

# **ADHERENCIA TERAPEUTICA**

**IMPLICACIONES PARA MÉXICO**



Editor: Dr. Federico G. Puente Silva  
1985

Editor: **Dr. Federico G. Puente Silva.**  
MC., Maest. Psic. Clin., DPM, DPH,  
MSc. Med. Demog., MRC Psych., CM Psiq.

Asistente del Editor:  
**Lic. María Antonia Espel Masferrer.**

Colaboradores Editoriales:

**María Teresa Torres Peralta,**  
**Angélica Bustamante Contreras.**

Este libro es resultado de los trabajos presentados en el Simposium "Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México", que se llevó a cabo en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, en Acapulco, México, en septiembre 7 de 1984.

La Presidencia del Simposium estuvo a cargo del Dr. José Laguna García y la Coordinación a cargo del Dr. Federico G. Puente Silva.

## **Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental**



---

**Dr. Federico G. Puente Silva**  
**Presidente Honorario Fundador**

**Psicoanalista Andrés Gaitán González**  
**Director General**

**Dra. Rosalba Bueno Osawa**  
**Directora Académica**

**Dra. Stephanie Fastlicht**  
**Dr. Derecho Eduardo Ramírez**  
**Dra. Maria Elena Hidalgo**  
**Lic. Raul Jiménez**  
**Consultores**

**Lic. Ma. Guadalupe Ilizaliturri Miranda**  
**Lic. Javier Ramos Cruz**  
**Psic. Claudia Huerta Soria**  
**Psic. Nancy Mancera González**  
**M. C. Jordi Puente Espel**  
**C. P. Ana María Albarrán Herrera**  
**Coordinación Operativa**

**Psic. Angélica Arriaga Jurado**  
**Psic. Luis Alejandro Sánchez Ortiz**  
**Lic. Julio Cesar Cortés Ramírez**  
**Psic. Leodice Vieyra Hernández**  
**Lic. Miguel Guzmán Juárez**  
**Psic. Susana Vera Bravo**  
**Psic. Aída Rodríguez Cortés**  
**Psic. Cecilia Bocanegra Mendiola**  
**Lic. Ma. Elena Mejía Romero**  
**Coordinación de Guardia**

### **Profesores Titulares**

Dr. Federico G. Puente Silva	Dra. Irma Von Wobeser Hoeffner
Dra. Rosalba Bueno Osawa	Lic. Esmeralda Salinas Cerecedo
Psicoanalista Andrés Gaitán González	Lic. Guadalupe Teresa Cortés Ramírez
Dra. Stephanie Fastlicht Kurián	Lic. Juan Antonio Barrera Méndez
Mtra. Jéssica Gutiérrez Castillo	Lic. Arturo Sánchez Palma
Mtra. Patricia Guzmán Ocampo	Lic. Miguel Ángel Soto Ramírez
Mtra. Rebeca Shubich Rosenfeld	Tanatóloga Martha Hamill de Correa
Mtra. Karla Santos Galindo Ornelas	Tanatóloga Silvia Guadalupe Retana
Mtra. Angelina Guerrero Luna	Mtra. Karla Santos Galindo Ornelas
Psicoanalista Alma Guerrero Villanueva	Mtra. Valeria Villa Guillén
Dr. Ramón Esteban Jiménez	Lic. Javier Ramos Cruz
Dra. Dolores Aldana Villavicencio	Psic. Claudia Huerta Soria
Dra. Gabriela Tourrent Cobo	Lic. María Guadalupe Ilizaliturri M.
Dra. Ma. Luisa Pérez Luis de Cacher	Lic. Diana Gabriela Rodríguez Varela
Dra. Marcela Zambrano G	Dra. Olivia Tena Ramírez
Dra. Cristina Bottinelli Cardoso	TUM. Donaciano Ramos Cesareo
Dra. Cristina Velasco Körndorffer	

### **Supervisores Clínicos**

Dra. Dolores Aldana Villavicencio  
 Dra. Cristina Bottinelli Cardoso  
 Lic. Arturo Cárdenas González  
 Lic. Mario de Dios Yépez  
 Dra. Luz de Lourdes Eguiluz  
 Psicoanalista. Andrés Gaitán González  
 Mtra. Karla Santos Galindo Ornelas  
 Mtra. Jéssica Gutiérrez Castillo  
 Psicoanalista Ma. Gpe. Ilizaliturri Miranda  
 Mtro. Mario Alberto Patiño  
 Psicoanalista Ma. Gpe. Ramírez Fuentes  
 Lic. Javier Ramos Cruz  
 Lic. Arturo Sánchez Palma  
 Psicoanalista Cristina Velazco Körndorffer  
 Mtra. Irma Von Wobeser  
 Mtro. Marino Burón Aparicio

## **Psicólogos-Consejeros por Teléfono**

<b>Generación I</b>	<b>Generación XXVI</b>
<b>Generación II</b>	<b>Generación XXVII</b>
<b>Generación III</b>	<b>Generación XXVIII</b>
<b>Generación IV</b>	<b>Generación XXIX</b>
<b>Generación V</b>	<b>Generación XXX</b>
<b>Generación VI</b>	<b>Generación XXXI</b>
<b>Generación VII</b>	<b>Generación XXXII</b>
<b>Generación VIII</b>	<b>Generación XXXIII</b>
<b>Generación IX</b>	<b>Generación XXXIV</b>
<b>Generación X</b>	<b>Generación XXXV</b>
<b>Generación XI</b>	<b>Generación XXXVI</b>
<b>Generación XII</b>	<b>Generación XXXVII</b>
<b>Generación XIII</b>	<b>Generación XXXVIII</b>
<b>Generación XIV</b>	<b>Generación XXXIX</b>
<b>Generación XV</b>	<b>Generación XL</b>
<b>Generación XVI</b>	<b>Generación XLI</b>
<b>Generación XVII</b>	<b>Generación XLII</b>
<b>Generación XVIII</b>	<b>Generación XLIII</b>
<b>Generación XIX</b>	<b>Generación XLIV</b>
<b>Generación XX</b>	<b>Generación Extraordinaria I</b>
<b>Generación XXI</b>	<b>Generación Extraordinaria II</b>
<b>Generación XXII</b>	<b>Generación Extraordinaria III</b>
<b>Generación XXIII</b>	<b>Generación Extraordinaria IV</b>
<b>Generación XXIV</b>	<b>Generación Extraordinaria V</b>
<b>Generación XXV</b>	<b>Generación Extraordinaria VI</b>

# Adherencia Terapéutica Implicaciones para México

## PREFACIO

En los últimos tiempos y sobre todo en las últimas dos décadas, se ha hablado constantemente de la necesidad de optimizar los recursos existentes, esto tanto en países denominados industrializados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. Por lo que se refiere a los servicios de salud, se ha observado claramente que aun en aquellos países con grandes recursos, éstos son insuficientes si su aplicación no es cuidadosamente estudiada. Esto se ha podido observar en la experiencia inglesa, con su sistema de seguridad social, en donde se reconoce que por cada problema de salud que es resuelto, se presentan en forma automática otros nuevos. Otra experiencia fue la de Estados Unidos, en la creación de clínicas para atender a jóvenes farmacodependientes, con un costo muy elevado y con resultados limitados.

Por sentido común, la situación en países como México reviste características de una mayor gravedad. Por una parte todavía y por mucho tiempo, un porcentaje importante de nuestra población no está cubierto por los servicios de salud y aquellos que lo están, desafortunadamente, no necesariamente se benefician de ellos. La explicación de esto es compleja y de origen multifactorial, pero consideramos que en nuestro país, y tal y como ocurre en el resto del mundo, los pacientes no cumplen, es decir, por razones diversas no se apegan a sus programas terapéuticos.

En México se ha hecho un esfuerzo importante para que toda la población cuente con un derecho a la protección de la salud; esto se encuentra claramente establecido en la Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984. En ella se estipulan, entre otras, las siguientes finalidades: "La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de salud"; así también "El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población"; además de "El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud".

La falta de cumplimiento al tratamiento es uno de los problemas más graves para el Sector Salud en nuestro país. Trataré de fundamentar esta aseveración. Un paciente diabético que es atendido en una de nuestras instituciones: es recibido por una recepcionista, la cual le toma sus datos; una secretaria abre el expediente; una enfermera lo recibe y lo lleva a la evaluación médica; el médico le elabora la historia clínica y lleva a cabo la exploración correspondiente; se le solicitan los estudios de laboratorio y gabinete que se consideran necesarios, se llega a un diagnóstico adecuado y se decide establecer el tratamiento correspondiente, en este caso el uso de hipoglicemiantes orales o en su caso la utilización de insulina además de la dieta correspondiente. A partir de este momento, en nuestro sistema la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento en forma adecuada recae exclusivamente en el paciente, sin preguntarnos si el paciente tiene una información y conciencia clara de su padecimiento así como de las implicaciones consecuencias, ya sea de continuar el tratamiento o de dejar de hacerlo. Se cuenta con estudios que reportan que entre un 25 y un 50% de los pacientes no llevan a cabo las indicaciones recibidas en forma satisfactoria.

Es probable que este paciente desarrolle un precoma diabético que requiera de servicios de terapia intensiva, los cuales por definición son de un alto costo y el paciente necesita dejar de laborar por un tiempo prolongado con las pérdidas correspondientes por falta de producción, además de que los familiares estén sujetos a un sufrimiento intenso por los peligros que la condición del paciente establece.

Cuando esto ocurre, todos los gastos iniciales antes mencionados, se considera que fueron inútiles, y todavía más, aún recuperándose el paciente, éste no necesariamente regresa a su condición de salud original, ya que puede haber secuelas y complicaciones, o bien, por otra parte, nada nos asegura que este proceso no se vuelva a repetir.

El interés de los autores de esta publicación se refiere a un tema, de adherencia terapéutica, el cual es ampliamente conocido, ya que todos sabemos que un porcentaje de los pacientes no cumple con las indicaciones terapéuticas, pero lo que no es reconocido es a magnitud de lo que este proceso representa. Por una parte es lamentable que contando con avances científicos y tecnológicos suficientes para curar en algunos casos, y en otros controlar la enfermedad, el paciente, quien es nuestra meta más importante y final como usuario, no se beneficie de ello.

Los programas de servicio y de atención en el campo de la salud, por definición deben estar diseñados de acuerdo a las características de la población a las que están dirigidos, pero cada vez que se habla de esto, por razones que desconozco, no se incluyen entre esas características, las habilidades de los pacientes para poder cumplir satisfactoriamente con el tratamiento establecido. Se parte de la base de que con sólo informarle al paciente que está enfermo, situación que por cierto ya sabe, y que requiere tomar medicamentos en una u otra forma, el paciente llevará en forma adecuada estas indicaciones. Se hace a un lado la importancia de los elementos psicológicos en el más amplio sentido de la palabra, es decir: elementos intelectuales "¿El paciente entendió realmente la indicación de su médico?"; elementos cognoscitivos "¿Qué tanto se encuentra o no en discrepancia la información recibida con las normas y valores que el sujeto mantiene?" "¿Cuál es el concepto del manejo del tiempo del paciente?" "¿Cuál es la capacidad del sujeto para poder planear cuándo se requieren tratamientos por tiempos prolongados?" "¿Qué tan doloroso emocionalmente resulta para el paciente y sus familiares la presencia de una enfermedad incurable?". Esto sin dejar de reconocer la importancia que tiene el buen trato a los pacientes por el personal de salud; la existencia de servicios que permitan atender con prontitud y eficacia a los pacientes; y contar con mecanismos que le permitan al usuario poder solventar los gastos de los servicios médicos, los cuales frecuentemente impiden que el paciente lleve a cabo su tratamiento. Todos estos y muchos más son elementos determinantes para que un paciente lleve a cabo una buena adherencia al tratamiento.

Nuestro país vive una crisis, algunos economistas hablan de la peor crisis del siglo en los últimos 70 años; una crisis económica que reduce en forma drástica los recursos financieros asignados al campo de la salud. Pero cabe recordar que toda crisis constituye tierra fértil para cambios e innovaciones, sobre todo cuando éstos están basados en el sentido común y en el deseo de ayudar.

Considero que los programas de adherencia terapéutica constituyen un buen ejemplo de lo anterior, es decir, utilizando programas relativamente sencillos y de bajo costo de educación para la salud que no incluyan solamente temas médicos, sino también psicológicos y sociales, técnicas conductuales y cognoscitivas. Podemos tal y como lo hemos podido demostrar en una población con patología múltiple de pacientes crónico-respiratorios en el Hospital General de la Ciudad de México, SSA., favorecer que nuestros pacientes, en una forma más efectiva, más eficiente y porqué no decirlo, más agradable, lleven a cabo sus programas de tratamiento adecuadamente.

