

## La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud

María L. Díaz Porto Robles, Ph.D, CRC  
Catedrática Auxiliar y Consejera en Rehabilitación Certificada  
[maria.diaz-porto@upr.edu](mailto:maria.diaz-porto@upr.edu)

### Resumen<sup>1</sup>

Este artículo pretende concienciar a los profesionales de la conducta y la salud sobre el significado de una conducta de adherencia o de adherencia deficiente al tratamiento y cómo los factores psicosociales y socio económicos influyen en que se presente la misma en los consumidores / clientes y/o participantes. De esta manera se puedan identificar los factores presentes en nuestros clientes y seleccionar las estrategias más adecuadas para cada caso en particular y así minimizar la conducta para continuar con el tratamiento recomendado. De esta forma, tratamos de que el cliente pueda trabajar en la modificación de esa conducta y a su vez minimizar los costos que conlleva el que no pueda cumplir con el tratamiento o terapia prescrita.

Palabras claves: adherencia terapéutica, adherencia deficiente, factores, estrategias.

### Abstract

This article aims to educate behavioral and health professionals on how in the behavior of clients, both psychosocial and economic factors have a direct impact in treatment adherence and collaboration. In this way, factors present in our clients can be identified and selected strategies most suitable for each case in particular can be applied so they can continue with the recommended treatment. In this manner we can treat those clients so they can work on their behavior modification and at the same time, minimize the costs involved in therapy, one of the reasons why the patient may not comply with the prescribed treatment or therapy.

Key words: Therapeutic Adherence, Non adherence, Compliance, Strategies

**E**l presente trabajo pretende concienciar a los profesionales de la salud y rehabilitación, especialmente a los consejeros en rehabilitación, sobre la conducta de la *adherencia terapéutica* y sus implicaciones, además de exponer cómo la conducta de adherencia influye en el tratamiento prescrito y en el proceso de rehabilitación del cliente. Se pretende también mencionar las consecuencias socioeconómicas y psicológicas que surgen como resultado de una conducta de no adherencia o adherencia deficiente al tratamiento tanto para el cliente como para el profesional de la salud y conducta. Por último, se ofrecen

---

Recibido: 30 de junio de 2014

Sometido para evaluación: 1 de julio de 2014

Aceptado para publicación: 25 de octubre de 2014

algunas estrategias que podemos utilizar junto a nuestros clientes para minimizar una adherencia deficiente al proceso de ayuda.

### Surgimiento del concepto de adherencia

El concepto de la adherencia al tratamiento no es uno nuevo. Los autores Ortego, López y Álvarez (2004, p.1) 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. Refieren que a partir de ese año surgen diversos estudios que ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de medicamentos. Éstas se pueden agrupar en cuatro áreas: (1) incrementos en los riesgos, morbilidad y mortalidad; (2) aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento; (3) crecimiento del coste sanitario (costo en servicios de salud); y (4) desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el cliente. Todo ello hace necesario que los profesionales de la salud adopten estrategias dirigidas a prevenir o disminuir la falta de adherencia. Los autores citan a Ferrer (1995), quien llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura estadounidense disponible al momento sobre el concepto de la adherencia, encontrando que se usaba indistintamente el término *compliance* o cumplimiento y *adherence* o adhesión. Por otra parte, Ortega (2004) menciona a los autores Rodríguez, Martín, Martínez y Valcárcel (1990) quienes hacen referencia de que la adherencia implica una gran diversidad de conductas, entre las cuales se incluye desde el formar parte del programa de tratamiento y continuar con el mismo hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas médicas, ingerir correctamente los medicamentos y realizar correctamente el régimen terapéutico prescrito. Además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar el programa terapéutico) o algunas circunstancias como por ejemplo: el cliente se adhiere bien a la recomendación de no ingerir alcohol cuando está en casa, pero los fines de semana no cumple la recomendación; cumple con ciertas prescripciones o recomendaciones, pero con otras no. Por ejemplo, el que una persona con diabetes dependiente de insulina se adhiere al tratamiento de inyectarse la insulina, pero no se adhiere a la dieta recomendada.

