

VII

EL ESTUDIO DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

J.A. Flórez Lozano

Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo

«El corazón tiene razones que la razón no comprende».

Pascual

INTRODUCCIÓN

El problema del incumplimiento terapéutico representa uno de los fallos más importantes que tienen lugar en el marco del personal sanitario (PS)-enfermo, tanto por las repercusiones económicas como por el impacto que puede tener en la salud individual del paciente. La inobservancia o no adherencia a las prescripciones terapéuticas representa un grave problema; puede tener múltiples consecuencias especialmente relevantes: sobredosis, recurrencia de una infección, respuesta excesiva del organismo, errores en la evaluación y seguimiento, etc.

Cada vez más se está advirtiendo el frecuente incumplimiento de las prescripciones terapéuticas, especialmente aquellos que acuden a las consultas médicas. Son muchas las variables psicosociales y afectivas que interactúan para que en definitiva el cumplimiento terapéutico sea adecuado o no. Balint (1957) decía que existía una negociación entre médico y paciente para llegar a un acuerdo del diagnóstico y del tratamiento. En la mayoría de los estudios se dice que la causa primordial es la falta de una *interacción efectiva y afectiva entre el médico y el paciente*. De alguna forma, el incumplimiento terapéutico también expresa una discrepancia cognitiva entre los modelos de «salud, enfermedad» que manejan las enfermeras y los pacientes. Como es natural, el incumplimiento terapéutico representa una frustración para el médico y/o enfermera y una disminución de la calidad del tratamiento.

La clave, probablemente, del fracaso terapéutico radica en la relación «médico-enfermo»; ésta nunca podrá lograr el grado de perfección deseada sin una comunicación eficaz entre el médico/enfermera y el paciente. Tal como ha expresado Laín Entralgo: «Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo»... «El encuentro personal entre el médico y el enfermo y la relación diagnóstico-terapéutica a él consecutiva son absolutamente imprescindibles para una práctica humana del arte de curar»...

Como es natural, esta relación terapéutica, base de cualquier proceso curativo o de intervención de enfermería, ha ido cambiando como consecuencia de los avances técnicos y científicos, así como consecuencia de los cambios socioculturales. Pero en todo caso, es necesario formar a médicos y enfermeras en la necesidad de mantener y desarrollar esta relación como un instrumento terapéutico imprescindible en el acercamiento, cuidado y atención del enfermo, y que además, es perfectamente compatible -como es natural- con el uso de cualquier tipo de tecnología por muy avanzada que ésta sea. Esta pérdida de la *calidad humana* es motivada principalmente por: a) el gran avance técnico de los medios de diagnóstico y tratamiento; b) por la actitud del médico que a veces confía más en los medios complementarios que en el diálogo y en la observación clínica; c) por la profunda especialización de las ciencias médicas y de la enfermería; d) por la excesiva demanda de la salud y asistencia por parte de la población (prácticamente la asistencia sanitaria se ha extendido a toda la sociedad y ello -que es perfectamente deseable- ha masificado totalmente la sanidad pública).

En fin, la fuerte influencia de la economía en la práctica médica, los conflictos en la relación «médico-enfermo», el deber profesional, el prestigio, la vocación, la personalidad de ambos entes, el tipo de enfermedad y la actitud del médico y de la enfermera, así como el lugar y las circunstancias en las que se produce la relación, son algunas de las variables más importantes y determinantes en la explicación del incumplimiento terapéutico.

Tal como ha señalado Balint, el papel mayúsculo del médico y la enfermera en el cumplimiento terapéutico radica, precisamente, en el hecho de que ellos mismos son los principales medicamentos. La índole de esta relación, señala Laín Entralgo, depende ante todo de la necesidad que sufre el enfermo (recobrar la salud) y de la capacidad de ayuda que posee el médico para conseguir el alivio o curación del enfermo.

La relación «médico-enfermo» ideal comporta los siguientes momentos psicológicos: afectivo (amistad), cognoscitivo (diagnóstico), operativo (tratamiento), ético (normas morales a las cuales debe someterse la amistad, el diagnóstico y el tratamiento) y situación social (Fig. 1).

Probablemente, los fallos que terminan en el incumplimiento terapéutico y en la insatisfacción del paciente tengan su origen en la falta de una *auténtica vinculación afectiva* que ya encontramos entre los médicos de la cultura helénica. En efecto, Laín Entralgo, en su libro «La relación médico-enfermo», se refiere a dos citas de Séneca y de Paracelso, que son, quizás, la expresión más clara del carácter amistoso (amoroso) que debe tener una relación idónea entre el médico/enfermera y el paciente. La cita de Séneca es suficientemente ilustrativa: «Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros, y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad».

La referencia de Paracelso, por su parte, no es menos ilustrativa y dice así: «El más hondo fundamento de la medicina es el amor... Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados serán también nuestros frutos; pues el amor es el

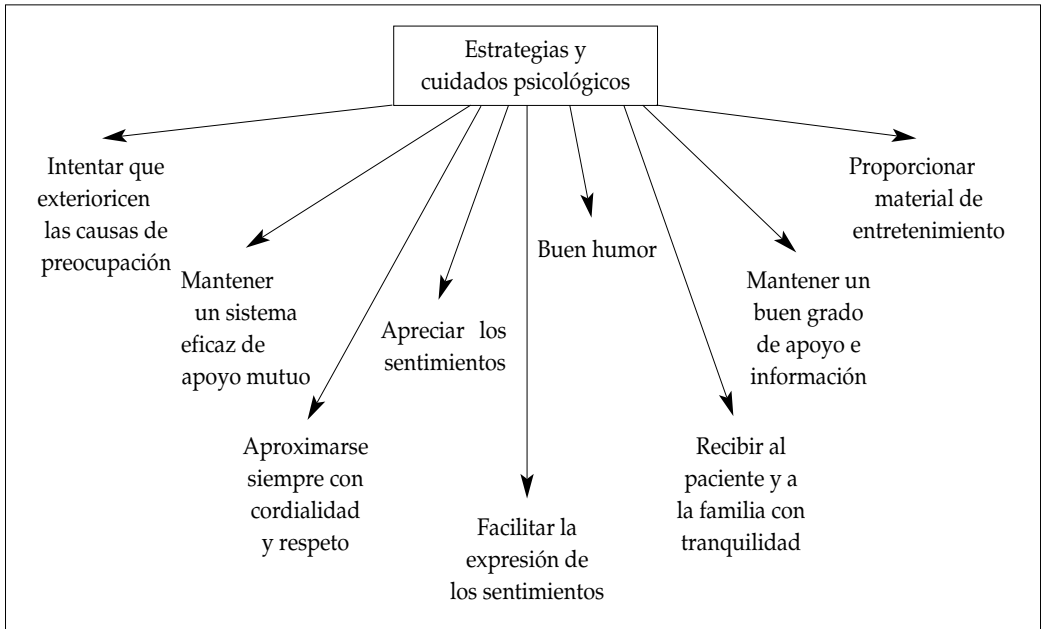


Figura 1. Intervención psicológica para mejorar el índice de satisfacción del paciente.

que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico»... Para saber acerca del enfermo, para conocer su personalidad y su medio ambiente, para conocer su actitud ante la enfermedad y su modo de vivirla, es necesario, ante todo, preguntar y escuchar. Es necesario suscitar la comunicación en el enfermo y, sobre todo, *escuchar*. La comunicación es «toda transmisión de información que se lleva a cabo mediante la percepción y recepción de un mensaje». En la relación terapéutica que estamos tratando hay que conseguir el máximo efecto «placebo» y la «palabra», indudablemente, es el primer instrumento terapéutico que habrá de manejar adecuadamente el médico y la enfermera.

