

Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas

Psychological factors and self reported compliance in patients with multiple somatic chronic illness

Marta Martín Carbonell¹, Antonio Riquelme Marín²
y Marcela Lechuga Pallá³

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo detectar las diferencias que hay con respecto a las características psicológicas individuales entre las personas con múltiples enfermedades crónicas que refieren cumplimiento e incumplimiento de los tratamientos indicados. Además, evaluó hasta dónde la respuesta a la pregunta de si se cumple con el tratamiento puede ser una buena medida de la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes. La muestra fue de 303 pacientes que padecían más de una enfermedad y recibían más de dos medicamentos de forma habitual. Se utilizó el Cuestionario Multidimensional PSICRON de Martín. Se hallaron relaciones significativas entre el nivel de escolaridad, el ser trabajador y la edad con el incumplimiento terapéutico, así como la ansiedad y la falta de optimismo como indicadores de malestar emocional.

Palabras clave: Cumplimiento terapéutico; Adherencia; Factores psicosociales.

ABSTRACT

This study had as its aim to detect differences about the individual psychological characteristics among persons suffering multiple chronic illnesses that refer accomplishment or non accomplishment of the indicated treatments. Additionally, the answer to the question of whether the accomplishment could be a good measure of the therapeutic adherence in this kind of patients was evaluated. The sample consisted of 303 patients suffering more than one illness and receiving more than two medicines habitually. The Martín's PSICRON Multidimensional Questionnaire was used. There were found significant relations between scholar level, to be worker, and age, with therapeutic non accomplishment, as well as the lack of optimism as indicators of emotional disturbance.

Key words: Treatment refusal; Adherence; Psychological factors.

INTRODUCCIÓN

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas se vuelve cada vez más trascendente en el control de las enfermedades crónicas, pues el incumplimiento no sólo hace ineficaz el tratamiento prescrito sino que aumenta también los costos de la asistencia sanitaria (Ginarte y Arias, 2001).

¹ Universidad de La Habana, Calle San Lázaro, esq. L. Vedado / Plaza Revolución, La Habana, Cuba, tel. (53)778-32-31, fax (53)733-57-74. Artículo recibido el 27 de septiembre de 2006 y aceptado el 18 de enero de 2007.

² Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, Av. Teniente Floresta 5, 30003, Murcia, España (34)968-36-30-00.

³ Hospital Militar de Santiago de Chile, Av. Holanda 050, Providencia, Mesa Central 3653000, Santiago de Chile.

La falta de adherencia terapéutica genera pérdidas en lo personal, familiar y social. En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas; desde el punto de vista social, significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, además que se prolongan innecesariamente los tratamientos y ocurren recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Ginarte y Arias, 2001). Lamentablemente, las cifras de mala adherencia terapéutica son alarmantemente altas (Aligne, Mosnier, Mistretta y Languier, 2001; Martín, Sayro y Bayarre, 2003; Zapata y Cires, 1998).

Se han utilizado indistintamente los términos “cumplimiento” y “adherencia”, entendidos estos como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad (Ferrer, 1995). La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo (Puente, 1985).

Para explicar el cumplimiento terapéutico se han invocado diversos factores, como la interacción del paciente con el profesional de la salud (Rodríguez-Marín, 1995), las características del régimen terapéutico (Murri, Ammassari, Trotta y cols., 2004), las características de la enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998), el apoyo familiar (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1994) y las peculiaridades psicológicas individuales, entre las que pueden mencionarse las creencias, actitudes, atribuciones, locus de control y representación mental de la enfermedad (Martín y cols., 2003).

La evaluación de la adherencia terapéutica es compleja pues en este caso la confiabilidad y la pertinencia de los métodos adquieren una relación inversa (González y Martín, en prensa). Se plantea que los métodos más confiables —como la medición de concentraciones plasmáticas del medicamento— resultan ser agresivos y molestos, mientras que el autoinforme, considerado por muchos el más apropiado, tiene como limitantes los problemas de memoria del paciente y la sobrenotificación (el paciente sobrestima su cumplimiento

o tiende a reportar un cumplimiento mejor al real debido a la presión social) (OPS, 1994).

Otro de los problemas relevantes en relación a la adherencia es que generalmente se le ha investigado para evaluar su incidencia en la eficacia de programas de tratamiento concretos (por ejemplo, adherencia a programas de ejercicios físicos o a ciertos medicamentos) (Berg, Demas, Howard y cols., 2004), o los investigadores se han interesado en estudiar la adherencia terapéutica en patologías específicas (asma bronquial, enfermedades cardiovasculares, sida, etc.). Sin embargo, en la práctica asistencial lo común es que los pacientes sufran más de una enfermedad crónica —sobre todo las personas de mayor edad—, tomen una gran cantidad de medicamentos y se involucren en cambios de estilo de vida sustanciales (cambios en la dieta habitual, régimen de actividad física, abandono de hábitos perjudiciales, etc.).