**El Editor.**

## INDICE

PREFACIO	PAGINA
Capítulo I <b>¿Qué es la adherencia terapéutica?</b> Dr. Federico G. Puente-Silva	9
Capítulo II <b>Implicaciones y repercusiones para el paciente neumológico por la falta de cumplimiento a su tratamiento.</b> Dr. Raúl Cicero Dra. Ernestina Ramírez Casanova	21
Capítulo III <b>Implicaciones y repercusiones para la paciente ginecoobstétrica por la falta de cumplimiento a su tratamiento.</b> Dr. Samuel Karchmer K.	33
Capítulo IV <b>Implicaciones y repercusiones para el paciente oncológico por la falta de cumplimiento a su tratamiento.</b> Dr. Armando López Rodríguez	39
Capítulo V <b>Consecuencias indeseables del incumplimiento terapéutico en Psiquiatría: influencia en el pronóstico del paciente esquizofrénico.</b> Dr. Carlos Pucheu Regis	46
Capítulo VI <b>Contribuciones de la investigación en Psicología a la adherencia terapéutica.</b> Mtro. Benjamín Domínguez	55
Capítulo VII <b>Adherencia al tratamiento: un enfoque preventivo.</b> Dr. Juan José Sánchez Sosa	65
Capítulo VIII <b>La falta de cumplimiento terapéutico. Implicaciones para el sector salud.</b> Dr. Manuel Ruiz de Chávez Dra. Susana Cuevas Córdoba	71
Capítulo IX <b>Creatividad publicitaria y adherencia terapéutica. Senderos paralelos. Posibilidades de convergencia.</b> Sr. Silvio García Patto	81
Capítulo X <b>Conclusiones.</b> Dr. Federico G. Puente-Silva	88



# CAPITULO

## I

### ¿QUÉ ES LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA?



Dr. Federico G. Puente Silva.

Especialización en Psiquiatría y Salud Pública.  
Maestrías en Psicología Clínica y en Ciencias de la Demografía Médica.  
Profesor Titular de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Medicina.  
Jefe del Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Postgrado,  
Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

# ¿QUE ES LA ADHERENCIA TERAPEUTICA?

Dr. Federico G. Puente-Silva

┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌ ┌

Cuando hablamos de adherencia terapéutica, nos estamos refiriendo al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas. Por el contrario, la falta de adherencia terapéutica nos describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento.

La existencia de este proceso es ampliamente conocida ya que todos los médicos o terapeutas saben que un número de sus pacientes no cumple con el tratamiento, o lo sigue en forma inadecuada. A pesar de ello, a este proceso no se le ha dado ni la importancia ni la relevancia que tiene.

Blackwell (1), en una revisión de 50 estudios clínicos, encontró que el fracaso total en la toma de medicamentos, ocurría entre el 25% y el 50% de los pacientes de consulta externa. Estos estudios se referían a poblaciones de países industrializados que cuentan con un nivel educativo por arriba del existente en nuestro país.

La medicina institucional está empezando a reconocer la falta de cumplimiento del tratamiento como un grave problema, ya que en ésta se establecen sistemas de registro e identificación que permiten evaluar la efectividad y eficiencia de los programas terapéuticos. Otros procesos que intervienen en el reconocimiento son el desarrollo de las medicinas curativas y de mantenimiento. Es decir, que en la actualidad contamos con medicamentos que curan y resuelven el padecimiento, como en el caso de las enfermedades infecciosas. Y por lo que se refiere a padecimientos crónicos, como la diabetes e hipertensión, contamos con medicamentos que las controlan. También ha intervenido el mayor y mejor conocimiento de la patogénesis que permite la prevención, o bien el adecuado control de la enfermedad en etapas tempranas.

Por lo que se refiere al paciente, tenemos que reconocer que se requiere cada vez más de su activa participación, y que esta participación constituye un proceso cada vez más complejo, ya que el número de posibles recomendaciones que mejoran el estado de salud, aumentan constantemente. Ejemplo de esto, serían las modificaciones al estilo de vida moderno y urbano, con el objeto de frenar el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos. Por supuesto, una vez que el paciente reconoce la presencia de una enfermedad, tiene el privilegio de decidir si lleva o no a cabo las prescripciones del terapeuta. También se podría mencionar que por parte de los médicos, frecuentemente existe resistencia de llevar a cabo actividades de educación al paciente sobre su padecimiento y el tratamiento; o, bien, de supervisión sobre el implemento de las prescripciones.

## Sistema de salud

En todo sistema de salud es importante distinguir a la población que asiste, de la que no asiste, ya que podríamos encontrar, como ocurre en algunos servicios de salud mental, grandes diferencias entre éstas (2). También es importante reconocer las características de la población desertora. Porter menciona que los intentos de establecer un tipo o perfil del paciente desertor, han fracasado (3). Esto no quiere decir que algunas variables en el cumplimiento de un tratamiento carezcan de valor predictivo.

Se ha mencionado la importancia que tiene para un sistema de salud, el identificar a aquellos terapeutas que en alguna forma propician la deserción y el incumplimiento del tratamiento.

Dentro de los aspectos importantes a considerar en el incumplimiento terapéutico, tenemos que diferenciar de entre los pacientes que asisten a consulta, a los que cumplen y a los que no cumplen. Deben " pensar que cualquier intento de evaluación sobre cumplimiento constituye por sí mismo una variable que altera el proceso. Estos intentos de evaluación constituyen equivalentes de técnicas de registro, las cuales, sabemos facilitan al paciente su apego a los programas terapéuticos. El cumplimiento de un tratamiento es por definición un proceso dinámico y continuo, por lo que en ningún momento deberá considerarse como un hecho concreto. Su repercusión en el resultado de investigaciones clínicas no debe de menospreciarse.

Existen dos grandes problemas en la práctica médica que dificultan la evaluación del cumplimiento terapéutico. El primero se refiere a la especificidad del tratamiento, es decir, al grado en que interviene el efecto placebo en los resultados terapéuticos. El segundo se refiere al grado en que se implementan las indicaciones. Frecuentemente, los beneficios de un tratamiento son inespecíficos hasta en un 50%.

La falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta; por ejemplo:

- a) fallas o dificultades para iniciar un tratamiento;
- b) fallas por suspensión prematura de la terapia; y
- c) implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta (4).

La importancia y el significado de la falta de apego a los programas terapéuticos, resulta en grandes pérdidas en lo personal, en lo familiar y en lo social.

En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento, además de limitaciones o incapacidades irreversibles y progresivas.

Por lo que se refiere a lo familiar, existen estudios que demuestran una importante disrupción familiar con repercusiones para la pareja y los hijos, en pacientes crónicos con un mal manejo de su problema (5).

En lo social, resulta de un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, prolongándose así innecesariamente los tratamientos y presentándose recaídas y readmisiones, las cuales se podrían evitar. Vale la pena subrayar que estas complicaciones innecesarias corresponden a condiciones, que su manejo es de un elevado costo económico.

Podríamos poner el ejemplo de un diabético que no usa en forma adecuada sus hipoglicemiantes orales, llegando a desarrollar un pre-coma diabético que requiere de los servicios especializados de una Unidad de Terapia Intensiva.

### **Adherencia a medicamentos**

Por lo que se refiere a la falta de adherencia a las terapias con medicamentos, encontramos los siguientes problemas:

1. Errores de omisión. El paciente no se toma el medicamento prescrito, independientemente de cual sea la razón. Las razones pueden ser: olvido, falta de disciplina, negación de su condición de enfermo, miedo a los efectos colaterales, etc.

2. Errores de dosis. El paciente no se toma la dosis indicada, ya sea por información inadecuada o porque él decida que requiere una dosis mayor o menor.

3. Errores en el tiempo. El paciente no se toma los medicamentos a las horas indicadas. En ocasiones corre el riesgo de una sobredosis al tomar en una sola ocasión varias dosis acumuladas.

4. Errores de propósito. El paciente se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida de su médico resulte inadecuada.

5. Automedicación. El paciente se administra medicamentos no prescritos. Esta situación es de gran importancia, ya que algunos autores reportan que hasta un 50% de los medicamentos que las personas ingieren sin prescripción médica, son potencialmente peligrosos (6).

Con relación a los métodos de evaluación de toma de medicamentos, contamos, entre otros, con: 1) la interrogación o pregunta verbal al paciente; 2) sistemas de registro y conteo de medicamentos; 3) determinaciones en orina y 4) niveles plasmáticos.

### **Relación terapeuta-paciente**

Una de las áreas que ha retomado mayor relevancia en la evaluación de la estructura del sistema de salud, es la que se refiere a la relación terapeuta-paciente. Existen reportes donde se confirma (7), por ejemplo: a) Que a mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, habrá un mayor y mejor cumplimiento a los programas de tratamiento. b) Que a mayor satisfacción en el paciente, habrá menor probabilidad de deserción. c) Que a una mayor duración, es decir continuidad en la relación, mejor será el cumplimiento. Asimismo, se ha encontrado que la actitud del terapeuta hacia el tipo de tratamiento y hacia el paciente, constituye una importante variable en el cumplimiento terapéutico y en el desarrollo de efectos colaterales. Ejemplo de esto, sería la actitud del terapeuta hacia acciones terapéuticas como la esterilización y la colocación de dispositivos intrauterinos. Para algunos, la relación terapeuta-paciente es de importancia tal que consideran que la causa principal del incumplimiento es una comunicación deficiente entre el terapeuta y el paciente (8).

### **Estilo de vida**

Progresivamente se ha ido estableciendo la gran importancia que tiene el estilo de vida en el desarrollo y en el curso de los padecimientos. Esto resulta evidente en el caso de los padecimientos crónico-degenerativos, como la bronquitis, el enfisema, la hipertensión y el cáncer. Se sabe con respecto a la vida urbana-moderna, que factores tales como vida sedentaria, sobrepeso, tabaquismo y estrés. Juegan un papel determinante en el desarrollo de padecimientos cardiovasculares, entre otros.

Asimismo, se ha reconocido las grandes dificultades que implica el modificar el estilo de vida de un ser humano esto sin mencionar los aspectos éticos del proceso.

## CUADRO 1

### ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD

#### Relación terapeuta-paciente.

1. A mayor satisfacción, mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico.
2. A mayor satisfacción menor deserción.
3. A mayor duración (continuidad) mejor cumplimiento.
4. La actitud del terapeuta es una variable importante en el cumplimiento terapéutico.
5. Algunos autores consideran que la causa principal de incumplimiento, es la comunicación deficiente entre el terapeuta y el paciente.

Una de las áreas de mayor interés es la de la discusión acerca de si el médico es el profesionalista indicado o más efectivo para promover cambios en el estilo de vida. Se cuenta con la experiencia de grupos no profesionales, como los *Alcohólicos Anónimos* y los *Cuida Kilos*, los cuales frecuentemente pueden ser de gran utilidad. Por otra parte. Contamos con la integración, aunque relativamente reciente, dentro de los equipos de salud de otros profesionales, como son los psicólogos, los antropólogos y las trabajadoras sociales.

#### El psicólogo como profesional de la salud

Por lo que se refiere al papel del psicólogo como profesional en el campo de la salud, su participación puede ser de gran relevancia en las siguientes áreas:

- 1) Educación para la salud. El psicólogo puede llevar a cabo satisfactoriamente actividades de educación para la salud, tanto en temas médicos como psicológicos. Entre las áreas en donde esto ya ha ocurrido, se encuentran el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.
- 2) Entrenamiento en técnicas de relajación y de desensibilización cuando el paciente presenta niveles importantes de angustia y/o reacciones fóbicas a su padecimiento o al tratamiento correspondiente.
- 3) Técnicas de entrenamiento en autocontrol, basadas en la capacitación y desarrollo de habilidades en el paciente, con la finalidad de que cuente con un repertorio para el manejo adecuado de su tratamiento.
- 4) Técnicas de automonitoreo y/o autoregistro, las cuales son de las más utilizadas en la actualidad. Una de las razones es que nos permiten cuantificar la conducta. El procedimiento incluye la propia observación del sujeto y el registro sistemático de estas observaciones. Las observaciones están dirigidas principalmente a la topografía y frecuencia de la conducta problemática, asimismo, a los antecedentes y consecuencias de la misma. Estas técnicas se utilizan tanto para educar al paciente, como para que sirvan como estrategia de intervención que facilite los cambios conductuales. Asimismo, constituyen un medio de evaluación de la efectividad de la intervención.