Tal como decía Sartre, «la palabra es sacra para quien la pronuncia y mágica para quien la escucha»; es, sin duda, el primer agente terapéutico y a veces el único. Pero la intensidad del vínculo en esta profunda relación que determina el grado de «cumplimiento terapéutico» depende de la actitud del médico y/o enfermera, de la habilidad terapéutica, de la confianza del paciente en la persona del médico/enfermera y de su voluntad de curarse. Es necesario, en fin, entender antropológicamente la enfermedad y el acto terapéutico, tratando de conseguir esa «transferencia afectiva» imprescindible para el cumplimiento terapéutico.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Se estima que aproximadamente entre el 25 y el 50% de los pacientes ambulatorios no siguen la prescripción de fármacos (Blackwell, 1973). Sin duda, es muy optimista pensar que aproximadamente el 30% de los pacientes que han empezado un tratamiento con antidepresivos o hipnóticos, lo estará tomando seis meses más tarde. En el primer caso, el consejo médico estandarizado es

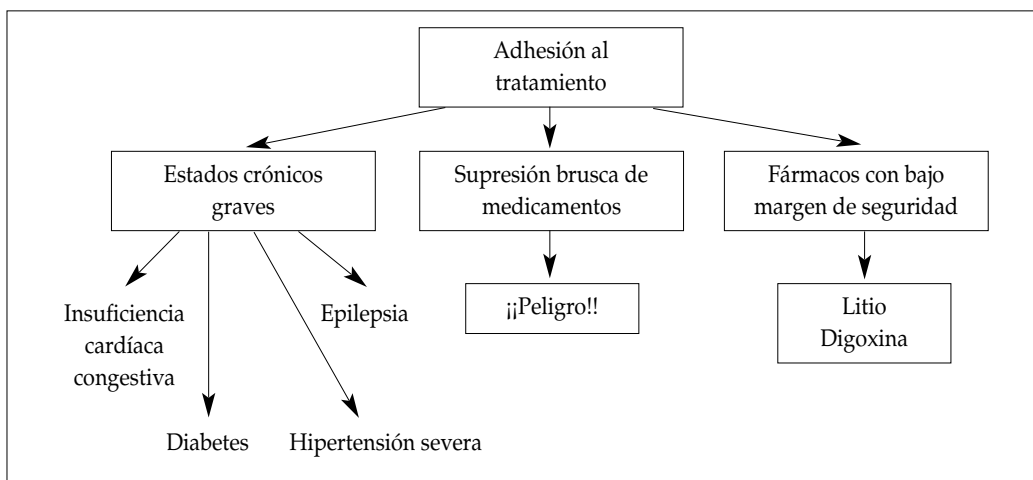


Figura 2. Situaciones en que es fundamental mantener la adherencia al tratamiento.

que los fármacos deben de tomarse al menos durante nueve meses, mientras que en el segundo supuesto, sólo se recomienda el tratamiento durante una semana; no obstante, como puede comprobarse el efecto de los consejos terapéuticos no parece -en la práctica- ser muy importante.

El término «adhesión al tratamiento» quiere indicar *que los pacientes toman demasiados fármacos, insuficientes fármacos o, que simplemente, los toman erróneamente*. Como es natural, en muchos pacientes puede «no importar» que no tomen determinadas sustancias o medicamentos y que no acepten el consejo del profesional sanitario. Así, por ejemplo, tranquilizantes o prescripciones determinadas para atajar un resfriado pueden no tener ninguna implicación para el individuo cuando éste no sigue escrupulosamente la prescripción.

No obstante, existen una serie de factores que consideramos fundamentales en el seguimiento y cumplimiento terapéutico adecuados:

- Por ejemplo, en estados crónicos graves representados por enfermedades como la epilepsia, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión severa, enfermedades respiratorias, etc.
- Enfermedades o situaciones en las que podría resultar «peligroso» la supresión súbita de los fármacos, tal como sucede, por ejemplo, cuando se utilizan los corticosteroides.
- Patologías de diversa índole (muy importantes) tratadas con fármacos que tienen un bajo margen de seguridad, por ejemplo, el litio y la digoxina. De acuerdo con Noyce (1982), existen básicamente tres tipos de razones que explican la «no adherencia al tratamiento», y que son: volitivas, accidentales y circunstanciales (Fig. 2).

Los argumentos «volitivos», como su nombre indica, hacen referencia especialmente a la «voluntad» y ésta se puede hallar debilitada como consecuencia de fallos en la relación «personal sanitario-enfermo», de trastornos de la personalidad (trastornos de conducta, trastornos de angustia, desórdenes de la personalidad, etc.), de patologías infecciosas o víricas, etc. En cualquier caso, queda claro que debemos restaurar la integridad de la voluntad -muchas veces deteriorada- sin la cual sería imposible conseguir la cooperación del paciente, indispensable para una terapia eficaz y operativa. Los aspectos

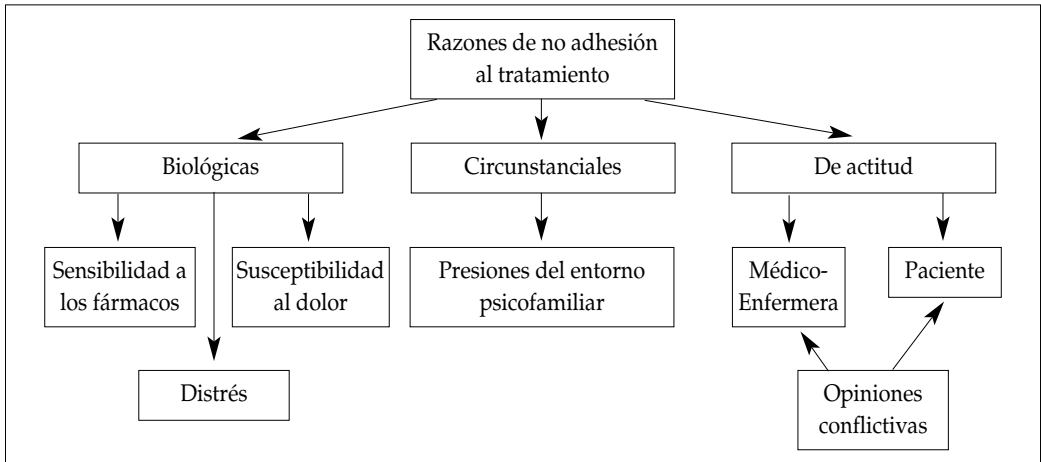


Figura 2a. Razones por las que el paciente no se comporta como el médico esperaría o desearía.

«accidentales» se refieren a posibles fallos de memoria (personas de edad avanzada, postraumatizados, etc.), a falta de comprensión y a la complejidad terapéutica. De igual forma, los aspectos «circunstanciales» hacen referencia fundamentalmente a los «efectos secundarios» que generalmente tienen la mayoría de los productos farmacológicos utilizados y que, en ocasiones, resultan realmente muy desagradables. Tal como apuntó Laporte, existen «efectos colaterales» que son la expresión inevitable de la multiplicidad de efectos que producen en el organismo una o varias acciones farmacológicas y que dependen inexplicablemente de su naturaleza química (efectos secundarios de betabloqueantes adrenérgicos, corticoides, narcóticos, etc.). También hay que tener en cuenta los «efectos secundarios propiamente dichos», que constituyen la eventual consecuencia de una acción terapéutica (alteración de la flora microbiana intestinal tras el uso de algunos antibióticos orales, etc.). Desde el punto de vista del incumplimiento terapéutico hay que subrayar que los efectos colaterales son más frecuentes y, probablemente, constituyen una mayor causa de abandono que los efectos propiamente secundarios (Fig. 2a).

Existe, por otra parte, una gran variación en las conductas «incumplidoras», dependiendo fundamentalmente de si el régimen terapéutico es a corto o a largo plazo. Sackett y Snow (1979), por ejemplo, hablan de un rango de incumplimiento que oscila entre un 18 y un 89%, con una media del 62%. En regímenes preventivos estos mismos autores refieren un rango de incumplimiento entre un 33 y un 94%, con una media del 57%; con prescripciones a largo plazo, el rango de incumplimiento va aproximadamente desde un 41 a un 69%, con una media del 54% (Fig. 2b).

Levy (1974), por su parte, había obtenido porcentajes de incumplimiento terapéutico que oscilaban entre un 37,5% y un 48,7% en cuanto a las prescripciones de medicación, una media del 49,4% en cuanto a recomendaciones de dieta y del 54,6% en cuanto a otros consejos.

Estos datos nos parecen especialmente significativos y nos demuestran -más bien recuerdan- que el posible paciente es de hecho un «potencial incumplidor» y que por ello será necesario desplegar todas las acciones necesarias y contundentes desde el punto de vista de la «educación para la salud», para poder conseguir plenamente el efecto deseado (Fig. 3).