Por esta razón, el presente estudio tuvo como objetivo saber si hay diferencias —y la naturaleza de las mismas— con respecto a características psicológicas individuales (creencias, estrategias de afrontamiento, estados emocionales) entre las personas con múltiples enfermedades crónicas que refieren que cumplen o incumplen con los tratamientos indicados. Además, pretendió evaluar hasta qué punto la respuesta a una pregunta sencilla (“¿Considera que cumple Ud. con su tratamiento?”) puede ser una medida adecuada de la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra de 303 pacientes con diversas enfermedades crónicas que recibían tratamiento ambulatorio con antiagregantes plaquetarios, entre otros medicamentos, en el Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular de La Habana. Los pacientes provenían de la consulta dedicada al control del cumplimiento y de los efectos del tratamiento con antiagregantes plaquetarios en diversas patologías. El criterio de inclusión para el estudio fue que el paciente tuviera un tratamiento que incluyera como mínimo más de dos medicamentos desde seis meses antes, para, al menos, dos enfermedades crónicas.

La muestra estuvo constituida por 202 mujeres (66%) y 101 hombres (34%). La edad promedio fue de 60.9 años, con una desviación estándar de 13.28; la edad mínima fue de 16 años y la máxima de 97. El 50.2% (152) de los pacientes tenía algún tipo de relación estable de pareja (145 casados y 7 en unión consensual), mientras que el resto se distribuyó del modo siguiente: 21 personas divorciadas (6.9%), 42 viudos (13.9%) y 47 solteros (15.5%). El 61.4% (186) estaba desocupado por las siguientes razones: 120 (39.6%) estaban jubilados, 56 (18.5%) eran amas de casa y 10 (3.3%) habían sido pensionados por enfermedad. De los 117 trabajadores, 36 trabajaban como técnicos o profesionales, 15 eran obreros y el resto se distribuía en otras profesiones (campesinos, estudiantes, dirigentes, etc.). Predominaron los sujetos con escolaridad media (23.1% de secundaria y 26.4% de preuniversitario); 24.1% tenía escolaridad primaria y el resto eran universitarios. Las enfermedades que padecían eran hipertensión arterial (54.6%), diabetes mellitus (37.8%), cardiopatías isquémicas (23.2%), enfermedades osteomioarticulares y reumáticas (68.4%) y cáncer (7.4%). Predominaron los sujetos con diabetes mellitus e hipertensión arterial (37.8%).

Instrumento

Los pacientes eran valorados en la primera consulta por el médico que indicaba los estudios complementarios y los remitía a la consulta de evaluación psicológica. A todos los pacientes se les aplicó el Cuestionario Multidimensional para la Evaluación de Enfermos Crónicos (PSICRON), un instrumento computarizado que permite evaluar de forma rápida y confiable los principales factores psicológicos que pueden ser determinantes en el curso de las enfermedades crónicas (Martín, 2005). El PSICRON fue diseñado y validado para facilitar la implementación de la atención psicológica a los enfermos crónicos en la práctica asistencial, teniendo en cuenta las características actuales de la organización de los servicios de salud (que exige la abreviación de los tiempos dedicados al diagnóstico y tratamiento), la escasez de personal capacitado, la necesidad de favorecer la comunicación multidisciplinaria, y las características de este tipo de enfermos que no solicitan voluntariamente la

atención psicológica y que en ocasiones pueden valorarla como una “agresión” a su “rol de enfermo” (Martín, 2004). Consta de un cuestionario de cuarenta preguntas que permiten evaluar factores psicológicos protectores y perjudiciales, catorce para conocer aspectos relativos a la “dolencia” (o sea, las opiniones del paciente acerca de cómo la enfermedad y su tratamiento afectan su calidad de vida y su realización personal) y tres para los profesionales de la salud para evaluar la justificación biomédica de las quejas, la presencia de factores de riesgo y la limitación de la actividad. El cumplimiento terapéutico se valora a través de una sola pregunta: “¿Cumplo correctamente con el tratamiento que me ha indicado el médico?”, a la cual el sujeto debe responder si está de acuerdo, en desacuerdo o escoger una opción intermedia.