Por otra parte, otro de los aspectos que se ha presentado como un asunto de importancia (*issue*) 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. Diversos profesionales de la salud, especialmente los farmacéuticos, médicos, enfermeras y profesionales de la conducta denominaron por años este concepto de diversas formas tales como: *concordancia*, *compliance*, *no compliance*, *cliente cumplidor* y *no cumplidor*. Este nombre se le otorga al cliente que no sigue las instrucciones médicas dadas, que demuestra una falta de compromiso o interés con su tratamiento, específicamente con la ingesta de los medicamentos prescritos o el realizarse los análisis de laboratorios requeridos. Es por esta razón que observamos que la mayoría de las investigaciones científicas realizadas sobre el cumplimiento o no cumplimiento del cliente son dirigidas a determinar la presencia de la conducta solamente por el uso de los medicamentos tal y como son prescritos, el completar los análisis de laboratorio y/o la asistencia a sus citas médicas.

En su artículo *Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente*, la doctora Martin (2006, p.1) refiere de que a pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos ocurridos a nivel mundial no se han resuelto los problemas relacionados con el cumplimiento o seguimiento por parte del cliente hacia el tratamiento médico indicado. Señala además que el surgimiento de medicamentos altamente eficaces y con menos efectos secundarios para enfermedades como el cáncer, diabetes, hipertensión, asma, etc. no logra el compromiso del cliente para dar continuidad a su tratamiento. Ésta podría ser una razón por la cual en la actualidad se está dando un mayor énfasis a la conducta de adherencia o adherencia deficiente en todos los ámbitos profesionales y no sólo en el médico. Martin (2006, p.1) expone que una *adherencia deficiente* es el resultado de: (a) dificultad en iniciar el tratamiento dado, (b) suspensión temporera o abandono de los medicamentos o terapias prescritas, (c) errores en la omisión de las dosis de los medicamentos, (d) equivocarse al ingerir los medicamentos en las horas y/o dosis indicadas, (d) no modificar su estilo de vida necesario para mejorar en su estado de salud física o emocional, y (e) posponer el hacerse las pruebas médicas indicadas, entre otros. Dada las serias implicaciones que puede tener esta conducta del cliente, es que expongo la evolución del concepto y cómo este influye de una manera u otra en nuestras profesiones.

### Evolución del concepto

Declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) como un problema de salud pública mundial, las tasas de adherencia terapéutica a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor de un 50% de los casos. Esta cifra es considerablemente menor en los países sub-desarrollados, lo que significa que la adherencia deficiente al tratamiento es mayor en estos países.

### Definición de la Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica fue descrita originalmente por los autores Sackett y Haynes, quienes en 1975 enunciaron la clásica definición como:

“el grado de coincidencia del comportamiento de un cliente 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” (Alonso, Arroyo, Ávila, Aylon

Gangoso, Martínez, Mateo, Morera, Pérez, Rodríguez, Saiz, Sevillano M. y Siguin, 2006, p.31).

Alonso, Arroyo, Ávila, Aylon, Gangoso, Martínez, et al (2006), revisaron únicamente las peculiaridades de la adherencia terapéutica farmacológica. No obstante, señalan que el término adherencia, aun resultando imperfecto resalta por encima de todo la participación activa del cliente en la toma de decisiones, obteniendo el concepto adeptos en el consenso profesional internacional. Otros términos definen con distintos matices el mismo concepto como por ejemplo, la *concordancia* que enfatiza el acuerdo y la armonía que ha de existir en la relación médico-cliente, mientras que el *cumplimiento*, un término más clásico ha sido criticado por entenderse que remite a las actitudes paternalistas y de obligación pasiva por

parte del cliente. Una forma sencilla de clasificar la falta de adherencia terapéutica según los autores puede ser la siguiente:

- a) *primaria* – se refiere cuando la prescripción médica no se retira de la farmacia.
- b) *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.

### Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a los Tratamientos a largo plazo

Ante la diversidad de nombres y definiciones dadas para esta conducta del cliente, su influencia en los tratamientos prescritos para las enfermedades crónicas y cómo se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) encomendó a un grupo internacional de diversos profesionales de la salud para que estudiaran el concepto. El objetivo del mismo fue elaborar un término y una definición uniforme afines a todas las profesiones de la salud y que no se etiquetara al cliente como el único responsable de esa conducta. Es en el 2004, que la OMS presentó los hallazgos del estudio titulado: *Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a los tratamientos a largo plazo*. El resultado de este estudio fue definir el término de adherencia terapéutica como:

“el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Esto significa un compromiso mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos (OMS, 2004; Sección 1, p.9).