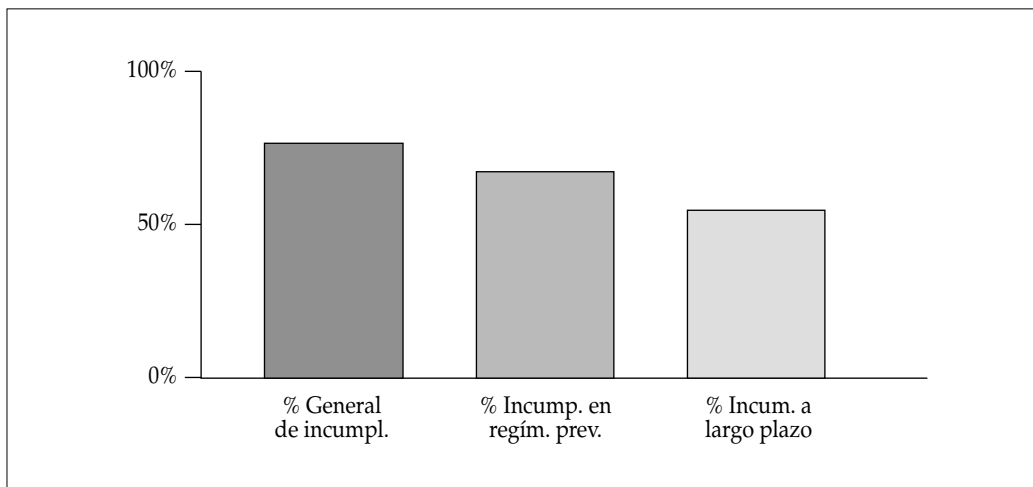


Figura 2b. Porcentajes de conducta incumplidora.

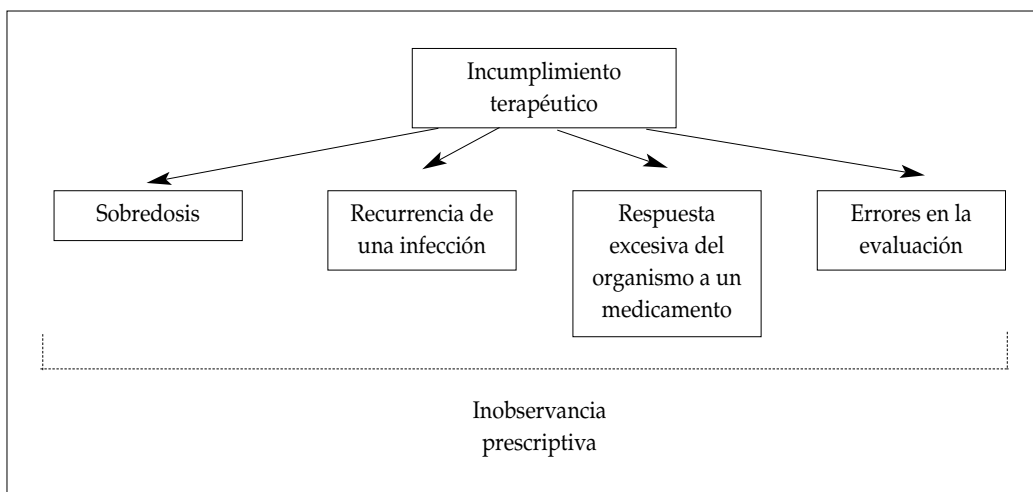


Figura 3. Consecuencias del incumplimiento.

CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIAL

Inevitablemente, ya nos hemos referido a algunas causas (físicas, psicológicas y/o sociales) que intervienen necesariamente en la conducta incumplidora. De todas maneras, vamos a tratar de sistematizar las causas más significativas que, por otra parte, se apoyan en estudios científicos perfectamente contrastados. En aras de tal sistematización, como una presentación didáctica, puesto que el proceso es mucho más complejo, podemos resumir dichas causas de la «conducta incumplidora» en los siguientes apartados:

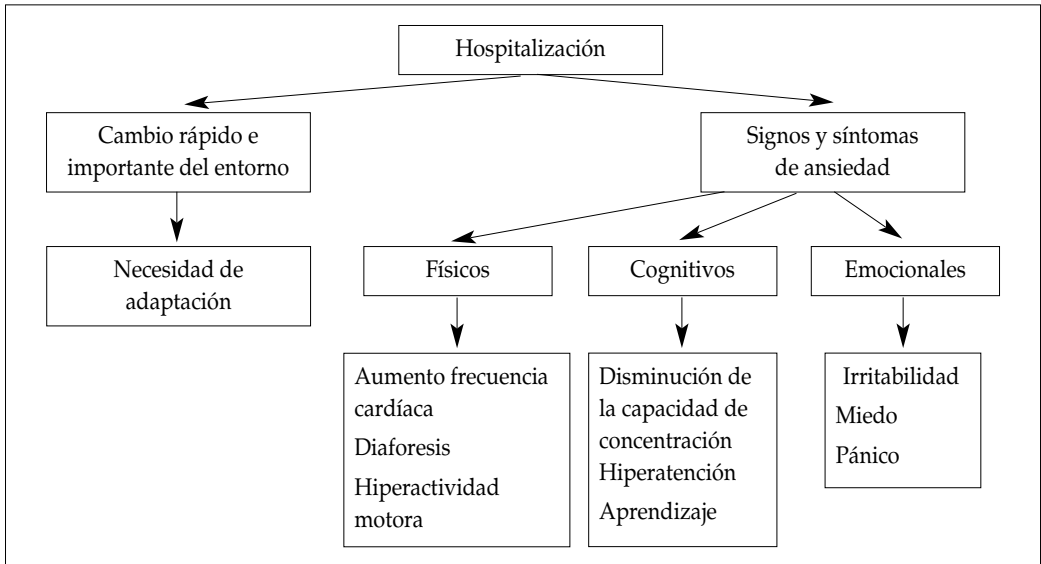


Figura 4. Aspectos psicológicos en la hospitalización.

Factores psicológicos relativos al propio paciente

En este apartado incluimos variables relativas a la «psique» individual que, bien por la estructura de la personalidad y/o carácter, por la inteligencia, edad y por la «red» social, intervienen de forma contundente en el cumplimiento terapéutico. En efecto, *la complejidad del tratamiento* en lo que se refiere a número de medicamentos a tomar, pauta posológica, prescripción, déficit informativo, etc., hace que se produzca un cierto «confusionismo» que favorece el olvido (Figs. 4 y 5).

Evidentemente, los «regímenes simplificadores» elevan el grado de cumplimiento terapéutico de forma ostensible. En este sentido, cuanto menor es el número de medicamentos prescritos y más reducido el número de tomas al día, es decir, *cuanto más simple es el régimen terapéutico*, mayor es la adhesión del paciente al mismo y mejor el cumplimiento terapéutico. En definitiva, *los regímenes más simples son los tratamientos de una sola vez* (por ejemplo, el tratamiento de la gonorrea con una inyección única). Cuando los pacientes tienen que recibir un tratamiento con mayor frecuencia el plan ideal consiste en simplificar el régimen todo lo que sea posible; una vez al día resulta mucho más fácil de recordar varias veces al día. En la actualidad, muchos preparados pueden prescribirse en formulaciones de una sola vez al día; también es importante prescribir tan pocos preparados como sea posible; no obstante, cuando se prescribe más de un comprimido al mismo tiempo es importante asegurar que el horario posológico para todos los comprimidos, en todo lo posible, sea el mismo; prescribir un comprimido tres veces al día y otro cuatro veces al día puede ser innecesariamente confuso. En la mayoría de los pacientes se admite que difícilmente *pueden manejar más de tres preparados distintos* (Fig. 5a).

Evidentemente, estas reflexiones están apoyadas por una serie de datos clínicos. Así, por ejemplo, Ayd ha demostrado en pacientes depresivos tratados con una sola toma al día que el «cum-

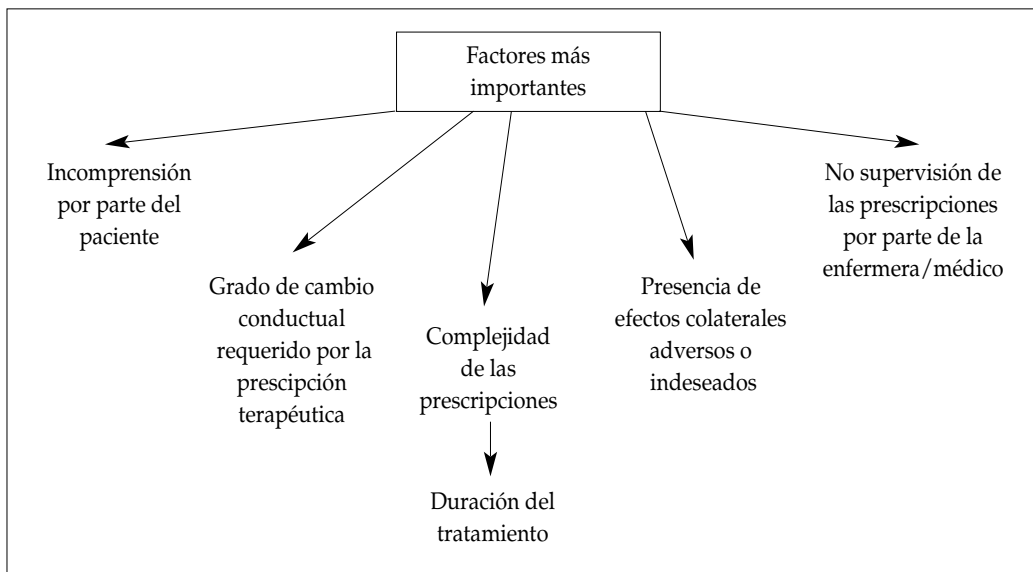


Figura 5. Factores más importantes asociados a la conducta incumplidora.

