C, Arévalo P, Hernández A, Casas A. resultado de un programa de rehabilitación pulmonar sobre la adherencia y la técnica inhalatoria en pacientes con enfermedad respiratoria crónica. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(4): 508-515.

ABSTRACT: Background: Non-adherence to drug treatment has been a complex and multifactorial phenomenon since the 1970s. According to the main goal of improving global adherence rates to commonly used treatments, the World Health Organization (WHO) launched in 2001 the Project on Therapeutic Adherence. After that one, there are multiple studies carried out on this subject with a high variability of results. We reviewed the recommendations for the study of therapeutic adherence, the implications and consequences of nonadherence, the scales that evaluate adherence, predictive factors, influencing factors and intervention strategies. **Source:** We identified adherence studies published between 2014-2016. **Development:** WHO defined adherence as the extent to which a person's behavior corresponds to the agreed recommendations of a health care provider, in relation to the taking of the Medication, monitoring a diet or the modification of lifestyle habits. The magnitude of the worldwide non-adherence to Chronic Disease (CHD) treatments ranges from 25% to 50% (even 30-60% in other studies), but this adherence to treatments is much lower in the developing countries Of development due to the scarcity of health resources and inequities in access to health care. **Conclusion:** Interventions to improve adherence should be discussed with the patient, considering their problems and individual needs.

Keywords: Medication Compliance, Medication Adherence, Medication Nonadherence,.