### Factores psicosociales que influyen en la adherencia terapéutica

Ante la difícil situación socioeconómica que enfrentamos en nuestro país, es de suma importancia que los profesionales reconozcamos e identifiquemos la existencia de estos factores en nuestros clientes, con el ánimo de seleccionar las intervenciones adecuadas que lleven a disminuir las barreras que puede estar enfrentando y que influyen en la adherencia terapéutica o que presente una adherencia deficiente al tratamiento prescrito.

En el estudio encomendando por la OMS, se reformuló la definición de la *adherencia terapéutica* en el cual la responsabilidad no recae únicamente en el cliente sino en algunos factores psicosociales identificados que intervienen directamente en dicha conducta. Se reconoce que la adherencia terapéutica es un fenómeno *multidimensional* que puede presentarse en algunos momentos del tratamiento y el cual es determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dominios o factores, de los cuales aquellos relacionados con el cliente son sólo una parte. La creencia común de que el cliente es responsable exclusivamente de su tratamiento, es errónea pues no toma en consideración cómo otros factores pueden afectar el comportamiento de las personas/ clientes y la capacidad de adherirse a su tratamiento. Estos factores son: (a) factores socioeconómicos, (b) factores relacionados con el sistema o el equipo de salud, (c) factores relacionados con la

enfermedad, (d) factores relacionados con el tratamiento, (e) factores relacionados al cliente (OMS, 2004, p.47). Los factores identificados por la OMS son:

- a) *Factores socioeconómicos:* Aunque no se ha comprobado sistemáticamente que el nivel socioeconómico es un factor predictivo independiente de la adherencia, éste puede colocar a los clientes en una posición de tener que elegir prioridades para dirigir los recursos limitados disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de su familia. En el informe presentado por la OMS (2004) se menciona que algunos de los factores que tienen un efecto considerable en la adherencia terapéutica son: (1) el estado socioeconómico deficiente, (2) la pobreza, (3) el analfabetismo, (4) el bajo nivel educativo, (5) el desempleo, (6) la falta de redes de apoyo social, (7) las condiciones de vida inestables, (8) la lejanía del centro de tratamiento, (9) el costo elevado del transporte público, (10) el alto costo de los medicamentos, (11) las situaciones ambientales cambiantes, (12) la cultura y (13) las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, (14) la disfunción familiar y (15) algunos factores socio demográficos como la edad y la raza (OMS, 2004; Capítulo 5, p.48).
- b) *Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria (de salud):* Existen pocas investigaciones sobre la relación de este factor con la adherencia terapéutica, sin embargo es reconocida su importancia y el efecto positivo de una buena relación médico-cliente en ésta. Otros factores que también influyen en la adherencia desde esta perspectiva son: (1) el efecto negativo que puede tener el que los servicios médicos (o de salud en general) recibidos sean deficientes, (2) la inexistencia de un seguro o plan médico, (3) la falta de conocimiento o adiestramiento del equipo de los profesionales de la salud sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas, (4) 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, (5) la poca capacidad del sistema de salud para que los profesionales puedan educar a los clientes sobre su enfermedad y (6) el auto cuidado. (7) Finalmente, hay que mencionar la falta de conocimiento de los profesionales sobre la conducta de la adherencia del tratamiento.
- c) *Factores relacionados con la enfermedad:* Esta área se relaciona a las exigencias particulares de la enfermedad que aqueja al cliente. Destacan (1) la gravedad de los síntomas, (2) el grado o severidad de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), (3) el progreso de la enfermedad y (4) la disponibilidad de tratamientos efectivos. repercusión de la no adherencia al tratamiento o adherencia deficiente depende de la prioridad que el cliente le dé a su tratamiento.
- d) *Factores relacionados al tratamiento:* Entre los factores que más influyen en la adherencia están: (1) la complejidad del régimen médico, (2) la duración del tratamiento, (3) los fracasos de tratamientos anteriores, (4) los cambios frecuentes en el tratamiento, (5) los efectos colaterales y (6) la disponibilidad del apoyo médico para tratarlas.
- e) *Factores relacionados al cliente:* Estos incluyen (1) los recursos disponibles que el cliente tiene, (2) sus actitudes, (3) sus creencias, (4) el conocimiento, (5) las percepciones y (6) las expectativas de éste acerca de su enfermedad. Igualmente, (7) la motivación del cliente para buscar y continuar con el tratamiento, (8) la confianza (auto eficacia) en su