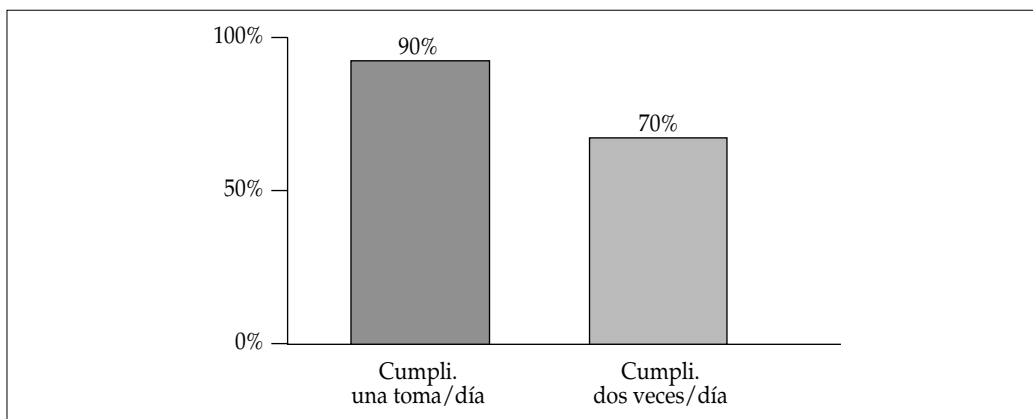


Figura 5a. Influencia del número de tomas en el cumplimiento terapéutico de pacientes depresivos.

plimiento terapéutico» llega a ser mayor del 90%. Tal porcentaje disminuye al 70% cuando el tratamiento incorpora dos tomas al día. En el caso de tres tomas o más, según Blackwell, el grado de cumplimiento apenas supera el 30% de los pacientes depresivos.

Resultados similares se han obtenido también con otra serie de productos farmacológicos, como por ejemplo, con la penicilina. Así, por ejemplo, Bergman y Werner en tratamientos con penicilina que suponen varias tomas al día, en pacientes que padecían una infección estreptocócica de vías respiratorias altas y en tratamientos de un máximo de diez días, han obtenido un 56% de conducta incumplidora al tercer día, un 71% el sexto día y un 82% al noveno día. En enfermedades graves como en la misma «insuficiencia cardíaca congestiva» (con tratamientos con digoxina), tam-

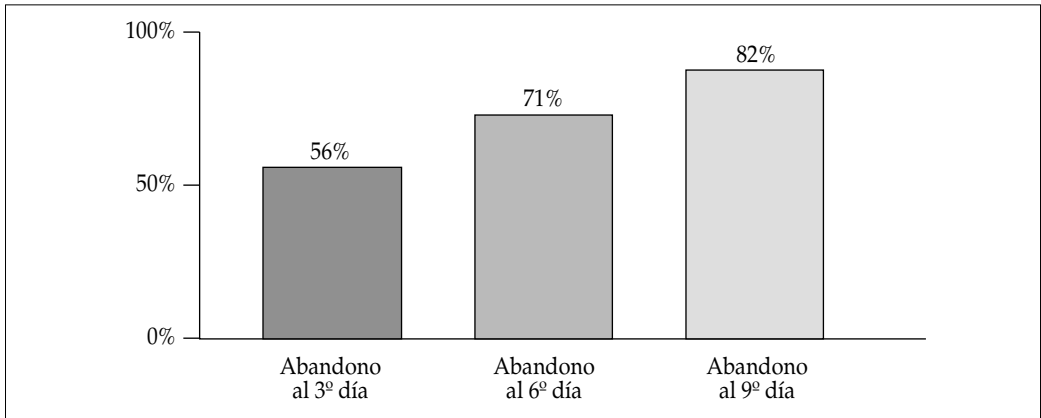


Figura 5b. Evolución del cumplimiento terapéutico en pacientes con infección estreptocócica de vías respiratorias altas.

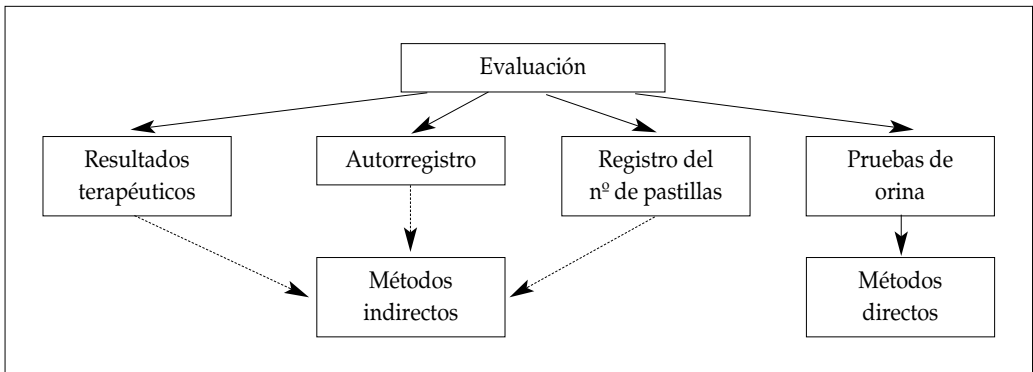


Figura 6. Evaluación de la conducta incumplidora.

bién disminuye significativamente el cumplimiento terapéutico al añadir potasio y un diurético al tratamiento (Fig. 5b).

Evidentemente, la *evaluación que realiza el propio enfermo*, es decir, la capacidad de resolver o mitigar la alteración patológica, que es interpretada por el propio enfermo como desaparición o disminución de la propia sintomatología, también influye en el grado de cumplimiento terapéutico. El *alivio rápido de los síntomas*, como en el caso de los procesos reumáticos, estimula al paciente a seguir cumpliendo correctamente el tratamiento y contribuye a mejorar su estado psicossomático; otras veces, como en el caso de los procesos infecciosos agudos, el alivio de los síntomas precisamente será causa de abandono del programa terapéutico (Fig. 6).

Otro factor que necesariamente debemos de considerar en este contexto, es el relativo a la alteración de los hábitos de *vida y costumbres* que la medicación podría producir en el paciente y en su entorno familiar. Así, por ejemplo, no poder tomar los medicamentos junto a las comidas, tener que interrumpir el sueño a las dos de la madrugada, desplazarse hasta un centro sanitario, no po-

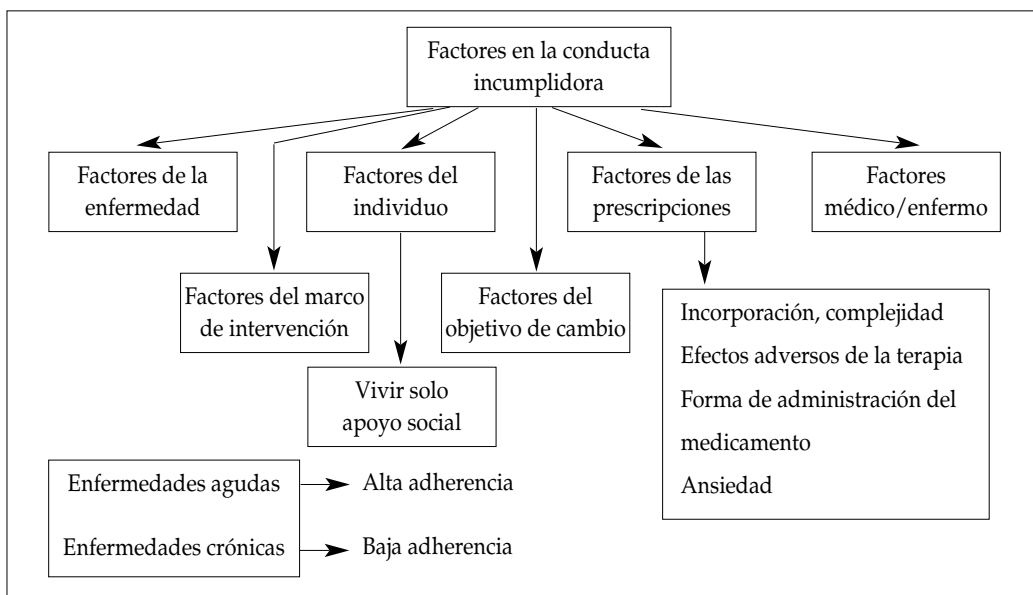


Figura 7. Factores responsables de la conducta incumplidora.

der «beber ningún tipo de alcohol», no poder practicar ninguna actividad deportiva, etc., constituyen interferencias importantes que pueden condicionar indefectiblemente el cumplimiento.