RESULTADOS

El 78.9% de los pacientes respondió que cumplía correctamente con el tratamiento indicado, mientras que 21.1% contestó negativamente o escogió una opción intermedia.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas con la prueba X^2 en la referencia de cumplimiento con respecto al sexo, ni entre los sujetos que tenían y los que no tenían una relación de pareja estable, pero sí con respecto a la ocupación ($p = .001$) ya que los sujetos trabajadores dieron más respuestas de incumplimiento o de cumplimiento intermedio que los desocupados; y también con respecto al nivel de escolaridad ($p = .001$), pues los sujetos de mayor nivel escolar respondieron con mayor frecuencia que incumplían o cumplían parcialmente con el tratamiento.

Se encontró una correlación de 0.262 ($p = .01$) entre la edad y el cumplimiento, es decir, a mayor edad, mayor tendencia a referir cumplimiento terapéutico. Sin embargo, al dividir la muestra por rangos de edades, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba X^2 en los diferentes grupos de edad. Aunque este resultado no es válido ya que se encontraron dos celdas con frecuencias esperadas menores a 5, resulta interesante describirlo por las implicaciones que tiene para lo que se está analizando. En primer lugar, predominan los sujetos mayores de 40 años,

lo que se explica por la edad de inicio relativamente tardía de la mayoría de las enfermedades que padecen los sujetos de la muestra; además, la mayor cantidad de personas que refieren incumplimiento se encuentran en el grupo de sujetos de

41 a 50 años (48.8%), justamente el grupo en que se concentra la mayor cantidad de sujetos que trabajan y en el que predominan las personas con los mayores niveles de escolaridad.

Tabla 1. Nivel de significación de las diferencias de acuerdo al Anova One-Way y valores de media obtenidos por los sujetos que cumplen y no cumplen en las subescalas del PSICRON.

	p	PPC	PPI
Afrontamiento			
Afrontamiento defensivo	(.000)	2.2	1.9
Afrontamiento activo	(.000)	2.8	2.6
Búsqueda de experiencias positivas	(.000)	2.7	2.5
Búsqueda de apoyo	(.033)	2.7	2.5
Creencias			
Creencias en control médico	(.000)	2.8	2.5
Creencia en autocuidado	(.000)	2.8	2.3
Creencia en autocontrol	(.000)	2.6	2.1
Otras subescalas			
Apoyo	(.000)	2.8	2.4
Conocimiento de la enfermedad	(.000)	2.6	2.1
Optimismo	(.000)	2.5	2.2

PPC = Puntuación promedio en cumplimiento.
PPI = Puntuación promedio en incumplimiento.

Estos resultados coinciden con los reportados por Martín y cols. (2003), y también con los de Vergel (1995) en sendos estudios con hipertensos en los que se evaluó también la adherencia por medio de la referencia del sujeto; sin embargo, en un estudio de Gacel (2001) con pacientes diabéticos se comprobó que la respuesta a la pregunta que se utiliza en PSICRON para evaluar el cumplimiento terapéutico no correlaciona significativamente con el cumplimiento evaluado mediante una entrevista a profundidad realizada por un psicólogo experto, pues las personas tienden a reportar mejor cumplimiento del que realmente tienen. La asociación frecuentemente detectada entre escolaridad y vinculación laboral con el reporte de cumplimiento terapéutico, que también aparece en este estudio, podría indicar entonces que tales variables, más que estar asociadas al cumplimiento en sí mismo, con lo que se asocian es con la veracidad de la referencia de cumplimiento, o sea, la personas con mayor nivel cultural y vinculadas a actividades laborales son más sinceras al momento de reportar incumplimiento.

El análisis de varianza *oneway* permitió hallar diferencias significativas en las medias de las puntuaciones obtenidas por los pacientes que refieren

cumplimiento con respecto a ciertas estrategias de afrontamiento, tipos de creencias, apoyo social, conocimiento de la enfermedad y optimismo, y los que no lo hacen (véase Tabla 1). Los tipos de afrontamiento fueron el afrontamiento activo, la búsqueda de experiencias positivas, la búsqueda de apoyo y el afrontamiento defensivo. Se encontraron diferencias en las creencias de control con respecto a la creencia en el control médico, el autocuidado y el autocontrol; en todos esos casos, los sujetos que refieren cumplimiento obtuvieron mayores calificaciones, lo que podría suponer que las personas que refieren cumplimiento tienen tendencia a dar respuestas positivas a las preguntas de alta deseabilidad social. Sin embargo, también se encontraron diferencias significativas en la variabilidad de las respuestas (test de homogeneidad de varianza) en afrontamiento activo, creencias de prevención, creencia en el control médico, creencia en el autocuidado, búsqueda de experiencias positivas, optimismo, apoyo social percibido, ansiedad y conocimiento de la enfermedad. En otras palabras, si bien parece que los sujetos que refieren cumplimiento también tienden a dar respuestas “mejores” a las preguntas que pudieran ser consideradas de alta deseabilidad social, esta no parece

ser la única variable asociada al reporte del cumplimiento terapéutico.