capacidad para involucrarse en su comportamiento terapéutico de la enfermedad, (9) las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y (10) las consecuencias de una adherencia deficiente interactúan en el comportamiento de la adherencia. Aunque no se comprende cómo estos interactúan en la adherencia, hay constancia de que los siguientes factores influyen en ella: (a) el estrés psicosocial, (b) la angustia por los efectos adversos del tratamiento, (c) la baja motivación para continuar con el tratamiento prescrito, (d) el conocimiento y (e) la inadecuada habilidad para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, (f) el no percibir la necesidad de tratamiento, (g) las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, (h) la incredulidad en el diagnóstico, (i) la falta de percepción de riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, (j) el no interpretar bien las instrucciones del tratamiento, (k) la baja asistencia a citas de seguimiento (físico o psicológico), (l) la desesperanza, y (m) los sentimientos de negación; el temor a la dependencia en otros, la ansiedad provocada por el complejo régimen de medicamentos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

La conducta de la adherencia terapéutica es un factor determinante para la efectividad del tratamiento porque si ésta es deficiente atenúa el beneficio clínico óptimo. Una buena adherencia terapéutica ayuda a mejorar la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los estilos de vida saludable, a modificar los regímenes alimentarios, a aumentar la actividad física, entre otros y de las intervenciones farmacológicas para la reducción de riesgos (OMS, 2004).

El estudio realizado por la OMS (2004) manifiesta que existen pruebas fehacientes que sugieren que los programas educativos dirigidos al auto cuidado ofrecidos a clientes con enfermedades crónicas mejoran su estado de salud y reducen la utilización y los costos médicos. Cuando el auto cuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación sobre la enfermedad, se observa una mejoría significativa en las conductas del cliente que fomentan la salud, se le presta mayor atención a los síntomas cognitivos, a la comunicación con el equipo de profesionales de la salud y a las discapacidades. Además, resulta en una reducción en el número de las hospitalizaciones y en las consultas clínicas.

A pesar de que el nombre de la *adherencia terapéutica* no es nuevo, es relativamente poco conocido, nos hemos mantenido en responsabilizar únicamente al cliente por los resultados de su tratamiento. Con esto no deseamos descartar que ciertamente hay sus excepciones, ya que hay clientes que consideran el esfuerzo y la dedicación que invertimos para asistirlos en su proceso rehabilitativo. Así como, otros clientes que no creen o responden a las indicaciones dadas, ciertamente actuando con una falta de interés o irresponsabilidad. Pero debemos recordar que cada cliente y sus circunstancias son únicas.

No obstante, reiteramos nuevamente que ante la crisis socioeconómica que está atravesando nuestro país es necesario que todos los profesionales tomemos en consideración los cinco factores que pudieran influir directa o indirectamente en la respuesta (conducta) del cliente ante el tratamiento dado. Es muy fácil decir que el cliente no tiene interés en su tratamiento y/o rehabilitación, pero es nuestro deber auscultar y profundizar un poco más en la entrevista inicial o de seguimiento sobre las posibles

situaciones de cada cliente que entiendan podría interferir con las indicaciones médicas /clínicas ofrecidas. Los profesionales de la salud y rehabilitación siempre tenemos en cuenta que nuestro cliente es único y así debe ser evaluado. A tales efectos, Gillum y Brasky en Ortego (2004) refieren que mientras más complicado sea el régimen terapéutico recomendado, más posibilidades existen para que el cliente no cumpla o se adhiera a su tratamiento.

Consideramos de suma importancia que los profesionales de la conducta, la salud y rehabilitación tomen en consideración la situación actual que está enfrentando la Isla, dado que, sin importar la clase socioeconómica, las personas tienen que seleccionar entre los recursos económicos con los que cuentan, qué cuentas pagan o no, cuántas medicinas pueden comprar, a qué especialista visitan y cuándo lo hacen, los alimentos que pueden comprar o no y si cuentan con esa red de apoyo social y familiar, los medios de transportación, entre otros. El tener un conocimiento mayor de estas situaciones nos puede ayudar a determinar si ese cliente podrá cumplir con el tratamiento estipulado o no, si tendrá una adherencia terapéutica o no al plan de tratamiento. También nos alertaría a modificar un poco el régimen terapéutico con metas a corto plazo para que el cliente pueda adherirse a las recomendaciones dadas.