Uno de los factores que parece estar muy relacionado con el cumplimiento terapéutico es el de la calidad de *interacción y comunicación entre el personal sanitario (médicos y/o enfermeras) y el paciente*. Particularmente, la acción de este factor es notoria en el caso de enfermos con una personalidad introvertida y que, además, tienen una red psicosocial más pobre (menos apoyo psicosocial) (Fig. 7).

Dos son los aspectos fundamentales de la interacción: la efectividad y habilidad con la que se ofrece la información precisa para afrontar las recomendaciones y el posible impacto emocional de la interacción-comunicación. El mensaje interpersonal puede originar niveles de satisfacción, sorpresa o irritación y rechazo. Es necesario insistir y así lo haremos en la tremenda importancia que tiene la comunicación no verbal (CNV) en todo el proceso interactivo, atendiendo especialmente a variables fundamentales como *proximidad-lejanía, apariencia, gestos, dirección de la mirada, tono de voz, habilidad expresiva, etc.* Este tipo de habilidad expresiva se relaciona positivamente con la satisfacción del paciente.

Por otra parte, generalmente, existe una *mala interpretación de los diversos mensajes entre los dos entes fundamentales de la interacción (médico/enfermera-paciente)*. En efecto, Boyd encontró que alrededor del 60% de los pacientes tenían una interpretación errónea de los mensajes terapéuticos y curativos, especialmente los que hacían referencia al orden de la medicación, la forma de llevar a cabo la misma, etc. En consecuencia, sólo *una clara y correcta información específica para cada paciente*, de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad, personalidad, etc., puede incrementar el grado de adherencia terapéutica. El paciente tiene que conocer suficientemente y correctamente la prescripción terapéutica asignada, así como el conjunto de cuidados y atenciones sanitarias previstas (Fig. 8).

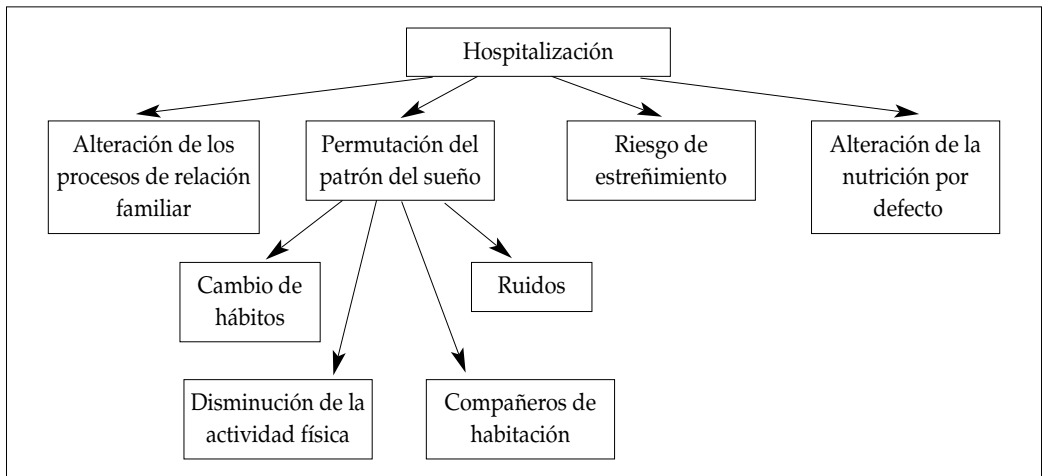


Figura 8. Problemas psicológicos básicos durante la hospitalización.

En relación a los factores psicológicos implícitos en la conducta adherente, hay que tener en cuenta también la influencia de las actitudes, creencias, valores, intenciones, etc. Factores relativos al aprendizaje también explican el mayor o menor grado de adherencia; en efecto, el alivio del dolor agudo insoportable con un cierto medicamento, una determinada dosis, durante un tiempo, produce una conducta aprendida que posteriormente facilita el cumplimiento terapéutico en cualquier tipo de afección.

Existen, asimismo, características propias de la personalidad que influyen en este comportamiento ante un tratamiento o prescripción. Davis (1966), en una encuesta realizada a médicos y enfermeras, encontró que aproximadamente el 67% explicaba el «incumplimiento» o la «no adherencia» debido a que no existía una «personalidad cooperativa» o que eran «inmaduros», «irresponsables» e «impulsivos». La personalidad, por lo tanto, es predictora de conductas «no adherentes» y en este sentido, se necesitan estudios más finos y, consecuentemente, intervenciones psicoterapéuticas que faciliten un grado mayor de adherencia.

Por otra parte, *las creencias de salud* muy afines al propio contexto sociocultural del individuo son a veces determinantes del cumplimiento o no. Lo que piensa un sujeto acerca de su enfermedad, lo que le han dicho sus amigos, sus familiares, sus antepasados, los curanderos, el conocimiento de las plantas y de otras «medicinas» clásicas o «populares», etc., ejercen una presión psicológica notable que el personal sanitario no debe menospreciar ni ignorar. Una vez más, tenemos que recordar que *no hay enfermedades sino enfermos*, y que cada uno de ellos necesita un tratamiento especialmente diseñado de acuerdo con su historial médico, con su contexto sociocultural, con su personalidad, etc. También tenemos que aludir a los aspectos psicodinámicos o psicoanalíticos, motivos inconscientes desconocidos que obedecen particularmente a conflictos infantiles, traumáticos, educativos, afectivos, etc. (Fig. 9).

En conjunto, como vemos, existe una gran variabilidad entre los diversos factores que explican la «conducta incumplidora». De todas ellas, merece la pena destacar que la variable «*vivir solo*» se

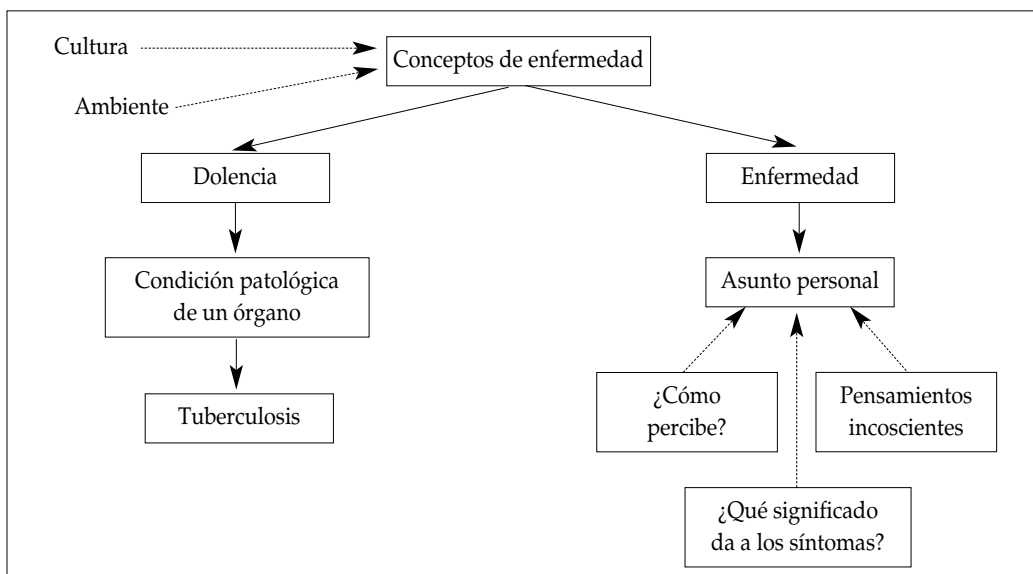


Figura 9. Diferentes conceptos de la enfermedad en función de la cultura y el ambiente.