En la evaluación del autoregistro, deben de considerarse:

- a) *El grado de aplicabilidad.* El automonitoreo se ha utilizado con un gran número de conductas a modificar. Estas son conductas explícitas que incluyen: frecuencia, duración e intensidad de ataques asmáticos, epilépticos y cefaleas. También se ha utilizado para conductas implícitas o "encubiertas". Como es la fatiga; ya que en estos casos, al ser condiciones no observables por terceros, el autoregistro es de gran utilidad.

b) *Los métodos de registro de conductas de automonitoreo.* Se han desarrollado diversos métodos, los cuales incluyen tarjetas o pequeños instrumentos mecánicos que el paciente lleva en su bolsillo o bolsa y que registran la frecuencia. La continuidad entre la ocurrencia de la conducta y su registro influyen sobre la exactitud o precisión de la información, por lo que se le indicará al paciente haga su registro inmediatamente después de que ocurra la conducta (14).

## CUADRO 2

### EL PSICÓLOGO COMO PROFESIONAL DE LA SALUD

1. Educación para la salud.
2. Técnicas de relajación y desensibilización.
3. Técnicas de autoregistro y autocontrol.
4. Técnicas de dinámica de grupo.
5. Técnicas de reestructuración cognoscitiva.

5) Técnicas de dinámica de grupo. Estas se establecieron primero por razones de costo-beneficio, pero pronto se las reconoció como un instrumento terapéutico de gran utilidad, que promueve un mejor funcionamiento en el paciente, ya que éste se percata de que no es el único con tal condición. Conceptos tales como membresía, adhesión al grupo, identidad grupal e inclusive el de competitividad y rivalidad, cuando se les implementa en forma adecuada, pueden contribuir en forma importante al apego del paciente a su terapia.

6) Técnicas de reestructuración cognoscitiva. Estas se refieren a la modificación de las estructuras cognoscitivas del paciente, en lo relativo a su enfermedad. Si el paciente percibe su condición de enfermo, como una situación de devaluación, anhedonia y denigración, el paciente podrá a andar una serie de procesos psicológicos que le permitirán negar dicha condición. Freud describió mecanismos tales como la negación, la racionalización y la intelectualización (9). Muchos psicólogos contemporáneos estudian estos mecanismos, pero dentro del enfoque cognoscitivo (10).

Las técnicas de reestructuración cognoscitiva consisten en habilitar al paciente en el desarrollo de nuevos marcos perceptuales y de cognición, con el objeto de que el paciente sea consonante con su padecimiento y que a través de esto, no sólo maneje adecuadamente sus programas terapéuticos, sino que también su calidad de vida se mantenga en niveles óptimos.

### Procesos cognoscitivos

Las recomendaciones o indicaciones terapéuticas pueden diferir en forma considerable con el estilo de vida y con las normas y valores que el paciente mantiene. Cuando esto ocurre, se presenta la disonancia cognoscitiva. El paciente entonces tratará de tomar una decisión que reestablezca su armonía interna, desarrollando una consistencia y congruencia entre sus acciones y sus actitudes y valores. A este proceso, Festinger lo denominó "tendencia a la consonancia entre cogniciones"

Dentro de los factores de relevancia en los procesos cognoscitivos, están: los sociológicos, los psicológicos y los fisiológicos.

### Factores sociológicos

1. Tipo de interacción entre el terapeuta y el paciente. Ya se mencionó la importancia que reviste el proceso de relación terapeuta-paciente para un adecuado cumplimiento terapéutico. En este proceso es importante subrayar los modelos preexistentes establecidos en una sociedad sobre las expectativas de las personas, en relación al otorgamiento y a la calidad de los servicios de salud.
2. Otro aspecto sociológico importante son los modelos y roles de las personas significativas de un paciente. Si las personas significativas se comportan, ya sea en forma autoritaria, inconsistente o irracional, esto influirá en los modelos de autoridad que el paciente maneja.
3. El modelo cognoscitivo de enfermedad juega un papel trascendente, ya que va a determinar el grado de aceptación y el impacto en su manejo. Por ejemplo Parsons plantea que si un sujeto tiene el modelo de que no trabajar constituye una desviación, y éste tiene que dejar de trabajar por enfermedad, entonces sentirá que ha caído dentro de esta desviación. Así también si el sujeto cuenta con el modelo de que el estar enfermo constituye una forma de obtención de afecto, mostrará resistencia a abandonar dicho rol. (11)
4. El nivel de educación.
5. La clase social, son factores sociológicos que juegan un papel importante en los procesos de reconocimiento de la enfermedad y de cumplimiento terapéutico. En la actualidad son conocidos los estudios que muestran importantes diferencias en la percepción y el manejo del dolor entre diversos grupos socioculturales. Así como que los grupos con nivel universitario son los más dispuestos a modificar su estilo de vida y a utilizar innovaciones tecnológicas.
6. La edad.
7. El sexo. Estas variables establecen diferencias en los modelos cognoscitivos de enfermedad y de manejo del padecimiento en el paciente. Un claro ejemplo de esto sería la diabetes en donde la respuesta psicológica va a depender de si el paciente es niño, adulto o anciano.

### Factores psicológicos

Entre otros factores, además de los ya mencionados tenemos el de la magnitud relativa de la disonancia, ya que de ésta resultará la toma de decisión del paciente, de cumplir o no. La existencia de disonancia en el paciente, siendo un proceso psicológicamente incómodo, motivará la búsqueda de alternativas que propicien la disminución o la resolución de la disonancia.

### Factores fisiológicos

1. Grado de severidad de los síntomas de la enfermedad. La severidad de los síntomas juega un papel importante en los procesos cognoscitivos. Si los síntomas son leves y el sujeto muestra disonancia a la presencia de enfermedad, éste no tendrá dificultad en negar su presencia. Si los síntomas son severos, ocurrirá todo lo contrario ya que entonces será difícil para el sujeto negar su enfermedad.
2. Duración de los síntomas. Si el paciente presenta síntomas que no se manifiestan en forma continua, sino más bien periódica o intermitentemente, y la presencia de éstos le producen disonancia, el paciente podría entonces desvalorizar el proceso de enfermedad.

3. Grado de limitación de los síntomas. El grado de limitación que un padecimiento le impone al paciente, juega un papel de importancia en el reconocimiento de la enfermedad y en el manejo de la misma.
4. El grado de afectación y daño. La gravedad del padecimiento es determinante para que el paciente se adhiera o no a un tratamiento. Los padecimientos graves pueden motivar fuertemente al paciente a implementar las recomendaciones de su médico. Sin embargo, cuando el pronóstico es demasiado pobre, puede ocurrir lo contrario.

### **Factores predictivos en la adherencia terapéutica**

Haynes y Sackett (12) consideran que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento, se encuentran:

1. La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
2. El grado de estabilidad familiar. Se ha visto, sobre todo en niños y ancianos, así como en pacientes esquizofrénicos, que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.
3. El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida. Aquellas personas que cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.
4. Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos con el tratamiento. Aquellos pacientes que pueden, en una forma clara y precisa, percatarse de los beneficios obtenidos con el tratamiento, mostrarán un mayor interés en continuar y mantener sus tratamientos. Lo opuesto ocurre en aquellas personas que han tenido resultados insatisfactorios y por lo mismo una gran frustración.
5. Supervisión cercana del médico o terapeuta. Aquellos pacientes que pueden asistir a consulta con su terapeuta, con una buena periodicidad, sobre todo en la fase inicial, muestran más posibilidades de adherirse a su tratamiento. Por supuesto que la calidad en la relación terapeuta-paciente es importante, además de la frecuencia de las consultas.

Estos autores mencionan que, por otra parte, existen factores que tienden a disminuir la adherencia al tratamiento. Entre éstos se encuentran:

1. Complejidad del tratamiento. Aquellos pacientes que tienen que tomar un gran número de medicamentos y/o dosis frecuentes, muestran más posibilidades de no cumplir con el tratamiento.
2. Grado de cambio de conducta requerido. Aquellos pacientes que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.
3. Tiempo de espera para la consulta. Se ha encontrado que aquellos pacientes que tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o que se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adhesión a sus medicamentos.



### Periodo crítico y medicina conductual

Se considera que los seres humanos presentan una serie de resistencias naturales y comprensibles a cualquier cambio, aun en los casos en que el cambio es favorable. Se habla entonces del proceso de "inercia psicológica". Esta resistencia al cambio es de mayor importancia en la etapa inicial. Es por ello que autores como Brandt, han considerado la etapa inicial como un periodo crítico y de valor pronóstico en el adecuado cumplimiento de tratamientos de mantenimiento. Este autor plantea que si el paciente maneja adecuadamente su tratamiento en la etapa inicial, las posibilidades de que esta situación se mantenga, aumentan en forma considerable (13).

**CUADRO 3**  
**FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL MEDICAMENTO**

AUMENTA	DISMINUYE
1. Consideraciones del paciente	1. Complejidad del tratamiento.
2. Estabilidad familiar	2. Grado requerido de cambio de conducta.
3. Cumplimiento con otras áreas	3. Tiempo de espera para la consulta.
4. Satisfacción del paciente	
5. Supervisión cercana del médico (terapeuta)	

Haynes y Sackett, 1976

Autores como Pinkerton, Hughes y Wenrich (14) consideran la adherencia como un problema de conducta, y por lo mismo, piensan que es una de las metas principales de la medicina conductual, en el sentido de que la meta es la modificación de conductas. del paciente, asociadas al estado de salud y que interfieren con el desarrollo satisfactorio de un tratamiento (14).

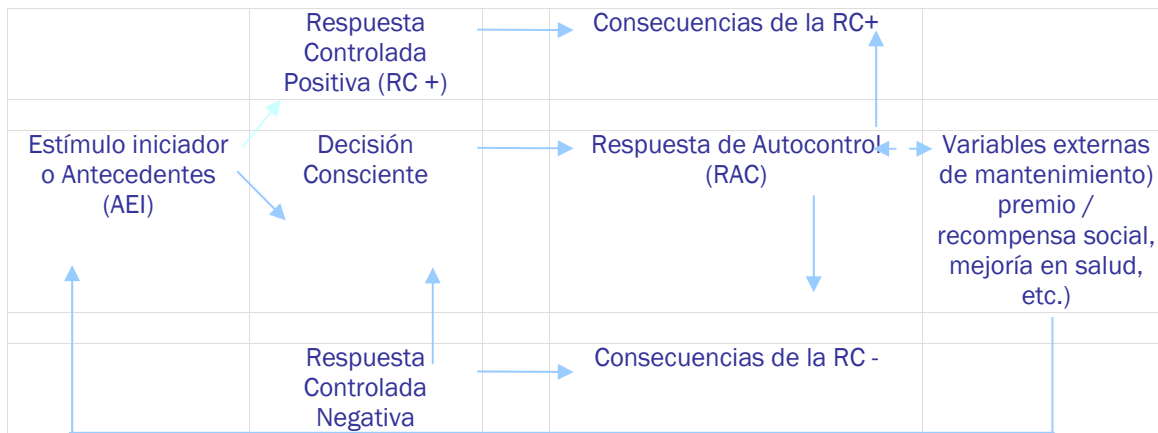
El contexto social en el cual el paciente vive y el medio en el que se desenvuelve deberán estudiarse, con el objeto de identificar variables ambientales que influyen en la conducta de adherencia del paciente.

### Libre albedrío y autocontrol

Frecuentemente, cuando se habla de libre albedrío y autocontrol se establece un antagonismo, que en realidad no tiene fundamento. Esto probablemente se basa en confusiones y concepciones equivocadas en la terminología. Por ejemplo, cuando se habla de autocontrol, se interpreta como sinónimo de restricción y/o de limitación, cuando en la práctica es todo lo contrario, ya que el autocontrol le permite al sujeto desarrollar su libertad personal. Mahoney y Thorensen (15) lo plantean claramente de la siguiente manera: "El individuo "libre" es aquel que tiene un contacto íntimo consigo mismo y su ambiente; es el que sabe "a donde va", en el sentido de que conoce los factores que influyen sobre su ambiente y sus acciones. Aún más, es el sujeto que ha adquirido habilidades y técnicas que le permiten tener un rol activo en su propio crecimiento y ajuste. No es un autómatas mecánico que responda pasivamente a influencias ambientales. Es decir, el sujeto es su científico personal, un hábil ingeniero, capaz de investigar y modificar los factores que determinan sus acciones".

La controversia arriba mencionada, también se explica por la presencia del modelo comprensivo-racional de "toma de decisiones", donde frecuentemente se plantea que los sujetos toman sus decisiones consciente y tácitamente, después de haber revisado el rango completo de alternativas y sus implicaciones, tanto a corto como a largo plazo. De acuerdo a Illsley (16), este proceso no se presenta frecuentemente en personas a las que se les informa tener un padecimiento y que por lo mismo, requieren de un tratamiento.