### Implicaciones de la no adherencia terapéutica y adherencia deficiente

Conforme a las definiciones mencionadas anteriormente, reconocemos que la *adherencia terapéutica* es uno de los factores que determinan el éxito de un tratamiento para cualquier enfermedad (entiéndase física o mental). La conducta de no adherencia terapéutica o una adherencia deficiente tiene como resultado: (a) un aumento en los costos médicos, (b) el número de análisis de laboratorios innecesarios, (c) el cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos, (d) los cambios en los planes de servicio, de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional, (e) las visitas continuas del cliente a las salas de emergencia, a los consultorios médicos o a los centros de rehabilitación, así como (f) las hospitalizaciones recurrentes, (g) el deterioro de la salud, (h) el surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales y (i) en casos severos la muerte del cliente.

### Otros factores relacionados a la conducta de adherencia

En el año 2003, el doctor Mahmoud Loghman-Adham llevó a cabo el meta análisis *Medication Non Compliance in Patients with Chronic Diseases: Issues in Dialysis and Renal Transplantation*, a pesar de que el énfasis del mismo es en las personas con enfermedad renal crónica, especialmente en los que reciben tratamiento de diálisis y trasplante, se citan autores que hacen referencia a unas conductas que podrían afectar la adherencia terapéutica en cualquier enfermedad o tratamiento. En el estudio se citan los autores como Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton (1996), Dabbs, Kim, Yookyung, Hamdan-Mansour, Thibodeau y Curry (2006) y Graffeo, Cotlar, Silvestri y Lynette (2006), los cuales señalan que la percepción del cliente sobre quién tiene el *control de su salud (locus of health control)* es un factor determinante en la manifestación de una conducta de adherencia a su tratamiento. Por otra parte, las creencias y actitudes del cliente sobre su tratamiento son consideradas como uno de los factores predictivos más relevantes en la conducta de adherencia terapéutica.

Loghman-Adham cita en su meta análisis el estudio realizado por Neame y Hammond (2005) para describir la relación entre las creencias del cliente sobre su tratamiento, encontrando que a mayor creencia en la necesidad del tratamiento para mantener un buen estado de salud, mayor es la conducta de adherencia al mismo. Por otro lado, si el cliente tiene dudas sobre la efectividad del tratamiento, sus efectos secundarios y el uso de estos por un prolongado tiempo, mostrará una conducta de no adherencia. En el mismo estudio el autor cita otros autores que han realizado investigaciones que señalan algunos factores adicionales relacionados a la conducta de no adherencia terapéutica como lo son:

(a) *el número de las hospitalizaciones* – según Paris, Muchmore, Pribil, Zuhdi y Cooper (1994), esta variable tiene una relación directa con la conducta de no adherencia terapéutica, ya que los clientes que no cumplen con las prescripciones médicas son los que están hospitalizados por más tiempo y cuentan con un alto número de reingresos.

(b) *el apoyo familiar* – la ausencia del apoyo familiar aumenta los trastornos psicológicos en los clientes (Dew et. al. (2001), Frazier, Tix, Klein y Arikian (2000), Stukas, Dew, Switzer, Di Martini, Kormos y Griffith (1999). De acuerdo a Dew et. al., (2000), Hirth y Stewart (1994), la falta de apoyo familiar es uno de los predictores más relevante en la falta de una conducta de adherencia terapéutica por parte de los clientes.

(c) *los estilos de afrontamiento* - Carver y Scheirer (1994); Christensen (2000), Folkman (2004), Sica, Novara, Dorz y Sanavio (1997); Isel, Reminger y Pin-Hsiao (2006), encontraron que los diversos estilos de afrontamiento influyen directamente en la conducta de la adherencia terapéutica de la persona hacia su régimen médico. Refieren que la relación entre la adherencia terapéutica y los estilos de afrontamiento que utiliza el cliente para afrontar su estado de salud es una de las áreas psicológicas que ha recibido muy poca atención. Se ha encontrado que las personas utilizan una serie de estrategias que le llevan a adoptar conductas que le ayudan a afrontar su estado de salud, el ajuste a su tratamiento y su bienestar en general. En específico, la adherencia terapéutica mejora cuando el cliente prefiere utilizar un estilo de afrontamiento congruente con las exigencias de un tratamiento médico particular. Comprender el uso de los mecanismos psicológicos y los procesos utilizados por los clientes ayuda a desarrollar modelos de intervención para modificar estos mecanismos y aumentar la conducta de adherencia