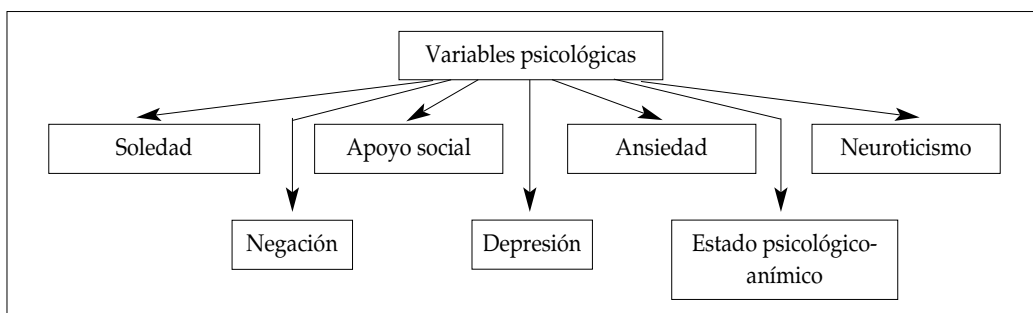


Figura 9a. Factores psicológicos individuales asociados a la conducta incumplidora.

identifica muchas veces con el abandono terapéutico; de ahí el interés que en determinados pacientes (sobre todo ancianos) sea muy interesante la búsqueda de grupos de apoyo, «voluntarios», «clubs», etc., que faciliten el cumplimiento terapéutico. Un mecanismo de defensa de la personalidad como *la negación es particularmente nocivo, no sólo para el cumplimiento, sino también para la prevención*. Asimismo, el estado psicológico del paciente también es muy importante; es decir, *la disposición motivacional* que tiene para comprometerse responsablemente en los cuidados y tratamientos indicados (Fig. 9a).

Factores de la propia enfermedad

En líneas generales podemos decir que las enfermedades graves y agudas con sintomatología dolorosa presentan las tasas más elevadas de «adherencia», mientras que las enfermedades cróni-

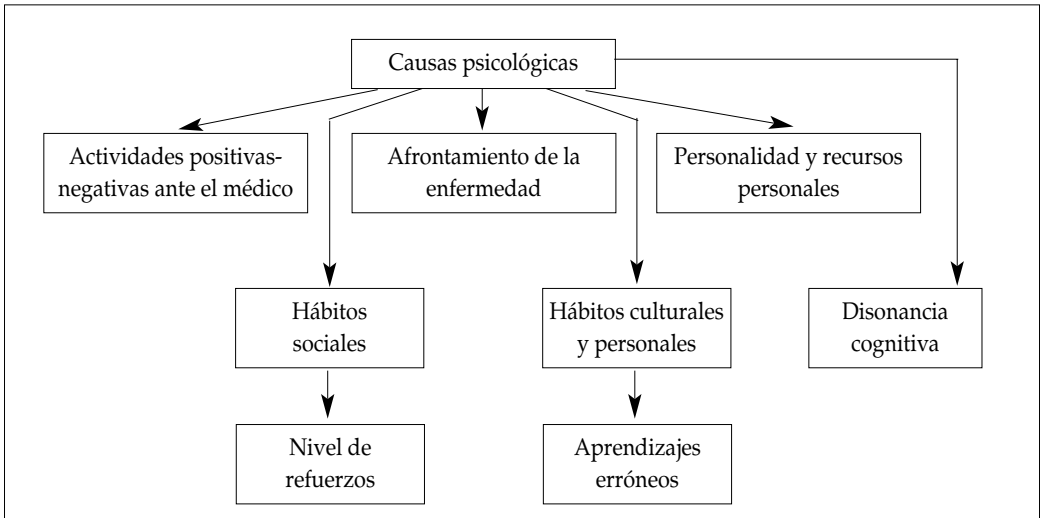


Figura 10. Causas psicológicas del cumplimiento terapéutico.

cas -de larga duración- presentan las más bajas tasas de «adherencia». Sin embargo, el diagnóstico específico, la severidad, la duración de la enfermedad o la hospitalización previa no parecen relacionarse consistentemente con el cumplimiento terapéutico (Davis, 1967).

Algunos expertos consideran que más que la gravedad del problema de salud es la *percepción subjetiva* por parte del paciente lo que explica una mejor «adherencia terapéutica» (Becker y Maiman, 1975). Por lo tanto, no es únicamente la enfermedad objetiva lo que determina si el paciente cumplirá las instrucciones terapéuticas, sino también las secuelas subjetivas asociadas (fatiga, depresión, malestar psíquico general, etc.).

Esta percepción subjetiva hace que experimentemos los síntomas de forma drásticamente distinta; a veces los ignoramos o bien los interpretamos como una parte del deterioro normal vital; a veces no hablamos a nadie de los síntomas, nos preocupamos en silencio. Por el contrario, en ocasiones, no obstante, los comentamos con los otros (familiares y amigos). Así pues, la sensibilidad física, las asociaciones desagradables y las creencias sobre la enfermedad, pueden explicar estas diversas formas de «experimentar» el síntoma (Fig. 10).

La ansiedad y la depresión intervienen de forma ostensible en las respuestas a la sensibilidad física; en efecto, las experiencias dolorosas que parecen negligentes para un individuo, son intolerables para otro; por ejemplo, un dolor de espalda insoportable e incapacitante puede desaparecer cuando se alivia la depresión. Por otra parte, la experimentación del dolor se *aprende* y, quizá es mediada por la ansiedad. En efecto, cuando en la historia educativa y psicológica del individuo notamos que la familia ante cualquier síntoma reacciona siempre con alarma, es fácil explicar que ahora el individuo «perciba» también cualquier tipo de síntoma (por insignificante que sea) como amenazador. Esto explica frecuentemente que algunas enfermedades de los niños «aparentemente inexplicables» (por ejemplo, síndrome abdominal recidivante), se encuentren igualmente en sus propios padres.

Esta experiencia de aprendizaje puede actuar a lo largo de toda la infancia o bien ocurrir súbitamente. Así, por ejemplo, cuando una mujer u hombre mueren súbitamente tras un intenso dolor torácico, su cónyuge puede seguidamente interpretar como «amenazador o peligroso» cualquier pequeño síntoma torácico. Igualmente, un músico con dolor o pérdida de sensibilidad en sus dedos puede convertirse enseguida en un obsesivo de sus síntomas, por el peligro que representa para su «modus vivendi».

Por otra parte, el sujeto puede presentar una conducta «anormal» durante la enfermedad; se trata de individuos que presentan síntomas con excesiva frecuencia o con exacerbado distrés o ambos. En ocasiones se traduce en formas de comportamiento caracterizadas por una gran presentación de síntomas, «cuadros clínicos inexplicables», que el médico no acierta a descifrar e interpretar. Situaciones tales como hipocondría, histeria, sobrepreocupación física, síndrome de Munchausen y neurosis de compensación, aparecen como expresiones o «lenguaje» de esta conducta «anormal» ante la enfermedad.

Así, pues, el médico y la enfermera deben entender que el ser humano aprende formas particulares de reaccionar a los síntomas, del mismo modo que aprende otras conductas vitales y ello debido probablemente a «reforzamientos excesivos» a las reacciones de los diversos síntomas; en particular, cuando «los otros» (padre, madre, cónyuge, etc.) atienden de forma solícitamente excesiva y exagerada a la presentación de los síntomas.

Factores relativos al tratamiento

El tratamiento farmacológico implica, generalmente, una receta legible, instrucciones apropiadas para el paciente acerca de cómo debe de manejarse el producto y seguimiento del resultado del mismo. La incompreensión por parte del paciente, la complejidad de las prescripciones, la no supervisión por parte de la enfermera, el grado de cambio conductual requerido por las recomendaciones terapéuticas y la presencia de efectos colaterales adversos o indeseados, constituyen algunas de las variables más importantes de la conducta incumplidora. La forma de administración también es muy importante; de hecho, Sackett y Haynes (1966) comprobaron que la medicación intramuscular elicita un mayor índice de cumplimiento terapéutico que la administración oral (Fig. 11).