Este estudio apunta a que el reporte del cumplimiento terapéutico está influido por variables de índole socioeconómica, tales como la edad, la escolaridad y la vinculación laboral, así como por variables individuales, como la tendencia a dar respuestas de alta deseabilidad social, las creencias acerca de cómo se controla la enfermedad, las creencias de autocontrol y las estrategias de afrontamiento, tal y como han reportado otros autores (Pennebaker, 1993; Sternbach, Wolf, Murphy y Akeson, 1973). De acuerdo con este estudio, indicadores de malestar emocional como la ansiedad y la falta de optimismo parecen estar asociados al reporte de incumplimiento, que podría ser visto entonces como una estrategia para solicitar apoyo por parte del equipo médico. Se ha plan-

teado que las personas con malestar emocional hacen mayor uso de los servicios de salud y reportan más quejas de salud; en este sentido, el reporte de incumplimiento terapéutico podría ser valorado más como un indicador de malestar emocional que como un acto de sinceridad. Visto desde esta perspectiva, preguntar al paciente si cumple adecuadamente con el tratamiento médico prescrito, más que brindar información veraz acerca de ello, ofrecería información acerca de la actitud y las expectativas del paciente hacia la atención psicológica y médica.

No se evaluaron en el presente estudio otras variables relevantes para el estudio del reporte del cumplimiento terapéutico, como son la relación entre el médico y el paciente y la complejidad de los tratamientos, las que deberán ser abordadas en posteriores investigaciones.

REFERENCIAS

- Aligne, C., Mosnier, M., Mistretta, F. y Larguier, J.S. (2001). Survey on adherence to hygiene and dietary rules in patients with arterial occlusive disease. *Journal de Maladies Vasculaires*, 26(4), 2001, 252-257.
- Amigo V., I, Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Berg, K.M., Demas, P.A., Howard, A.A., Schoenbaum, E.E., Gourevitch, M.N. y Arnsten, J.H. (2004). Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1111-1117.
- Ferrer, V.A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Psicología y Salud*, 7(1), 34-61.
- Gacel, J.A. (2001): *Validación del Cuestionario PSICRON en una muestra de pacientes diabéticos*. Tesis para la obtención del título de Especialista en Psicología de la Salud. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Ginarte, R. y Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
- González, M. y Martín, M. (Eds.) (en prensa). Instrumentos de evaluación psicológica en salud. La Habana: Ciencias Médicas.
- Martín, M. (2004). Elaboración y validación de un instrumento para la evaluación de los factores psicológicos que intervienen en el curso de las enfermedades crónicas: PSICRON. *Psicologia.com*, 28(2), julio. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/128/>.
- Martín, M. (2005). PSICRON: Una metodología computarizada para optimizar la asistencia, la investigación y la docencia con pacientes con enfermedades crónicas. En P. Vera y L. Oblitas (Eds.): *Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud*. Disponible en línea: www.psicologiacientifica.com.
- Martín A., L., Sayro A., M. y Bayarre V., H. (2003). Frecuencia del cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 11-25.
- Murri, R., Ammassari, A., Trotta, M.P., Luca, A.D., Melzi, S., Minardi, C., Zaccarelli, M., Rellecati, P., Santopadre, P., Soscia, F., Scasso, A., Tozzi, V., Ciardi, M., Orofino, G.C., Noto, P., Monforte, A., Antinori, A. y Wu, A.W. (2004). Patient-reported and physician-estimated adherence to HAART. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1104-1110.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 116(6), 518-534.
- Pennebaker, J.W. (1993). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia (España): Promolibro.
- Puente S., F. (1985). *Adherencia terapéutica*. México: La Vanguardia de la Salud.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En J. Rodríguez-Marín (Ed.): *Psicología social de la salud* (pp. 151-160). Madrid: Síntesis.

- Sternbach, R., Wolf, R.S., Murphy, R.W. y Akeson, W.H. (1973). Traits of pain patients: the low back "loser". *Psychosomatic Medicine*, 14, 226-229.
- Vergel R., G. (1995). Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(2), 150-156.
- Zapata M., A. y Cires P., M. (1998). Cumplimiento del tratamiento para el asma bronquial en los pacientes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(6), 522-526.