Desde el 2003 se realiza el *Estudio de la Adherencia en la Esquizofrenia*, grupo de trabajo perteneciente al Proyecto ADHES (formado por 400 médicos especialistas de toda España), quienes se encuentran estudiando y desarrollando diversas actividades para mejorar la adherencia al tratamiento en los clientes con esquizofrenia en España ya que se ha encontrado que hasta el 60% de los clientes con esquizofrenia refleja una conducta de falta de adherencia al tratamiento. Este grupo de profesionales pone de relieve la falta de adherencia terapéutica como la responsable de un gran número de consecuencias: recaídas y/o nuevas hospitalizaciones, la exacerbación de la sintomatología y el empeoramiento del pronóstico de la enfermedad, el aumento de la utilización de recursos sanitarios (salud), la pérdida de la calidad de vida del cliente y su entorno, el empeoramiento del funcionamiento social del cliente. Los psiquiatras consultados aseguran que la *falta de conciencia de la enfermedad* es el factor no farmacológico principal que puede dificultar la adherencia terapéutica de los clientes



con esquizofrenia (Berbes y Asociados, 2003, p.1). También se considera que la *falta de apoyo familiar y/o social*, así como el *consumo de sustancias tóxicas* (drogas y/o alcohol) son factores no farmacológicos muy importantes que pueden dificultar la adherencia al tratamiento. Así mismo, la *presencia de efectos secundarios* es considerada por los especialistas como un factor muy importante que puede dificultar la adherencia terapéutica de los clientes. También se establece que el abandono total de la medicación por parte del cliente, así como dejar de tomar más del 80% de la medicación prescrita, se consideran las dos situaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico en las que es más necesaria una intervención para mejorar la adherencia terapéutica. Es muy importante intervenir cuando el cliente presenta un cumplimiento parcial (aproximadamente el 50% de la medicación) o cuando se desconoce el nivel de cumplimiento, así como ofrecer tratamientos para mejorar los problemas de adherencia (Berbes y Asociados, 2003, p.1). Los resultados de una conducta de no adherencia al tratamiento repercuten en la salud y vida del cliente y en la economía de la salud del país donde reside, por los altos costos médicos incurridos.

### Recomendaciones para estudiar la adherencia terapéutica

Al trabajar con la temática de la adherencia terapéutica es imprescindible mencionar a las autoras Sluijs, Vam Dulmen, Van Dijk, De Ridder, Heesdink y Bensing (2006), quienes llevaron a cabo el estudio *Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta Review*, en el cual desarrollaron un foro con expertos internacionales en el tema de adherencia terapéutica como: Barbui, Bender, Byrne, Connor, Devine, DiMatteo, Giuffrida, Haskard, Haynes, Merinder, Roter, Schroeder, Takiya, Van Dam, Van der Wal, Van Eijken, Vergouwen, Vermeire, Wild, y Yildiz. Los expertos hicieron unas recomendaciones dirigidas a la forma en que se debe comprender y atender este concepto. Estos concluyen que:

- a) la adherencia terapéutica debe verse como una forma de comportamiento del cliente y no como una patología que se debe curar;
- b) es importante que esta conducta sea enfocada en el cliente y no en el médico;
- c) es necesario identificar cuando un cliente presenta una conducta de no adherencia terapéutica de forma intencional y no intencional. Es imprescindible distinguir entre estos patrones de conducta, ya que los clientes en algún momento de su tratamiento podrían mostrar ambas. Esto porque la adherencia se da en un continuum que varía con el tiempo;
- d) Uno de los elementos importantes es la calidad de la relación médico- cliente en la que debe existir una atmósfera que permita la discusión de las alternativas terapéuticas, los aspectos relacionados a la adherencia terapéutica y que junto al cliente se planifique el plan de tratamiento y seguimiento;
- e) es importante incorporar el uso de los recursos tecnológicos para apoyar el tratamiento, ya que éstos ayudan a monitorear y ajustar las dosis de los medicamentos y otras terapias prescritas;
- f) los factores psicológicos y no los cognitivos, más las opciones de tratamiento que se le presenten al cliente, 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;

- g) la necesidad de desarrollar un modelo teórico enfocado en los factores individuales del cliente, ya que los modelos existentes están enfocados hacia grupos de clientes con determinadas condiciones médicas, sin tomar en cuenta las necesidades individuales de estos que pueden estar influyendo en esa conducta.

### Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

En su artículo *Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en las patologías clínicas*, Orueta (2005, p.41) expone una serie de aspectos que deben estar presentes en toda intervención con los clientes. Estos son: (a) *no culpabilizar* – es de suma importancia no culpar, ni regañar al cliente por este no haber cumplido con el tratamiento; (b) *individualización de la intervención* – dado a que la adherencia tiene un origen multifactorial, es necesario establecer intervenciones individuales, basadas en las características de la enfermedad y las del cliente; (c) *fortalecimiento de la relación* – es importante establecer una adecuada relación y comunicación con el médico y/o equipo de salud, donde el cliente sienta la confianza y libertad de exponer sus preocupaciones y preguntar acerca de su tratamiento y salud; (d) *participación de distintos profesionales*- para la educación del cliente sobre su enfermedad y tratamiento y la intervención con éxito para evitar la conducta de adherencia deficiente, deben ser incluidos otros profesionales como la enfermera, el farmacéutico, los profesionales de la conducta, etc.

Orueta (2005, p.42) recomienda como estrategias de intervención lo siguiente: (a) *intervenciones simplificadoras del tratamiento* - esto es simplificar o facilitar el tratamiento tratando de evitar el que este interfiera en la vida diaria del cliente. Esto incluye el hacer accesibles las citas, reducir el número de fármacos, etc., (b) *intervenciones educativas* – educar y orientar al cliente sobre su enfermedad y el tratamiento, disminuye la no adherencia al tratamiento. Este es un cliente informado que puede tener el control de su tratamiento; (c) *intervenciones de apoyo familiar /social*- varios estudios refieren que los clientes que residen solos tienden a demostrar no adherencia o adherencia deficiente al tratamiento. El tener apoyo familiar/social puede aumentar la conducta de adherencia, ya que estos son orientados sobre el tratamiento y la manera de asistir a sus familiares/amigos; (d) *intervenciones de refuerzo conductual* – algunos estudios citados por el autor revelan que el cliente cree que el tratamiento indicado incidirá de manera positiva en la evolución de su proceso, cuando este se considera responsable, habrá una tendencia a seguir el mismo según le fue indicado. Por este motivo, las intervenciones de los profesionales están encaminadas a mejorar la capacidad del cliente en el manejo de su proceso mediante técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual.

En resumen, las estrategias de intervención recomendadas son: (a) promover la relación médico-cliente, (b) simplificar el tratamiento lo más posible, (c) informar al cliente sobre su enfermedad y tratamiento, (d) Incluir al cliente en el plan terapéutico, (e) ofrecer información escrita, (f) involucrar a la familia en el proceso, (g) hacer uso de diferentes métodos a manera de recordatorio, (h) reforzar periódicamente al cliente por los logros alcanzados, (i) fijar metas periódicas, (j) investigar periódicamente el grado de cumplimiento

del cliente, (k) incentivar al cliente y (l) llamar al cliente si este no acude a su cita (Orueta, 2005, p.44).

## Conclusiones

A través de todo el escrito, se ha demostrado la importancia que debemos otorgarle a los factores que inciden en un cliente para que mantenga una conducta adherente hacia su tratamiento. Como profesionales de la conducta y la salud, debemos tomar en cuenta las señales que puede presentar alguno de nuestros clientes que afecte la evolución de su tratamiento, llevándolo a una conducta de adherencia deficiente o no adherencia. Existen varios instrumentos y formas de entrevistar a los clientes para determinar si continúan con el régimen prescrito. En la inmediatez y rapidez con que vivimos y atendemos a nuestros clientes, podemos pasar por alto estas señales. Es importante estar atentos para redirigir las metas de su tratamiento propuesto junto al cliente, a corto plazo y que sean medibles para determinar el éxito de las estrategias que hemos seleccionado. Por último y no menos importante, recordarnos que el cliente es un ser único, al igual que sus circunstancias, por lo que su tratamiento debe ser único e individualizado.