Como es natural, cualquier tratamiento que suponga cambiar estilos o hábitos de vida conlleva ciertos problemas en cuanto al grado de cumplimiento y de aceptación. El factor tiempo también parece ser determinante del grado de «adherencia terapéutica». En efecto, Carmody y cols. (1980) examinaron la tasa de recaída o abandono de un programa de rehabilitación cardíaca y comprobaron que a los 40 meses del programa sólo continuaban practicándolo el 18,7% (Fig. 11a). Una gran mayoría de las «recaídas» ocurre básicamente durante los tres primeros meses del programa terapéutico; estas tasas de «recaídas» son típicas en las diversas conductas adictivas (tabaco, alcohol, heroína, etc.) (Fig. 12).

En relación a estas curvas de «recaídas», Hunt y Matarazzo (1973) han sugerido que son bastante similares a las curvas de extinción y olvido que aparecen en los diversos modelos de aprendizaje. Con la finalidad de vencer los problemas del abandono terapéutico es absolutamente imprescindible determinar los diversos factores psicológicos individuales que están presentes; así, por ejemplo, la «ansiedad rasgo», las estrategias conductuales de «vigilancia» o los pacientes con un

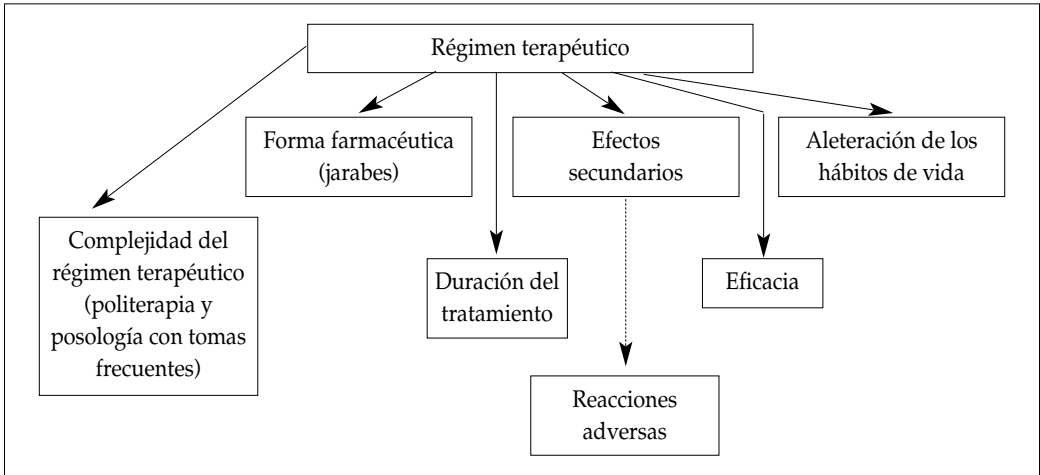


Figura 11. Factores psicológicos de aceptación y cumplimiento terapéutico.

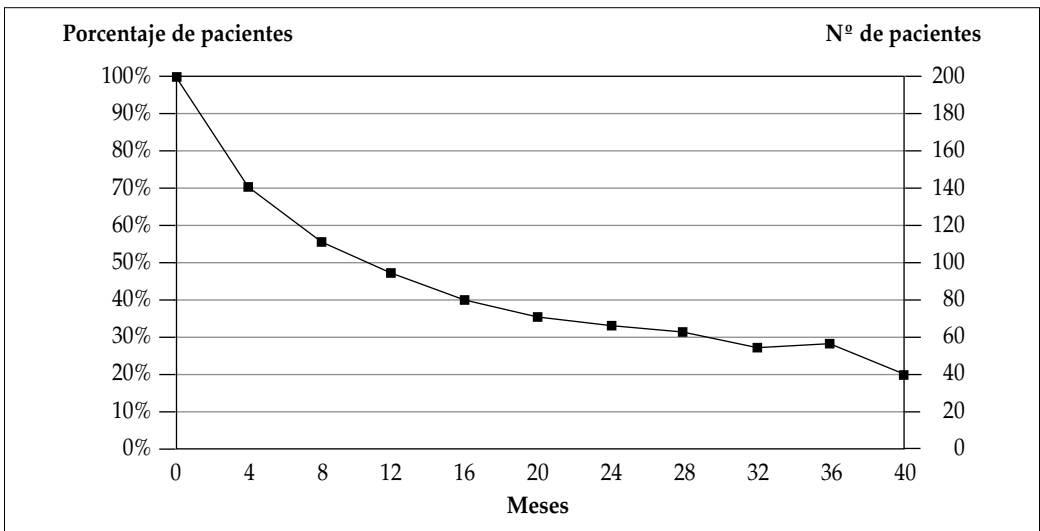


Figura 11a. Tasa de recaídas en intervalos de 4 meses en una muestra de 203 pacientes (Tomado de Carmody, Senner, Malinow y Matarazzo, 1980).

«locus» de control interno, pueden requerir un mayor «apoyo» psicológico para seguir el tratamiento o para enfrentarse a una situación excepcional como una intervención quirúrgica.

Además, en cuanto al régimen terapéutico, se debe elegir el menos complejo, prescribiendo el mínimo número de medicamentos, el régimen más simple perfectamente compatible con los hábitos de vida y con las actividades diarias de los pacientes. Deben de evitarse medicamentos adicionales que nada aportan al tratamiento y que disminuyen el cumplimiento terapéutico al incrementar la complejidad y elevar el coste del tratamiento. Deben de elegirse medicamentos de eficacia y seguridad demostrada en la bibliografía científica y contrastada en la experiencia clínica.

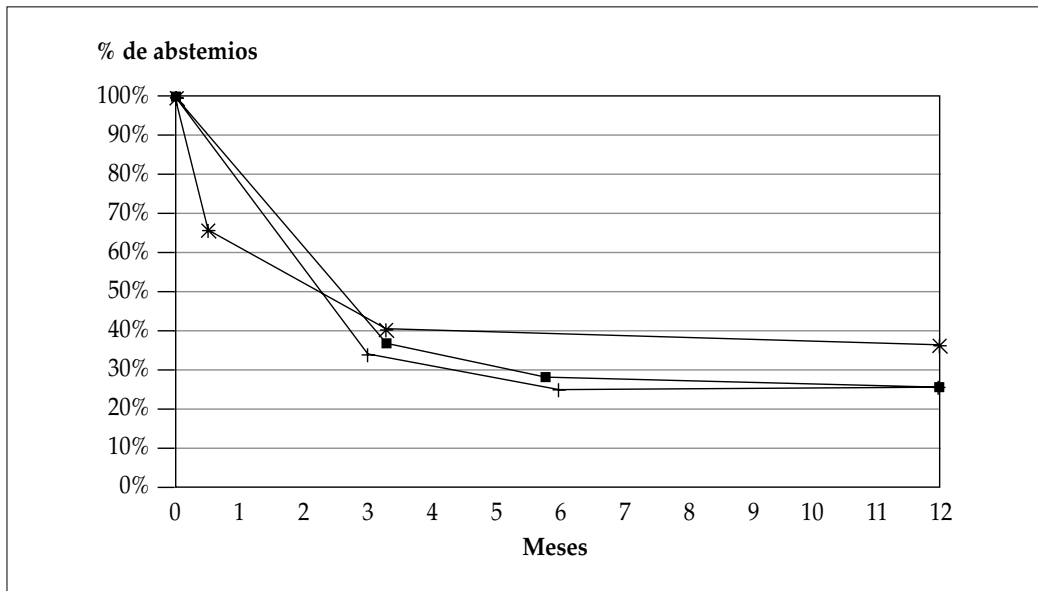


Figura 12. Tasa de recaídas para fumadores, alcohólicos y adictos a la heroína (Tomado de Hunt, Barnett y Branch, 1971).