**CUADRO 4**  
**MODELO DE SISTEMAS DE AUTOCONTROL**  
**(THORENSEN Y MAHONEY)**



#### 1. Planeación ambiental:

- A) Modificación AEI (control de estímulos) y reprogramación de consecuencias de respuesta controlada.
- B) Auto regulación a exposición de estímulos; por ejemplo: desensibilización autoadministrada.
- C) Autoinstrucciones.

#### 2. Programación conductual:

- A) Auto observación.
- B) Autorecompensa/premio.
- C) Autocastigo (positivo y negativo; observable y encubierto).

Braybrooke y Lindblom (17) proponen un modelo alternativo al que se le conoce como de comparaciones limitadas sucesivas o "incrementalismo". Los factores esenciales de este modelo son: cuando el individuo se encuentra colocado en su propio espacio personal y en una relación única con su ambiente percibido, las decisiones no son, o no pueden ser tomadas entre el rango total de posibles alternativas. Las perspectivas de elección se encuentran limitadas por el proceso de experiencias de socialización en el pasado; por expectativas y aspiraciones existentes y por restricciones biológicas, económicas y sociales; así como por las normas culturales que se perciben y prevalecen. De acuerdo con este modelo, las decisiones se relacionan con posibilidades entre alternativas limitadas. El patrón de conducta a largo plazo será resultado de series sucesivas de decisiones, cada una de las cuales tendrá una cualidad única por los factores que intervengan y las decisiones anteriores. Es por ello que encontramos deficiencias y limitaciones en aquellos modelos que proyectan la actividad futura basándose en la conducta pasada o en modelos racionales, ya que sólo funcionarán en algunos casos, donde se presenten circunstancias estables y una buena estructuración. Un buen ejemplo, es la aplicación de este modelo al problema del cumplimiento terapéutico, donde encontraremos que la simple prescripción del medicamento no garantiza que el paciente lo tome adecuadamente, ya que esto depende de que el paciente cuente con el repertorio de habilidades y cogniciones que se requiere para llevar a cabo adecuadamente la implementación del programa terapéutico.

**CUADRO 5**  
**ACCIONES PARA EL MANEJO DE LA FALTA DE ADHERENCIA**

---

1. Reconocimiento de la falta de adherencia.
  2. Monitoreo de la adherencia terapéutica.
  3. Motivar y educar al paciente, familiares y terapeutas.
  4. Desarrollo de estrategias y habilidades.
  5. Régimen terapéutico o medicamentoso adecuado.
-

## REFERENCIAS

1. Blackwell B: Medical intelligence. *The New England Journal of Medicine* 289(5), 1983 (249-252).
2. Fiester A R y Cols: Shaping a clinic population: The dropout problem reconsidered. *Community Mental Health Journal* 10 (2), 1974 (173-179).
3. Porter A M W: Drug defaulting in a general practice. *British Medical Journal* I, 1969 (218-222).
4. Blackwell B: Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry* 129, 1976 (513-531).
5. Johnson D A: The discontinuance of maintenance in neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: Drug and social consequences. *Act Psychiatric Scandinavia* 5, mayo 1983 (339-352).
6. Schwartz D y Cols: Medication errors made by elderly, chronically ill patients. *American Journal of Public Health* 52, 1962 (2018-2029).
7. Mc Dill M S: Compliance in health-seeking behavior. En: *The Behavioral and Social Sciences and the Practice of Medicine*. Ed. Balis, G.U., Butterworth Pub. Inc. 1978 (465-477).
8. Balis G U: Contractual aspects of the doctor–patient relationship. En: *The Behavioral and Social Sciences and the Practice of Medicine*. Ed. Balis, G. U., Butterworth Pub. Inc. 1978 (341-368).
9. Freud A: *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979.
10. Festinger L, Carlsmith J M: Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 58, 1959 (203-210).
11. Parsons T: *The Social System*. Glencoe. The Free Press. Capitulo 10, 1951.
12. Maynes R B, Sackett D L: *With Therapeutic Regimens*. Johns Hopkins University Press, 1976 (193-279).
13. Brandy L W: Studies of dropout patients in psychotherapy: A review of findings. En: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2, 1965 (6-12).
14. Pinkerton S, Hughes H, Wenrich W: Treatment interventions. En: *Behavioral Medicine Clinical Applications*. Pub. John Wiley and Sons, 1982 (4-6).
15. Thorensen C E, Mahoney M J: Personal Freedom. En: *Behavioral Self-Control*. Pub. Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1974 (142-144).
16. Illsley R: Fertility control and individual behavior. En: *Population and its Problems*. Ed. Parry M B, Pub. Oxford University Press 18, 1973 (112-132).
17. Bray Brooke D, Lindbrom C E: *A Strategy of Decision*. Free Press. New York, Cap. 9, 1963, 268.

# CAPITULO

## II

### IMPLICACIONES Y REPERCUSIONES PARA EL PACIENTE NEUMOLOGICO POR LA FALTA DE CUMPLIMIENTO A SU TRATAMIENTO



**Dr. Raúl Cicero**

Especialización en Neumología.  
Profesor Titular de Neumología, División de Estudios de Postgrado, Facultad de Medicina,  
Universidad Nacional Autónoma de México.  
Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina.  
Jefe de la Unidad de Neumología, Hospital General de México, SSA.

**Dra. Ernestina Ramírez Casanova**

Especialización en Neumología  
Profesor Adjunto, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Jefe de Consulta Externa de la Unidad de Neumología,  
Hospital General de México, SSA.

# IMPLICACIONES Y REPERCUSIONES PARA EL PACIENTE NEUMOLOGICO POR LA FALTA DE CUMPLIMIENTO A SU TRATAMIENTO

Dr. Raúl Cicero

Dra. Ernestina Ramírez Casanova

La adherencia terapéutica en el caso de enfermedades respiratorias presenta dos modalidades: la que se refiere a los padecimientos agudos y la relacionada con las enfermedades crónicas.

## Enfermedades respiratorias agudas

Habitualmente el enfermo con problema respiratorio agudo, era un sujeto sano. La sintomatología se presenta en el curso de 24 a 48 hrs.; tiene tos, expectoración, fiebre, disnea y frecuentemente astenia.

La prescripción médica se cumple en más del 80% de los casos y la enfermedad se cura. En el 20% restante, la enfermedad progresa y frecuentemente se complica. En este grupo existe una elevada mortalidad por infecciones respiratorias agudas, principalmente neumonía e influenza. Estas causas se han mantenido sin variación como se reconoce en el Diagnóstico General del Programa Nacional de Salud (1) y se puede estimar en 120 por 100 000.

En este grupo, además del diagnóstico tardío o erróneo y de tratamientos inadecuados, un problema importante es que el paciente abandona el tratamiento cuando la fiebre desaparece, aun cuando persistan la tos y la expectoración y entonces la enfermedad avanza y el paciente puede morir. Con frecuencia, el abandono del tratamiento también obedece a lo elevado del costo de los medicamentos indicados.

Las consecuencias principales son complicaciones como el empiema postneumónico y el absceso pulmonar. La septicemia y el choque séptico pueden presentarse también, aunque son menos frecuentes. En estos casos, el enfermo agudo se convierte en crónico y debe plantearse un nuevo tratamiento que exige otra modalidad de adherencia terapéutica a un costo mayor y con problemas económicos familiares como consecuencia de la inactividad obligada que requiere el nuevo tratamiento, que debe ser hospitalario en la gran mayoría.

En los casos agudos graves, si el enfermo se hospitaliza, el tratamiento se cumple casi siempre, salvo cuando los familiares exigen el alta del paciente, generalmente por ignorancia de la gravedad o por el alto costo del tratamiento cuando se trata de hospitales privados. Frecuentemente el enfermo muere.

Otra modalidad se presenta cuando se rechaza la hospitalización del paciente. Esto es común en niños enfermos, cuyas madres, por irresponsabilidad o escasa educación médica, no desean separarse del pequeño aunque éste pueda morir, como suele ocurrir.

La conducta negativa del personal de salud (como son las recepcionistas, las trabajadoras sociales, las enfermeras y los médicos) que trata agresiva o negligentemente al enfermo, motiva que éste no vuelva a la consulta de control y entonces no se sabe si el problema se resolvió o dejó alguna secuela que evolucione a la cronicidad.

En el Hospital General, los enfermos agudos no regresan a la consulta por razones económicas, principalmente cuando son foráneos. Veintitrés casos neumológicos que regresaron al Hospital por complicaciones diversas, manifestaron que sólo volvieron ante la recurrencia de síntomas persistentes después de que se había presentado un episodio agudo, generalmente supuración broncopulmonar o fiebre. Obviamente no habían seguido tratamiento alguno.

Otros dijeron que les fue imposible pagar las cuotas señaladas por las trabajadoras sociales, o simplemente que no pudieron adquirir los medicamentos.

### Enfermedades crónicas

En este grupo pueden existir diversos casos: el del enfermo que cura a largo plazo, como el tuberculoso; el de aquellos casos que no podrán curarse aunque sigan correctamente el tratamiento como son los bronquíticos-enfisematosos, en los que, sin embargo, puede obtenerse una notable recuperación; y el de los que tienen padecimientos neoplásicos avanzados donde el tratamiento sólo puede ofrecer una relativa paliación. Capítulo aparte es el de la fibrosis intersticial difusa que es una enfermedad fatalmente progresiva, en donde el tratamiento proporciona sólo mejoría periódica y puede prolongar la vida del sujeto (Fig. 1).

Los tuberculosos avanzados, activos o no, pero con secuelas cicatriciales o lesiones que han provocado una insuficiencia respiratoria irreversible, sólo pueden tener tratamientos paliativos. La adherencia terapéutica en estos padecimientos es muy variable.

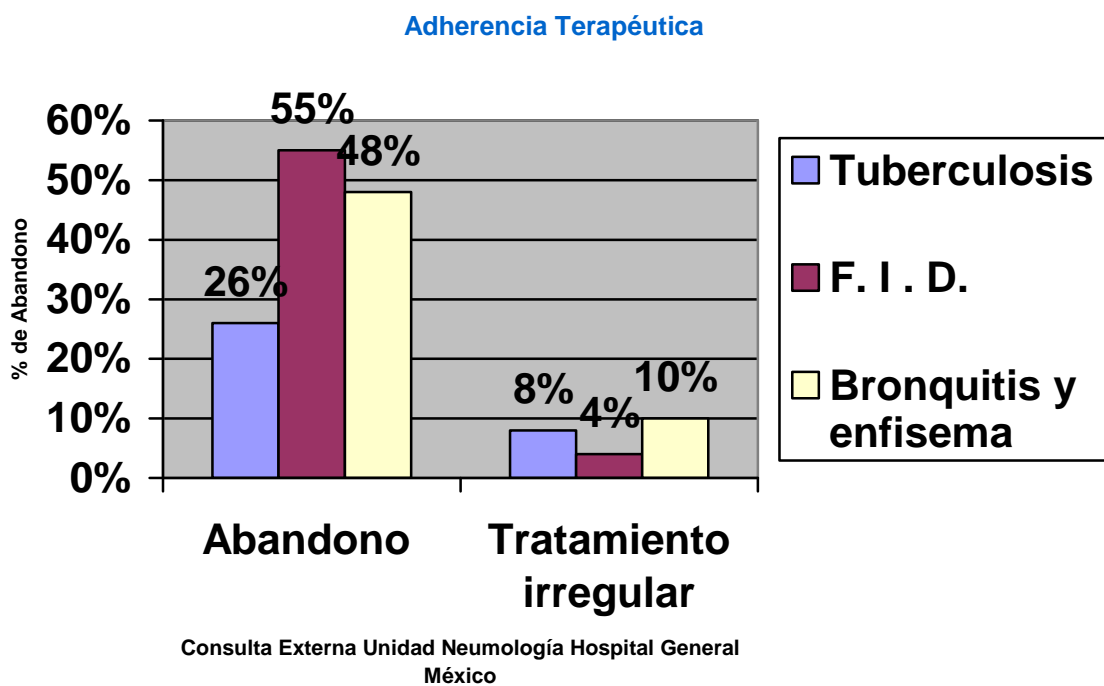
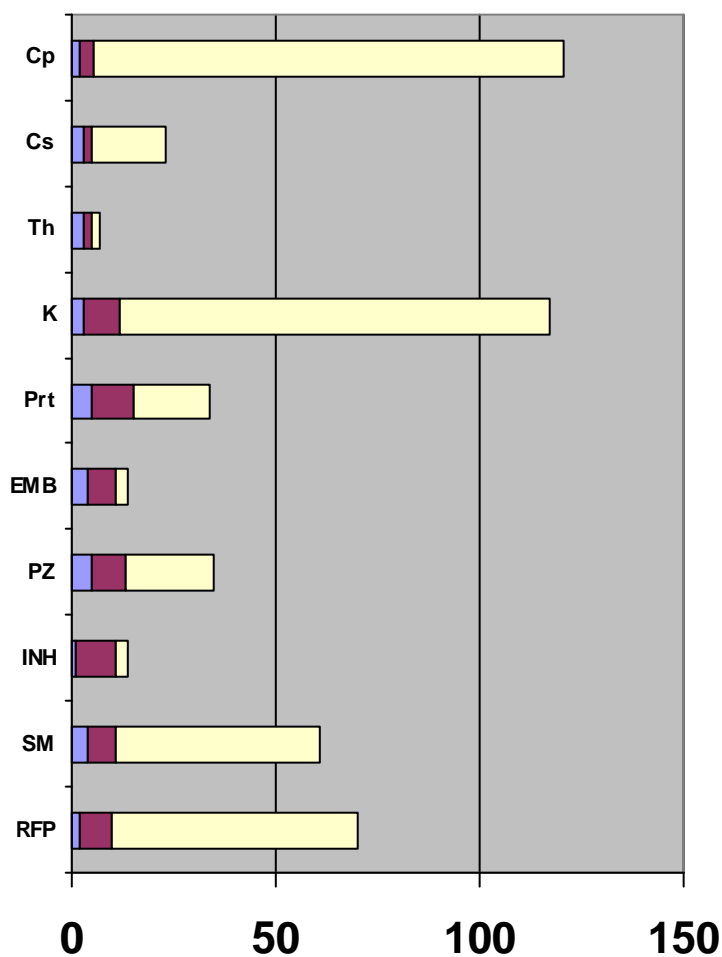


Figura 1. Estimación de la falta de adherencia terapéutica y abandono, en tres grupos de pacientes. Se observa que en la tuberculosis es de 26% en fibrosis intersticial difusa (F. I. D.), de 55% y en los bronquíticos enfisematosos de 48% aunque las causas son un poco diferentes.