## Referencias

- Alonso, M.A., Arroyo J. Ávila L., Aylon R., Gangoso A., Martínez H., Mateo C., Morera T., Pérez A., Rodríguez C., Saiz L., Sevillano M. & Siguin R. (2006). *Adherencia Terapéutica. Boletín Electrónico Salud Madrid: Notas Fármaco Terapéuticas*, Vol. 13, Numero 8, 2006, p.31-38. Editores Servicio Madrileño De Salud, Gerencia De Atención Primaria. En: [www.infodoctor.org/notas/NF2006-8.pdf](http://www.infodoctor.org/notas/NF2006-8.pdf).
- Alonso, MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martínez H, Mateo C, Morera T, Pérez A, Rodríguez C, Saiz LC, Sevillano ML, Siguín R. (2006), *Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de moda*. Editor: Servicio Madrileño de Salud. Gerencias de Atención Primaria, Áreas 1, 2, 3, 5 y 7. ISSN: 1575-5487  
[Http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf)
- Barbés Asociados (2003). *Adherencia Terapéutica En Esquizofrenia* Congreso Español de Psiquiatras.  
[Http://www.acceso.com/Display\\_Release.html?id=34694&Content=Rele&Type=Category&Categ=C&Name\\_Cat=Sanidad](http://www.acceso.com/Display_Release.html?id=34694&Content=Rele&Type=Category&Categ=C&Name_Cat=Sanidad).
- Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton (1996). *Psychosocial Treatment for Medical Conditions: Principles and Techniques (2003)*. Edit by Schein, Bernard, Spitz & Muskin. Taylor and Frances Books Publisher. Cap. *Determinants of adherence*.  
[http://books.google.com.pr/books?id=0NSbffyBEXsC&pg=PT154&dq=Christensen,+Wiebe,+Benotsch+y+Lawton+\(1996\)&hl=es&sa=X&ei=94yxU4zkE5KlqAbZ94LwCw&ved=0CDMQ6AEwAw#v=onepage&q=Christensen%2C%20Wiebe%2C%20Benotsch%20y%20Lawton%20\(1996\)&f=false](http://books.google.com.pr/books?id=0NSbffyBEXsC&pg=PT154&dq=Christensen,+Wiebe,+Benotsch+y+Lawton+(1996)&hl=es&sa=X&ei=94yxU4zkE5KlqAbZ94LwCw&ved=0CDMQ6AEwAw#v=onepage&q=Christensen%2C%20Wiebe%2C%20Benotsch%20y%20Lawton%20(1996)&f=false)
- Dabbs, Annette; Kim, Yookyung; Hamdan-Mansour, A.; Thibodeau, Anecia; Curry, K. (2006). Health Locus of Control after Lung Transplantation: Implications for Managing

Health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Volume 13, Number 4, December, 2006, pp.378389.

[Http://www.jdnr.ju.edu.jo/.../Health%20Locus%20of%20Control](http://www.jdnr.ju.edu.jo/.../Health%20Locus%20of%20Control)

Loghman-Adham M. (2003). Medication Non Compliance in Patients with Chronic Diseases: Issues in Dialysis and Renal Transplantation. *The American Journal of Managed Care*, Vol. 9 No. 2. Febrero 2003, 155-171.

[Http://www.Ajmc.Com/Article.Cfm?Menu=1&Id=76](http://www.Ajmc.Com/Article.Cfm?Menu=1&Id=76)

Martin Alfonso Libertad (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, Volumen 32, Número 3, Ciudad de La Habana, Julio – Septiembre, 2006

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000300013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000300013&script=sci_arttext)

Organización Mundial De La Salud (OMS), 2004. *Proyecto Sobre Adherencia Terapéutica A Los Tratamientos A Largo Plazo*.

[Http://www.Paho.Org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adherencia-Largo-Plazo.pdf](http://www.Paho.Org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adherencia-Largo-Plazo.pdf)

Ortego María del Carmen, López González Santiago y Álvarez Trigueros María (2004). La Adherencia al Tratamiento. Curso en línea de la Universidad de Cantabria, España. [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema\\_14.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf)

Orueta Sánchez R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, Volumen 29, Número 2, pp.40-48.

[https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29\\_2EstrategiasMejora.pdf](https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf).

Sluijs, Vam Dulmen, Van Dijk, De Ridder, Heesdink y Bensing. *Nivel Revista* (2006). Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta Review, pp.1-142. ISBN 90-6905-7980. [Http://www.Nivel.NI/Pdf/Patient-Adherence-To-Medical-Treatment-A-Meta-Review.pdf](http://www.Nivel.NI/Pdf/Patient-Adherence-To-Medical-Treatment-A-Meta-Review.pdf).

Sotoca Momblona y Codina Jane (2006). Como mejorar la adherencia al tratamiento. *Jano* 28 Abril – 4 mayo, Número 1605, pp.39-40. En [www.doyma.es/jano](http://www.doyma.es/jano) .