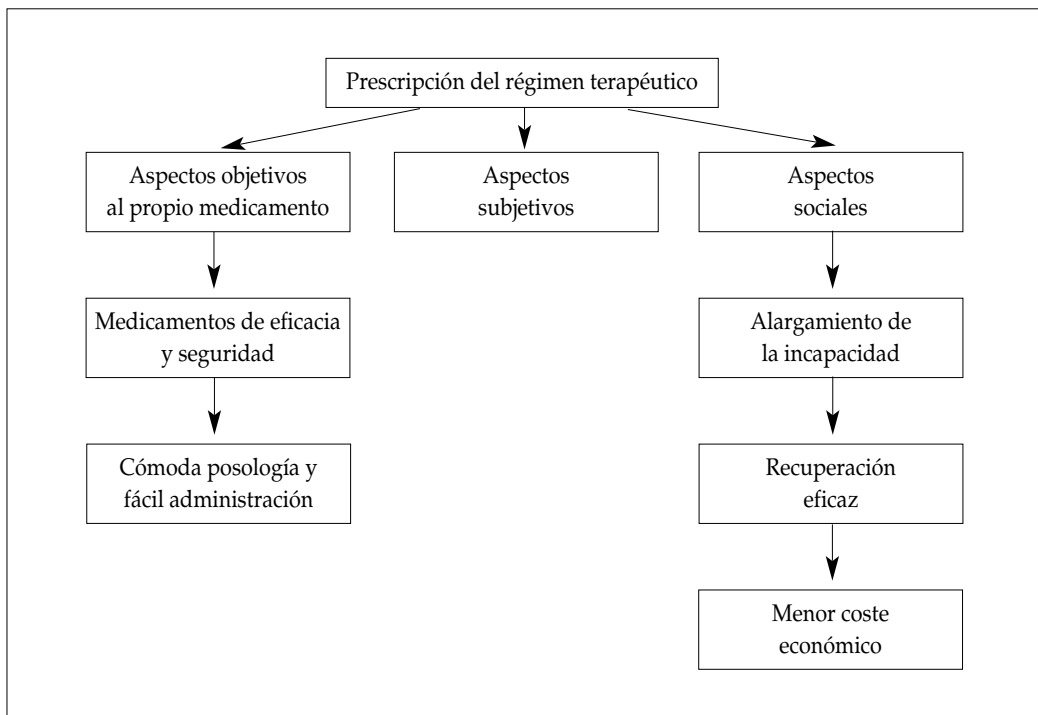


Figura 13. Aspectos fundamentales para el establecimiento de un régimen terapéutico.

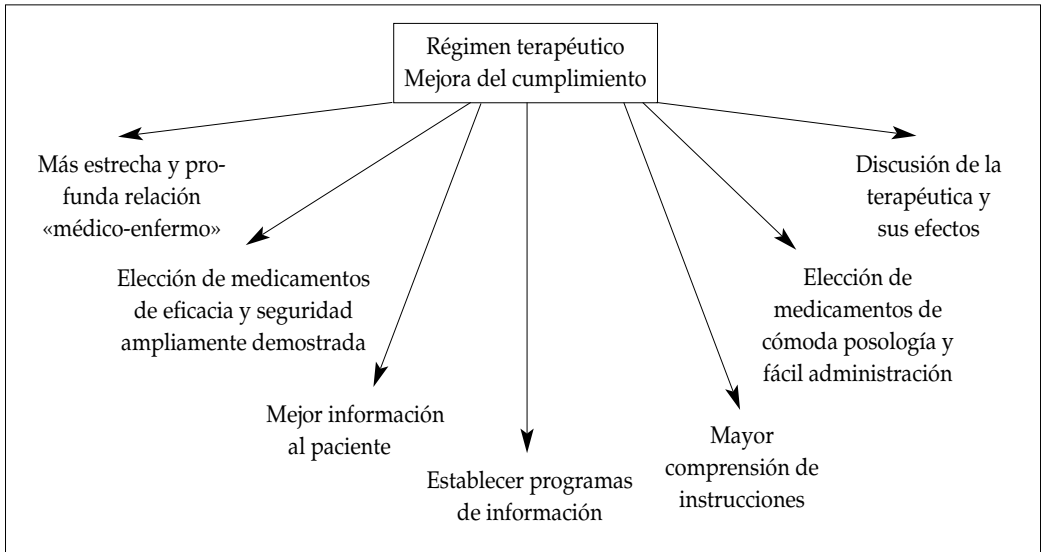


Figura 14. Aspectos en la mejora del cumplimiento terapéutico.

En definitiva, en cuanto al tratamiento, hay que subrayar que los regímenes más simples son los tratamientos de una sola vez (por ejemplo, inyección única). De otra parte, se deben aplicar regímenes convenientes que, a ser posible, no interfieran los horarios laborales o escolares. Las ayudas a la memoria también son muy importantes; por eso es útil sincronizar los horarios de dosificación con acontecimientos regulares, tales como las comidas diarias; es necesario averiguar qué acontecimientos regulares se producen en un determinado paciente con el fin de ajustarle adecuadamente el tratamiento. La utilización simultánea de la sincronización y «soportes» es el método más eficaz (por ejemplo, poner las tabletas junto al cepillo de dientes o sobre la cocina) (Fig. 13).

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MODIFICAR LA CONDUCTA INCUMPLIDORA

Hasta aquí hemos visto la importancia de la conducta incumplidora y las consecuencias físicas y socioeconómicas que conlleva esta falta de adherencia al tratamiento. Por eso, merece la pena hacer referencia a determinadas estrategias psicológicas que puedan utilizar fácilmente médicos y enfermeras con el fin de conseguir un grado adecuado de cumplimiento terapéutico (Fig. 14).

De acuerdo con Zisook y Gammon (1981), las estrategias más significativas para «reforzar» la conducta cumplidora son:

- 1) Explicar el régimen prescrito. La comunicación es el rango más alto de la relación «médico/enfermera-paciente» que debe de buscar el bienestar del paciente mediante un lenguaje adecuado, comunicativo, afectivo y veraz. En todo caso, el médico o, en su lugar, la enfermera debe de ser capaz de aclarar sus incertidumbres, deseos, expectativas y preocupaciones concretas.

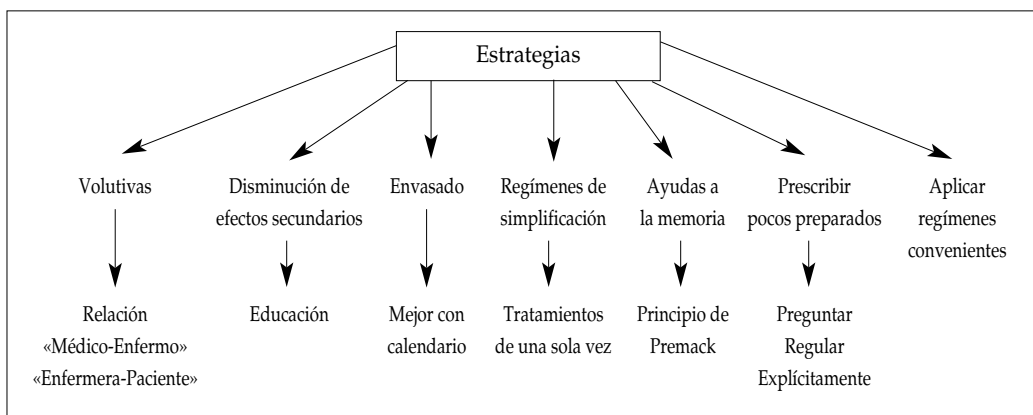


Figura 14b. Acciones para facilitar la adhesión al tratamiento.

Esta interacción profunda, humana, es probablemente el mejor tratamiento para combatir la angustia personal del paciente.

- 2) Persuadir con una argumentación racional. Consiste en la utilización de estrategias de pensamiento para corregir deformaciones del pensamiento, ideas irracionales, etc.
- 3) Emplear tácticas de amenaza. Quizás este punto señalado por Zisook y Gammon no es el más adecuado en la práctica de la medicina y de la enfermería actual. En algunas investigaciones se ha comprobado que las «amenazas» no dan lugar a cambios de conducta o del estilo de vida, sino que en todo caso «refuerzan» aún más la conducta incumplidora.
- 4) Alejarse o retirarse del sujeto que no tiene una conducta cumplidora eficaz. Probablemente el castigo inducido por el aislamiento o la conducta indiferente de los familiares -como consecuencia de la conducta incumplidora- es posiblemente el acicate mejor para conseguir cambios significativos en este tipo de comportamientos realmente preocupantes. Epstein y Cluss (1982), tras revisar recientemente una serie de estudios controlados, llegan a la conclusión de la importancia de las diversas terapias de conducta (Fig. 14b).

En fin, las estrategias más importantes para la modificación de la conducta incumplidora son:

- a) Métodos de instrucción tendentes a mejorar el nivel de conocimientos del paciente.
- b) Supervisión de la enfermera y/o el médico y práctica de refuerzos contingentes a la observancia terapéutica.
- c) También se pueden utilizar procedimientos de condicionamiento operante. El interés, las palabras, los elogios, los halagos, se convierten en «premios» con importante reflejo en la conducta cumplidora.

Persuadir a la gente para que cambie sus puntos de vista, sus opiniones o creencias acerca de la enfermedad y de los tratamientos, va a constituir una función muy importante, en particular de la enfermera. La «persuasión» es una cualidad muy especial que sólo se da en el marco de una relación interactiva de confianza, satisfacción y sinceridad.