## Drogas Antituberculosas



	RFP	SM	INH	PZ	EMB	Prt	K	Th	Cs	Cp
Costo M.N.	\$60	50	2.5	22	2.5	19	105	2	18	115
Eficacia	8	7	10	8	7	10	9	2	2	3.5
Toxicidad	2	4	1	5	4	5	3	3	3	2

Figura 2. Se ilustra el costo de los fármacos antituberculosos. La eficacia en relación con su poca toxicidad, justifica el empleo preferencial de algunos de ellos, independientemente de su costo. RFP: rifampicina, SM: estreptomina, INH: isoniacida, PZ: pirazinamida, EMB: etambutol, Prt: proteonamida, K: Kanamicina, Th: tiacetazona, Cs: cicloserina, CP: capreomicina.

En el tuberculoso recuperable el abandono del tratamiento supervisado puede llegar a cifras mínimas (menos del 10%), si los Pro-gramas de Control de la Tuberculosis se cumplen estrictamente. El éxito del tratamiento puede alcanzar el 100%. Esto ocurre particularmente en el tratamiento acortado a seis meses de duración (1). Aunque el enfermo reciba los medicamentos directamente del personal de salud, es frecuente que cuando existe mejoría evidente se crea curado y abandone el tratamiento. Si es localizado es posible reinstalar el esquema terapéutico.



Esto ocurre en población cerrada, pero en población abierta como es la de la SSA, es muy difícil la localización del caso, que sólo vuelve al hospital cuando sus síntomas reaparecen y entonces debe ser sometido a un retratamiento mucho más costoso y de mayor duración (generalmente de 12 meses) (2) (Fig. 2 y 3, tablas 1,2 y 3).

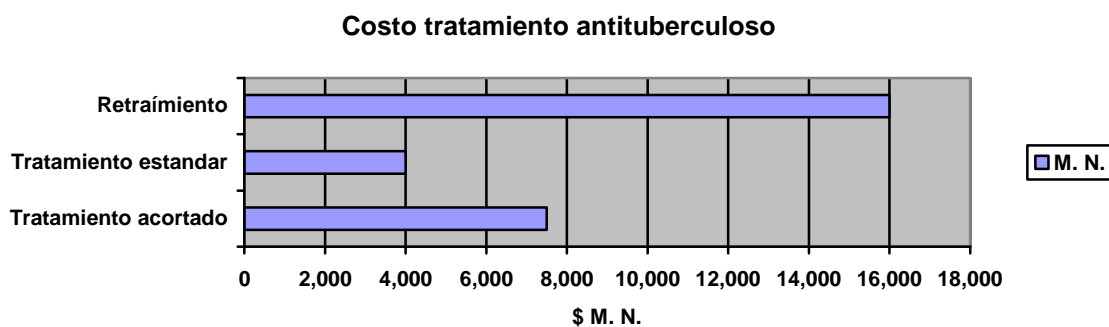
El mal trato del personal de salud, es causa importante del abandono, pues el enfermo pierde la confianza en la institución o bien se cansa de esperar o de soportar un trato denigrante (3). Las consecuencias del abandono tienen una trascendencia epidemiológica importante, pues el caso se reactiva, vuelve a ser infectante y disemina la enfermedad en la comunidad a la que pertenece.

TABLA 1 TRATAMIENTO PRIMARIO CORTA DURACION 6 MESES			
DROGA	DOSIS	COSTO / DIA	COSTO POR FASE INTENSIVA
INH	3		
PZ	3	222.94 X 60	13,376.40
RFP	2		
SM	1	2 MESES	
INH	8	123.64 X 30	3,709.20
RFP	2	4 MESES	
			TOTAL 17,085.60

TABLA 2 TRATAMIENTO PRIMARIO ESTÁNDAR 12 MESES			
DROGA	DOSIS	COSTO/	COSTO POR
DIA			FASE (1984)
1NH	3		
INTENSIVA			
EMB	6	53.62x60=	3.217.20
SM	1		
2 Meses			
DE SOSTEN INH	8		
SM	1	52.64 x 90 =	4.737.60
TOTAL			7.954.80

TABLA 3

RETRATAMIENTO SUPERVISADO 12 MESES			
DROGA DIA	DOSIS	COSTO/	COSTO POR FASE (1984)
EMB	6		
Prt	3		
PZ	4		
K	1		
EM B	12		
Prt INTENSIVA	3	156. 60 x 120 =	18.792.00
		179.04 x 80 =	14.323
3 Meses DE SOSTEN PZ	5		
			9 Meses
<b>TOTAL 33.115.00</b>			



**Figura 3.** Se resumen los datos de las tablas 1, 2, 3. Es importante señalar que el abandono conduce al retraimiento e alto costo y tiempo prolongado. (Febrero de 1984, precios a Gobierno)

Tiempos:

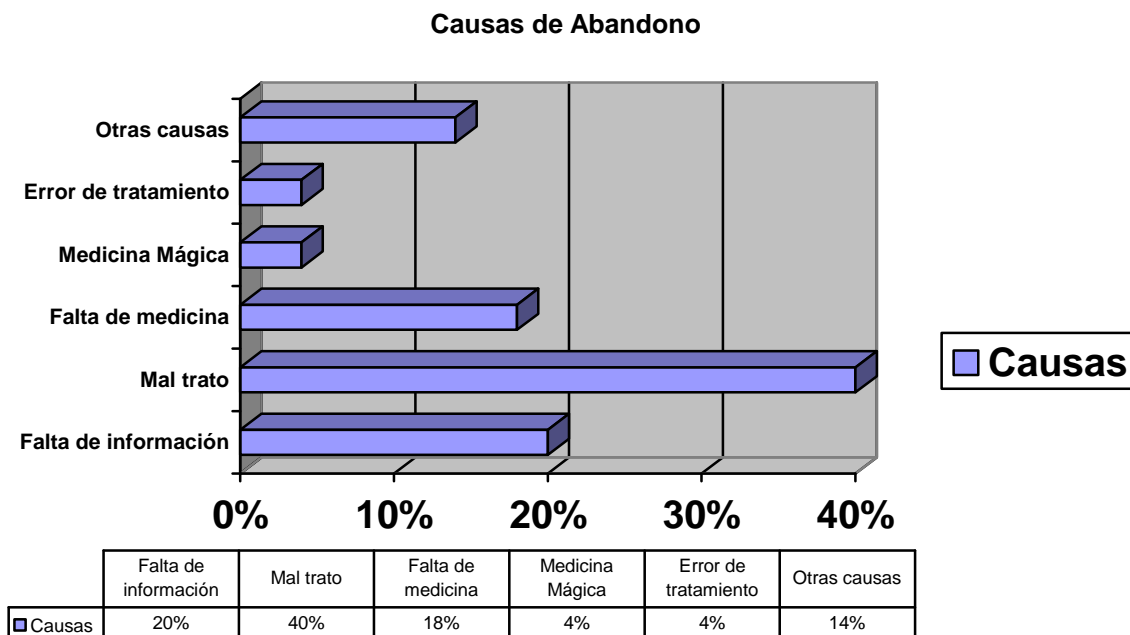
Tratamiento acortado: 6 meses.

Tratamiento estandar: 12 meses.

Retraimiento 12 meses.

El costo de los medicamentos inútilmente empleados también representa un lamentable desperdicio de recursos (Fig. 4, tablas 4, 5 y 6).

Otras causas de abandono son los constantes cambios en política sanitaria pues se pierde la continuidad del esfuerzo realizado y se gastan grandes sumas en deshacer, rehacer, reorganizar y establecer nuevos métodos, los cuales no siempre son los mejores que los que existían. El abandono al tratamiento tuberculoso en México, en 1975 era de 35% en casos conocidos. Como dato comparativo puede citarse el abandono en Pakistán (4) que era de 53% en 1980 y el de Chile (5) que fue de 22% en 1982, considerando únicamente áreas metropolitanas para este último.



**Figura 4.** Causas de abandono en tuberculosis, bronquitis crónica y enfisema, enfermos con neoplasias intratorácicas y un grupo misceláneo. En todos los casos predomina definitivamente el maltrato del personal de salud. Datos sobre la base de 3494 casos de primera vez, 1982-1983, con un índice estimado de abandono global del 36%.

**TABLA 4 FALLA EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA  
CAUSAS IRREGULARIDAD Y ABANDONO SERVICIOS DE SALUD**

**MALA ATENCION AL ENFERMO:**

Descortesía  
Discriminación

**MALA ORGANIZACION:**

Ineptitud del personal  
Personal insuficiente  
Suministro irregular de medicamentos

**MALA ORIENTACION DEL ENFERMO**

**MALA COMUNICACION CON LABORATORIO:**

Información tardía de resultados

**PROGRAMA INEFICIENTE:**

Mal diseñado  
Mal instrumentado

---

**TABLA 5 FALLA EN LA ADHERENCIA TERAPEUTICA CAUSAS PACIENTE**


---

1. Incomprensión de la necesidad de seguir el tratamiento por completo.
  2. Mejoría que se interpreta como curación.
  3. Toxicidad y efectos secundarios de los fármacos utilizados.
  4. Sintomatología persistente en casos avanzados que se interpreta como tratamiento ineficaz.
  5. Alcoholismo.
  6. Dilema entre trabajo y tratamiento.
  7. Personalidad no cooperadora.
- 

---

**TABLA 6 CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA N = 44**


---

Progresión del padecimiento	44
Complicaciones	18
(8 hemoptisis)	
Invalidez	8
Resistencia bacteriana (sin datos)	
DISEMINACION DE LA ENFERMEDAD (INFECCIOSOS) (14 contactos identificados)	
Pérdida del trabajo	30
Subempleo	14
Desempleo irreversible	20 estimado
Pobreza	44
Alcoholismo	12
Desintegración familiar	8

---

Datos de 44 enfermos que regresaron después de abandono, 1983-1984. Unidad de Neurnología, Hospital General de México, SSA.

---

Posteriormente un Programa de Control de Tuberculosis correctamente establecido lo abatió a 12% en 1981. En tanto que actualmente los cambios ocurridos para formar una nueva organización en lo que se llama periodo de reordenación y planeación, lo han elevado a 21% (6). ¿Qué ocurrirá en el futuro al haberse desintegrado el Programa que existía?. Es posible que los sistemas esta-tales de Salud que todavía no se estructuran, tarden varios años en recuperar la eficiencia del Programa, si es que llegan a recuperarla, pues en lugar de un Programa existirán 30, uno en cada Entidad Federativa y otro en el D.F. con el consecuente aumento de la burocracia y las dificultades políticas que implica una supervisión del centro.

En todo caso, el tuberculoso que abandona el tratamiento sigue enfermo y presenta diferentes problemas.

En una muestra obtenida en el Hospital General de México, en 44 enfermos que habían abandonado el tratamiento y que regresa-ron a consulta se observó:

Desintegración familiar en todos ellos, ya que el enfermo dejó de trabajar, y problemas económicos consecutivos al hecho que implica mantener a un enfermo crónico.

Aparición de nuevos casos. Se localizaron 14 nuevos casos entre familiares de estos tuberculosos, pero la cifra real es posiblemente mayor ya que el trabajo social disponible es muy limitado en sus acciones extrahospitalarias (Fig. 4, tabla 6).

Además, estos enfermos tuvieron que estudiarse nuevamente y todos fueron hospitalizados en vista de su precario estado de salud. Dieciocho tuvieron complicaciones diversas, 8 presentaron hemoptisis, que en 4 casos se trató quirúrgicamente.

Al costo del diagnóstico y localización del caso y del tratamiento inicial incompleto, se agrega el de la hospitalización y del retratamiento, más el costo social que es enorme (Fig. 2).

Los bronquíticos enfisematosos, tienen en general una pobre adherencia terapéutica pues sólo ocurren a consulta cuando tienen una exacerbación de su sintomatología, o cuando presentan una infección respiratoria severa. La mayoría son fumadores que no abandonan el hábito y consecuentemente continúan enfermos, aun cuando tomen medicamentos antimicrobianos y broncodilatadores.

Sin embargo, los que dejan de fumar sí concurren posteriormente a una vigilancia periódica y siguen las indicaciones terapéuticas.

Los enfermos con padecimientos neoplásicos desean recibir su tratamiento completo en el 80% de los casos, pero es muy frecuente la falta de fármacos que son de un alto costo. El resto lo abandona por los graves efectos secundarios de los fármacos antineoplásicos y de las radiaciones. Algunos lo dejan sencillamente porque desean morir a corto plazo, en contraste con otro grupo que busca la medicina mágica o el milagro, pues tienen un evidente apego a la vida y no quieren morir.

Los enfermos con fibrosis intersticial difusa muestran gran interés por su tratamiento y tienen una buena adherencia terapéutica, pero la invalidez que presentan, pues todos tienen una insuficiencia respiratoria progresiva, impide frecuentemente que asistan a la consulta, aun cuando continúen tomando sus medicamentos. Muchos tienen que ser hospitalizados nuevamente.

La investigación en un grupo de 32 asmáticos, demostró una adherencia al tratamiento prácticamente nula, aunque todos eran casos complicados de larga evolución y que habían acudido a diversos servicios. El asmático toma los medicamentos sólo hasta que se siente bien, o abusa de ellos (particularmente de los broncodilatadores inhalados que ocasionan graves efectos cardiovasculares, pues casi todos son derivados adrenérgicos). El costo es muy alto pues el enfermo cae en insuficiencia respiratoria aguda (estado asmático, con un alto costo de estancia hospitalaria pues la mayoría requiere cuidados intensivos) difícilmente reversible.

Este grupo necesita un importante apoyo psiquiátrico que ningún servicio proporciona en forma regular.

### **Algunas consideraciones sobre el futuro**

La adherencia terapéutica es un requisito ineludible y fundamental para lograr las metas del Programa Nacional de Salud 1984-1988, particularmente en enfermedades que requieren largo tiempo de tratamiento, como la tuberculosis cuya tasa de morbilidad que oficialmente es de 8.30 (la real estimada probablemente es mayor, tomando en cuenta que se notifican 23 000 casos nuevos, 6 para 70 millones de habitantes, más los que no se notifican, bien podrían ser 30 000), se pretende abatir a 7.20, lo cual significaría que a fines de 1988 morirán menos tuberculosos. Esto sin considerar el crecimiento demográfico que podría elevar la población a 80 millones para ese año, lo cual, aunque el índice bajara, mantendría la cifra de defunciones por arriba de la que existe actualmente.

La falta de adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo, en el que influyen múltiples factores. Una parte de los enfermos establece sus propias conclusiones acerca de la importancia que concede a la enfermedad, a su estado real de salud, al tratamiento mismo, a la duración que debe tener y al crédito que confiere al personal de salud; todo esto de acuerdo con su personalidad, cultura, estado socioeconómico y medio ambiente (5, 7).

La calidad de la atención y la relación entre la organiza salud y el enfermo como individuo con características propias muy importante y es de hecho un problema de relación humana. Un servicio bien organizado, con interés en atender bien al e obtendrá mayor adherencia al tratamiento que aquel en la atención sea impersonal e ineficiente.

Naturalmente que puede obtenerse una adherencia terapéutica obligada en enfermos recalcitrantes, cuando el sistema de salud se vuelve policiaco. En realidad todos los sistemas deberían tener eficiente organización para encontrar al enfermo donde quien esté pero sin llegar a acciones punitivas sino más bien de con' miento "Supervisión Médica Sistemática" (8).

Lograr la motivación del enfermo sería "lograr que el s actúe de acuerdo con lo que se espera de él, pero debe sentirse presionado hasta que haya cumplido con su obligación"; esto obtenerse también con el personal de salud. Dicho de otra mar la adherencia terapéutica sólo podrá lograrse cuando todas las partes involucradas se encuentren motivadas (5, 7) (tablas 7 y 8).

Lo ideal sería que existiera una buena política en salud pública con servicios adecuados, accesibles, eficaces y gratuitos, con personal competente y con una movilización conjunta de la comunidad y de los enfermos para emplear lógicamente los servicios disponibles (9) (tabla 9).

---

#### TABLA 7 MOTIVACION

---

¿Qué es motivación?

Es un estado de disociación y de tensión que moviliza al sujeto hasta que se reduce la tensión y se recupera su equilibrio.

Un psicólogo

Es una presión que se ejerce sobre el individuo para que siga determinada conducta con un objetivo definido y que no desaparece hasta que se ha logrado ese objetivo.

Un epidemiólogo

---

Para hacer realidad el derecho a la protección de la salud necesario poner en marcha una serie de acciones preventivas que requieren una inmensa organización que permita diagnosticar si las normas que se proponen como ideales se cumplen o no junto con sus metas. También es necesario curar a los que ya están enfermos y a los, nuevos casos que aparezcan a corto plazo (aunque lo ideal sería que no hubiera enfermos, éstos también tienen derecho a que se les devuelva la salud). Sin embargo, "muchos problemas de salud están directamente relacionados con los niveles generales de bienestar económico y social" (Lic. M. de la Madrid, Excelsior 10 de agosto de 1984).

---

#### TABLA 8 ADHERENCIA TERAPEUTICA Y MOTIVACION

---

¿QUIEN DEBE SER MOTIVADO?

1. Políticos, legisladores y líderes.
  2. Planificadores oficiales de Salud Pública.
  3. Médicos y personal de salud.
  4. La comunidad
  5. El paciente.
- 

(A. Rouillon)

---

Si estos factores se modifican en forma positiva muchos problemas de salud podrán resolverse por sí solos o disminuir en forma importante, entonces la adherencia terapéutica alcanzará niveles aceptables y el abandono al tratamiento dejará de existir. Si se logra que los problemas de salud se abatan ostensiblemente la supervisión de la adherencia terapéutica será fácil de ejercer.

---

**TABLA 9**  
**ADHERENCIA TERAPEUTICA Requisitos – PROGRAMA OPERATIVO**

---

- Buena relación médico-paciente.
  - Información adecuada.
  - Medicamento gratuito.
  - Supervisión médica apropiada.
  - Trabajo social eficiente.
  - Conservación del empleo.
  - Conservación del núcleo familiar.
  - Seguridad social.
-

## REFERENCIAS

1. Programa Nacional de Salud 1984-1988, S.S.A. *Excelsior* 10 agosto 1984.
2. Rodarte H: Dirección de Control de la Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio. Conferencia. Curso sobre Tuberculosis, O.S.P. México, 1984.
3. Ramírez E: Consulta Externa de Neumología. Hosp. Gral. de Mex. S.S.A. Comunicación personal, 1984.
4. Sloan J P, Sloan M C: An assessment of default and noncompliance in tuberculosis control in Pakistán. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Iug.* 75, 1981 (717).
5. Yáñez A, Valenzuela P: Tratamiento abreviado de la tuberculosis. Una experiencia en grandes ciudades. *Bol. O.S.P.* 92, 1982 (127).
6. Informe de Evaluación. Dir. Gral. de Control de la Tuberculosis y Enf. del Ap. Resp. S.S.A. 1984.
7. Rouillon A: Problems in organizing effective ambulatory treatment of tuberculosis patients. *Bull Int. U.A. Tub.* 37, 1972 (68).
8. Chebanov P V: The organization of ambulatory treatment of tuberculous patients and its efficacy. *Bull Int. U.A. Tub.* 37, 1972 (90).
9. Toman K: Tuberculosis. Detección de casos y quimioterapia *Pub. Cientif:* No. 392, O.S.P. Washington D. C. 1980.



# CAPITULO

## III

### IMPLICACIONES Y REPERCUSIONES PARA LA PACIENTE GINECOOBSTETRICA POR LA FALTA DE CUMPLIMIENTO A SU TRATAMIENTO



Dr. Samuel Karchmer K.

Especialización en Ginecoobstetricia.  
Maestro y Doctor en Ciencias Médicas. Director General del Instituto Nacional de Perinatología.  
Profesor Titular de Ginecoobstetricia y Perinatología. División de Estudios de Postgrado,  
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Miembro Numerario de la Academia Nacional de Medicina.

# IMPLICACIONES Y REPERCUSIONES PARA LA PACIENTE GINECOOBSTETRICA POR LA FALTA DE CUMPLIMIENTO A SU TRATAMIENTO

Dr. Samuel Karchmer K.

El análisis retrospectivo de lo que ha ocurrido en las últimas décadas en el campo de la atención médica, revela cambios notables tanto en el desarrollo de tecnología como en la conceptualización que deben tener los servicios de salud. El enfoque tradicional de la medicina biológica ha ampliado su espectro a campos sociales, psicológicos, demográficos y económicos, en un intento por llenar el concepto amplio de salud, entendido como el bienestar bio-psico-social.

Todos los esfuerzos realizados hasta la fecha, han logrado abatir las tasas de morbilidad y desde un punto de vista práctico han conseguido mejorar la calidad de vida del ser humano. No obstante los avances espectaculares en el campo de la tecnología, la disminución en las tasas de morbilidad y mortalidad no han seguido en paralelo al progreso técnico y su impacto sobre la salud general de los pueblos, contrastando con el gasto de recursos económicos y humanos, no ha sido más que una esperanza no cumplida sobre todo en ciertas áreas geográficas que conjuntan las mayores necesidades.

En el campo de la ginecología y obstetricia, las tasas de morbilidad perinatal materna y las defunciones por cáncer ginecológico, hemorragia e infección decrecen a un ritmo menor que el esperado y en muchas partes del mundo representan un verdadero problema de salud pública. En México, el análisis realista de estos indicadores de salud, revela pocos cambios aun en unidades hospitalarias de tercer nivel de atención médica, que cuentan con los recursos más modernos para la resolución de problemas graves de salud. Estos fracasos aparentes de la atención médica han cuestionado la eficacia de la tecnología en relación a los costos de atención. Existen ejemplos específicos relacionados con los sistemas de vigilancia y diagnóstico cardiotocográfico, detección oportuna de cáncer, programas de planificación familiar, incremento desmedido en los índices de cesárea, que en algunos casos alcanzan más del 50%, implementación de unidades de cuidados intensivos neonatales y de adultos, etc. en donde, probablemente, los efectos inmediatos del diagnóstico y del tratamiento pudieran significar un riesgo mayor que los efectos de la enfermedad a largo plazo, o bien, al transgredir las leyes de selección natural atentan contra la calidad de vida de seres humanos minusválidos que de otra manera fallecerían.

Estas realidades despertaron el interés de los investigadores por tomar otros derroteros que mejoran de manera integral la prestación de los servicios de salud. Desde la segunda mitad de la década de los cincuenta ha aparecido una cantidad progresivamente creciente de artículos relacionados con el problema de la adherencia terapéutica, influidos tanto por intereses sociales como científicos, entre los que destacan: la concientización de la responsabilidad que el paciente debe tener de su salud y el declinar del paternalismo médico; los grandes progresos en el campo de la farmacología y su aplicación clínica con riesgos probables; el desarrollo del concepto preventivo de la medicina sobre todo en ciertas áreas y la inclusión de comités de mortalidad en la evaluación objetiva de la calidad en la presentación de los servicios de salud, que analizan factores de previsibilidad y responsabilidad tanto profesional, como institucional y la del propio paciente como un rubro destacado.

El resultado de estas experiencias bien sistematizadas en el presente, destaca la necesidad que tiene el paciente de velar por la salud propia, acudiendo al servicio de manera oportuna, siguiendo las indicaciones del médico y cumpliendo con los preceptos médicos generales básicos.

No es sino hasta 1975 en que aparece en la lista de terminología médica el concepto de deserción de pacientes, englobado bajo la denominación de alianza o adherencia terapéutica y que define al individuo que no sigue los tratamientos, horarios o indicaciones médicas en el manejo o prevención de las enfermedades. Esta definición original, resulta un tanto inadecuada y descriptiva ya que la alianza terapéutica debe referirse a un problema común enfrentado por todos los profesionales de la salud, relacionado con una gran variedad de comportamientos humanos que nacen de la relación entre quien recibe y quien otorga los servicios médicos.

A pesar de que la literatura científica relativa al tema es abundante, existen numerosos problemas en cuanto al diseño, análisis de datos y criterios de definición que demuestran la problemática inherente al tema, que, en sí mismo, encierra dificultades diversas en su origen multifactorial. En México, la experiencia sistematizada que se tiene en cuanto a la adherencia terapéutica en el campo de la ginecología y obstetricia es mínima y reviste un carácter anecdótico. Sin embargo, su importancia justifica todos los esfuerzos que se realicen en este campo, matizado por las características de la personalidad femenina resultado de todo un proceso evolutivo social en la que se encuentra inmersa y las implicaciones que tiene el embarazo, la maduración y el declinar biológico, tanto sobre la mujer como sobre su núcleo familiar y social.

Existen dos razones por las que el especialista en ginecología y obstetricia debe interesarse por los problemas de adherencia terapéutica. La primera se relaciona directamente con el éxito de su ejercicio profesional y la segunda con la influencia social y familiar que se desprende de las características particulares de su práctica médica en un país cuya población está compuesta en el 45% por individuos de 15 años o menos y con una tasa de 2.5% de crecimiento demográfico anual, envuelto en conceptos mágicos de la medicina, pobreza e incultura médica.

Aún con estas necesidades evidentes, no existe literatura nacional al respecto y la literatura internacional mas bien se refiere a problemas relacionados con anticoncepción, adolescencia y aspectos específicos como diabetes y embarazo, cuadros depresivos en la mujer y otros problemas menores; por lo que conviene hacer una síntesis de la visión panorámica que en el campo de la adherencia terapéutica contempla la ginecología y obstetricia, con énfasis en algunos aspectos trascendentes en la vida de la mujer, como la adolescencia, el embarazo, la edad adulta, la menopausia y el cáncer ginecológico.

Desafortunadamente todos los intentos para identificar los factores de riesgo que contribuyen a la falta de adherencia terapéutica en la población general y muy particularmente en la población femenina han fracasado, probablemente por la heterogeneidad de factores involucrados, por lo que para fines prácticos es necesario considerar a cada paciente como un rebelde potencial. Por otro lado, como resultado de experiencias previas y de la influencia histórica, social y ambiental que tiene la mujer en México, se minimiza la sintomatología, se recurre a medidas "terapéuticas" no médicas dictadas por la costumbre y consecuentemente se retrasa la atención médica adecuada; o por el contrario, se magnifica el cuadro clínico y se sobrecargan innecesariamente los servicios de salud.

El problema de la adolescente en este campo se agrava por numerosas influencias biopsicosociales que se ponen de manifiesto en los estudios relacionados con el uso de anticonceptivos, con seguimientos diversos y valoraciones distintas, entre las que destaca la escala de Guttman, que consiste en el análisis de:

1. Ausencias de embarazo.
2. Regularidad en la asistencia al control médico.
3. Control numérico de las pastillas anticonceptivas.
4. Identificación en la orina por inmunofluorecencia de riboflabina con la que se marca el anticonceptivo. En estos casos se han destacado algunos factores que se encuentran significativamente relacionados con la falta de adherencia terapéutica. Entre ellos destacan: la existencia de múltiples compañeros sexuales, la persona que solicitó la cita inicial para el control de la fertilidad, una valoración pobre de la salud personal, sentimiento de minusvalía preocupaciones relacionadas con el embarazo e historia de abortos previos.

Estos hallazgos sugieren que ciertos indicadores de la actividad sexual y de la condición psicosocial pueden predecir la falta de adherencia al tratamiento en adolescentes sujetas a control de la fertilidad con anticonceptivos hormonales.

Estos estudios que representan solamente una visión parcial, pueden ser extensivos a otras áreas de la problemática médica de la adolescente, que incluyen aspectos psicológicos, infecciones urinarias, trastornos menstruales e infecciones cervico-vaginales, entre los más comunes.

Durante el embarazo, el apego al tratamiento adquiere particular relevancia por el peso específico que tiene la consulta prenatal en la prevención de complicaciones mayores. No obstante que este concepto ha sido universalmente establecido, no existe un estudio con metodología científica seria, muestras estadísticamente significativas y con grupos controles, que se refiera a la adherencia terapéutica de la paciente embarazada en la población abierta. El problema se agudiza en la obstetricia moderna que pretende implementar niveles de atención relacionados con la magnitud del riesgo que representa en cada caso particular el evento reproductivo, lo que determina básicamente dos características particulares. Por un lado la paciente que se clasifica como de riesgo elevado —aproximadamente el 20% de la población obstétrica— se reconoce a sí misma como un problema médico que incluye además de su salud, la de su hijo. A estas condiciones biológicas y psicológicas de la gestante, se agrega la carga que representa el uso de tecnología altamente especializada y con mucha frecuencia la deshumanización en el trato que crea una atmósfera particular y determina la deserción terapéutica y desde luego, la génesis de complicaciones médicas graves. Determinantes, en muchos casos, de las cifras elevadas de morbilidad materna-fetal y neonatal, a pesar del uso adecuado de la tecnología y que tienen más relación con los defectos en la educación médica de la paciente que con la eficacia de los procedimientos médicos.

Por otro lado, la evaluación de los resultados en grupos de embarazadas de bajo riesgo, demuestra que la morbilidad perinatal y materna no son despreciables y en algunos casos incluso un poco mayores que en los grupos de riesgo elevado. Estas cifras paradójicas desorientan la opinión pública, que pierde la confianza en los sistemas de atención y deserta, o por lo menos cumple parcialmente con el programa prescrito por el médico. A todos los conceptos anteriores se une la observación de los resultados que en función de costo-beneficio reportan las unidades de cuidados intensivos. En este tipo de servicios médicos, las tasas de mortalidad son muy elevadas ya que están destinadas a la atención de pacientes en estado crítico; por otro lado, los costos no sólo deben contemplarse desde el punto de vista económico, sino lo que representa el grado de sufrimiento humano que lleva implícita la atención en estas condiciones con resultados muy frecuentemente desalentadores.

Sirvan estas reflexiones para ubicar con claridad la necesidad que tienen los servicios de salud de recurrir a la medicina preventiva o por lo menos a la atención oportuna de los padecimientos en condiciones en que verdaderamente se tengan oportunidades lógicas para la curación del paciente y no a los recursos heroicos que con mucha frecuencia fracasan.

Estos resultados, que no escapan al conocimiento del público en general, determinan, sobre todo en ciertos niveles culturales, la resistencia para acudir a centros hospitalarios que son considerados poco menos que la antesala de la muerte, acompañada de sufrimientos indescriptibles. Este círculo vicioso, que incluye ignorancia, falta de oportunidad para hacerse del recurso médico y fracaso de los servicios de salud para resolver los problemas de casos terminales, determina la falta de adherencia terapéutica en las mujeres embarazadas de los grupos sociales más necesitados. En un concepto moderno de la perinatología, que implica no sólo la atención de la mujer embarazada, sino que se extiende a los resultados en el recién nacido y a su evolución ulterior, la falta de adherencia al tratamiento iniciada en la madre se extiende naturalmente al recién nacido en una etapa de la vida en que se es particularmente vulnerable y en donde la medicina preventiva modifica dramáticamente las tasas de morbilidad infantil.

Fuera del periodo grávido puerperal, la mujer requiere para la conservación de bienestar biopsicosocial de la participación activa del equipo de salud con especial énfasis en el campo de la profilaxis. Para que se cumpla este precepto, es necesario que la población conozca las alternativas y tenga confianza en los sistemas, para acudir a ellos aun en ausencia de sintomatología. En estos casos la adherencia terapéutica guarda una relación directamente proporcional con los problemas de morbimortalidad femenina y los costos en la prestación de los servicios de salud. Este contacto programado y continuo entre el público y los servicios médicos, propicia la educación médica y favorece la implementación oportuna de las acciones terapéuticas. En este caso se encuentra la detección oportuna del cáncer mamario, que en el 95% de los casos debe ser detectado por la misma mujer que recurre a la autoexploración sistematizada y detecta en estadio temprano las tumoraciones o defectos de la glándula mamaria. La realización periódica de la citología cérvico-vaginal elimina las muertes por cáncer cérvico uterino, que actualmente aparece como la primera causa de muerte por cáncer ginecológico. La detección oportuna de lesiones cervicales premalignas o de cambios celulares en la línea de las displasias, requiere de una curación fácil, no mutilante, económica y efectiva que evita, en todos los casos, la necesidad de acciones médicas dolorosas, mutilantes, costosas y muy frecuentemente inútiles para evitar la muerte.

Un campo que nuevamente ha tomado vigencia en el ejercicio profesional del ginecoobstetra preocupado por los aspectos no sólo de la paciente como individuo, sino de la salud pública, lo representan las enfermedades venéreas que por su frecuencia y trascendencia deben constituir un motivo de alarma médicosocial. En estos casos, la automedicación, el uso indiscriminado e insuficiente de medicamentos y, sobre todo, la falta de adherencia terapéutica en tratamientos incompletos o mal llevados o la desconfianza para acudir a los servicios médicos, ha cambiado notablemente la ecología de estos padecimientos, a través de resistencias bacterianas, incremento en la agresividad de los microorganismos infectantes, descontrol en la vigencia y tratamiento de los portadores y consecuentemente diseminación masiva de la enfermedad.

En otro orden de ideas, conviene destacar la importancia que tiene el concepto de adherencia terapéutica en los programas de planificación familiar, en donde se requiere como un requisito indispensable de la cooperación del paciente, sobre todo en los esquemas anticonceptivos hormonales de uso diario. Estos llevan implícitos, por un lado, la toma continua y ordenada del medicamento, para garantizar su efectividad; y por otro, la condición indispensable de vigilancia médica para prevenir, evitar o por lo menos tratar los efectos secundarios de un medicamento que modifica sustancialmente la fisiología femenina y favorece la aparición de complicaciones que en muchas circunstancias resultan graves. Los estudios realizados en este campo revelan el gran número de deserciones en este tipo de programas, que son el resultado de diversos factores. Entre ellos destacan: la inconsistencia del paciente para seguir las indicaciones del médico, la presencia de efectos colaterales, y desde luego, la falta de información que propicia la no adherencia al tratamiento y sus consecuencias.

Otro momento particularmente importante en la vida de la mujer se relaciona con el declinar de las funciones hormonales reproductivas en el climaterio. Estos cambios, que tienen su punto de partida en un aspecto físico, se extienden profundamente en áreas emocionales que determinan características particulares de la personalidad femenina que sobrelleva estos fenómenos. Mismos que hacen de la mujer un ser necesitado del apoyo de los servicios de salud integral, para prepararla adecuadamente al cambio y para proporcionarle el apoyo médico y emocional durante los momentos críticos de este fenómeno natural.

El manejo médico de esta entidad con cierta frecuencia requiere del uso de medicamentos —entre los que destacan, los hormonales, los antidepresivos, los tranquilizantes, etc.— cuyos efectos colaterales suelen ser riesgosos para el organismo femenino y requieren de una vigilancia estrecha en el intercambio óptimo de la relación médico-paciente. Es en estos casos, igual que en las otras entidades tratadas y en todo tipo de ejercicio profesional médico, en que la falta de adherencia terapéutica propicia alteraciones graves a la salud en las que la tecnología más avanzada resulta insuficiente para su resolución.

Este análisis general de las implicaciones y repercusiones para la paciente ginecoobstétrica de la falta de adherencia terapéutica propone un cambio de estrategias en la prestación de los servicios de salud y coloca a las instituciones en general y a los médicos en particular en una condición de docentes orientados a la comunidad, cualidad que el ejercicio profesional moderno ha ido quitando al médico, quien se ve avasallado por el enorme cúmulo de información y tecnología rápidamente cambiante en la medicina moderna.

El papel del médico como educador, resalta cuando se observa el impacto que tiene la educación de la comunidad en las tasas de morbilidad general y en el incremento de la eficiencia y eficacia de los centros de asistencia médica en los tres niveles de atención aceptada. Con este marco de referencia, el Instituto Nacional de Perinatología ha instituido, como prioridades de servicio e investigación, una división de investigación comunitaria, una división de educación a la comunidad y un departamento de psicología, cuyos esfuerzos unidos, pretenden cumplir con las exigencias actuales de salud en el campo de la reproducción humana y con los aspectos integrales de la salud femenina y de la pareja.

Las acciones de estas tres áreas del Instituto, conservan objetivos comunes además de funciones específicas y han permitido el funcionamiento óptimo de los servicios de educación para la reproducción, en la etapa pregestacional, gestacional y postparto. Dichos servicios imparten conocimientos sobre educación sexual, planificación familiar, cambios físicos y emocionales durante el embarazo, detección oportuna del cáncer, nutriología, estomatología, lactancia al seno materno, preparación psicofísica para el parto y el post-parto, detección de signos y síntomas de alarma, importancia del control médico en el estado grávido puerperal, evolución del embarazo, cesárea programada; y en el área de puericultura: cuidados generales del niño, alimentación infantil, prevención de enfermedades, integración del recién nacido al núcleo familiar, estimulación para el desarrollo armónico y asistencia médica.

Estos grupos de análisis permiten la comparación de los resultados en la prestación de servicios de salud, a través de evaluar indicadores de morbilidad relacionados con el impacto que la educación tiene sobre la salud integral de la mujer y el resultado de la reproducción humana como una responsabilidad prioritaria en los programas nacionales de salud pública.

# CAPITULO IV

## IMPLICACIONES Y REPERCUSIONES PARA EL PACIENTE ONCOLOGICO POR LA FALTA DE CUMPLIMIENTO A SU TRATAMIENTO



Dr. Armando López Rodríguez

Especialización en Oncología.  
Subdirector del Instituto Nacional de Cancerología.

# IMPLICACIONES Y REPERCUSIONES PARA EL PACIENTE ONCOLOGICO POR LA FALTA DE CUMPLIMIENTO A SU TRATAMIENTO

Dr. Armando López Rodríguez

Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología (ANC).

Se ha definido ya el concepto de adherencia terapéutica, se ha entendido su importancia y han sido hechos estudios al respecto, publicados en diversos países.

La llamada adherencia terapéutica, hace destacar el fenómeno contrario, es decir la deserción o abandono por parte del paciente al plan terapéutico propuesto.

En nuestro medio, esta deserción alcanza un índice alto alarmante y nos ha preocupado desde hace más de 25 años. Lo hemos estudiado en forma fragmentaria y nos proponemos hacerlo sistemáticamente en un futuro próximo.

Como muestra se presentan cifras sobre el índice de deserción obtenidas por medio de un estudio preliminar llevado a cabo por el Departamento de Tumores Mamaros del A N C de 1970 a 1979:

Las cifras crudas indican que un 78% de las pacientes abandona-ron el tratamiento en algún momento. Parece exagerado. Sin embargo, en este grupo un 83% tenía enfermedad avanzada (estadios III, IV e inclasificables). Parece ser que el estar en la etapa avanzada conlleva un posible factor de deserción.

Será necesario estudiar la correlación entre diversos parámetros y el índice de abandono, pero esto será motivo de comunicaciones ulteriores.

Tumores Mamaros ANC.	1970-1979		
<b>PACIENTES</b>	<b>ABANDONO</b>	<b>DEFUNCIONES</b>	<b>VIGENTE</b>
1726 (100%)	1342(78%)	192(11%)	187(11%)

En esta comunicación, expongo un punto de vista personal de la experiencia a lo largo de casi 30 años en el Instituto Nacional de Cancerología.

## Antecedentes

Hasta el momento el problema de la falta de adherencia terapéutica se ha analizado en grupos específicos de pacientes. Es natural que cada uno de estos grupos muestre particularidades inherentes. Conviene establecer dos conceptos claros para el mejor entendimiento del problema de la deserción.

El primero es el del paciente oncológico, su enfermedad y su medio. Puede resumirse con el conocimiento general de que el paciente con cáncer sufre, junto con su medio familiar, un triple desgaste: el emocional, el físico y el económico. Estos tres factores deberán ser tomados en cuenta.

El segundo concepto se refiere a la atención médica, que reviste aspectos peculiares que deben ser considerados a la luz de las tendencias actuales,

La Oncología es una rama relativamente nueva dentro de la Medicina, que estudia los tumores en forma integral, y ha reunido de manera congruente toda una serie de conocimientos nuevos y antiguos, desperdigados hasta entonces a lo largo de la Patología, la Cirugía, la Embriología, la Bioquímica, etc.



El Oncólogo resulta un clínico capaz de diagnosticar padecimientos tumorales y tratarlos mediante tres armas terapéuticas principales: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

La parte medular estriba en el enfoque multidisciplinario de la enfermedad neoplásica. Este enfoque es multidisciplinario durante el proceso de detección o diagnóstico. Se trata de establecer la presencia de un tumor, su tamaño, su estirpe y extensión, ya que todo esto determinará el plan terapéutico.

Son multidisciplinarios también el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación. Este enfoque significa que un enfermo oncológico atravesará por una secuencia diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación en que intervendrá todo un equipo de médicos y técnicos altamente especializados que se apoyarán en un aparato tecnológico sofisticado y costoso. Pensamos que estos conceptos incluyen factores a correlacionar íntimamente en el índice de deserción.

#### Implicaciones y repercusiones

¿Que va a significar para el paciente su falta de adherencia terapéutica? Esta pregunta debe ser contestada tomando en cuenta la fase en que se produzca la deserción.

A través de la revisión de centenares de expedientes, hemos encontrado que la deserción sucede:

##### *Durante la fase diagnóstica.*

En este caso se trata de pacientes que acuden a la consulta por primera vez. Se elabora su historia clínica., se indican estudios de laboratorio y gabinete... y el paciente no regresa.

Con frecuencia, el paciente deserta a la mitad del proceso diagnóstico y a veces al concluirlo, no llegando a iniciar nunca el tratamiento. Sucede también, que termina esta etapa, pero no acepta —aunque aparente hacerlo— la proposición terapéutica.

En estos casos las repercusiones dependerán básicamente, del tipo de tumor, de la etapa clínica y del estado del paciente (físico, anímico y económico).

Los tumores, según su histología, tienen velocidades de crecimiento variables. Un tumor de crecimiento lento tardará un tiempo más largo en producir molestias que induzcan al paciente a buscar nuevamente atención médica.

En cuanto a la etapa clínica, que valora la extensión del padecimiento, es natural que resulte menos fácil controlar la enfermedad en etapas avanzadas cuando ya existe diseminación.

Por lo que respecta al estado del paciente, cuando éste está en los extremos, es decir el que se sienta bien o muy mal, puede hacer que rehúse el tratamiento por no considerarlo necesario o bien por pensar que cualquier intento resultaría inútil.

En todo caso la pérdida de tiempo se traducirá habitualmente en el avance natural de la enfermedad.

##### *Durante la fase terapéutica*

El plan de tratamiento será multidisciplinario, basado en un buen diagnóstico integral. Implicará una o varias intervenciones quirúrgicas, generalmente mutilantes y con frecuencia deformantes. Una radioterapia prolongada, de dos a seis semanas, que precisa de una elaborada planeación previa y que puede causar efectos secundarios mediatos o inmediatos, a menudo desagradables: náuseas, vómitos, hiporexia, diarrea y alopecia. Una quimioterapia a base de drogas costosas, a veces de difícil consecución, que si bien mejoran o curan procesos neoplásicos, son tóxicas y generan molestias similares a las producidas por la radioterapia, aunque de menor duración, pero de mayor intensidad.

Cabe recordar que el proceso terapéutico implica diversas combinaciones de procedimientos: Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia, o Radioterapia + Cirugía – Quimioterapia, etc. En general no hay deserción cuando se trata de cirugía. Puede haberla para intervenciones subsecuentes. La deserción va a producirse durante la radio y/o quimioterapia.

Ambas están basadas en el efecto de la radiación ionizante o de las drogas en los tejidos tumorales. Esta acción es local y general. Se requiere de un conocimiento del comportamiento biológico del tumor y del de la estrecha relación de las dosis administradas y del tiempo en que son activas (relación D/T). Debe tomarse en cuenta la sensibilidad y el tamaño del tumor, la edad, el peso y el estado general del paciente y su balance biológico (función renal, hepática, estado hematológico, hormonal, etc.) así como tratamientos previos.

Esto significa que los tratamientos deben ser planeados para administrarse en la forma ideal y completa para lograr el máximo beneficio. Cuando no sucede así, las dosis son insuficientes (dosis sub-letal) pero pueden producir mejoría, alivio y hasta remisiones parciales o totales pero de corta duración.

El abandono implicará una gran limitación ulterior para reanudar o reiniciar el tratamiento, ya que los tejidos tienen una cierta tolerancia que no puede ser rebasada sin riesgo.

La repercusión directa para el paciente será la disminución de sus posibilidades de cura.

#### *Durante la fase de seguimiento*

En Oncología es de suma importancia seguir la evolución de los pacientes a lo largo de periodos de tiempo predeterminados: 1, 3, 5 y 10 años. Este seguimiento se realiza en forma de una estrecha vigilancia clínica y paraclínica durante los primeros 3 años, y más espaciada después.

La finalidad del seguimiento es:

- a) Valorar el efecto del tratamiento.
- b) Detectar enfermedad residual o recurrente.
- c) Detectar metástasis tardías.
- d) Establecer comparaciones entre los diversos procesos empleados.
- e) Reasegurar al paciente y a sus familiares.
- f) Hacer estadísticas.
- g) Implementar nuevas técnicas o tratamientos.

Creo que de estas finalidades pueden deducirse las implicaciones y repercusiones para el paciente que abandona durante el proceso de seguimiento.

#### *Durante la fase de rehabilitación*

Muchos pacientes, una vez terminado su tratamiento, requieren de un proceso de rehabilitación tanto físico como emocional, que les permita aceptar su condición para reintegrarse adecuadamente a su vida personal, familiar, laboral y social. El abandono del tratamiento durante esta etapa traerá como repercusión principal la inadaptabilidad del paciente y la segregación de su medio.

El abandono del proceso diagnóstico-terapéutico-rehabilitación-seguimiento implica para el paciente oncológico:

1. Retraso en la detección o diagnóstico temprano.
2. Disminución de la tasa de curabilidad.
3. Disminución o anulación del posible efecto paliativo en las etapas avanzadas.
4. Retraso en la detección de recurrencia o aparición de metástasis.
5. Inadaptabilidad y segregación del medio.
6. Deterioro de relaciones familiares y laborales.
7. Incremento del costo.

Todas las implicaciones mencionadas son negativas y apuntan no sólo a un probable acortamiento de la vida, sino a hacerla de menor calidad. Recordemos que tan importante es la longitud de una vida, como las condiciones en que se viva.

Pero hay desde luego repercusiones e implicaciones por abandono del tratamiento que afectan a los medios familiar y laboral del paciente y por supuesto a la Institución donde fue tratado incluyendo al personal médico. En el ambiente familiar aumenta y se prolonga el desgaste físico, emocional y económico por razones obvias.

En la Institución, origina el desperdicio de recursos materiales y económicos, de tiempo y esfuerzo por parte del personal, y bloquea oportunidades diagnósticas y terapéuticas para otros pacientes, así como incrementa los costos al realizar estudios y planeaciones que resultarán inútiles.

La falta de adherencia terapéutica también interfiere en forma notable en estudios de investigación clínica, de morbimortalidad y curabilidad a corto, mediano y largo plazo, dando estadísticas falsas y poco confiables.

La cadena va del paciente a la familia, a la Institución y finalmente a la sociedad y al país.

### **¿Qué provoca la deserción?**

Existen desde luego muy diversos factores que pueden agrupar-se de la siguiente manera:

#### *La enfermedad*

El simple nombre del padecimiento, cáncer, carcinoma, tumor maligno, produce diversas reacciones en las personas, que las llevan a la negación o no aceptación de que se tenga o se pueda tener el padecimiento. ¡Cuántos enfermos ni siquiera acuden a consulta por el temor a un diagnóstico que para ellos equivale a cáncer = dolor y muerte!

#### *El paciente*

La posibilidad de deserción en el paciente dependerá: De su condición sociocultural, que le permita entender la gravedad real de su padecimiento. De su capacidad económica para hacer frente al costoso proceso diagnóstico-tratamiento-seguimiento y con frecuencia continuar sosteniendo a una familia. Del grado en que el proceso cambie sus hábitos y conducta. De su lugar de residencia, que le hará más o menos difícil el acceso al centro especializado donde será atendido. Hay pacientes que abandonan su tratamiento por no tener medios para el transporte, en tanto que otros, lo hacen por disponer de recursos abundantes buscando en el extranjero una posible mejor atención. De la influencia familiar que apoya o rechaza la atención. De una información inadecuada, falsa, incompleta o incorrectamente proporcionada por médicos, otros pacientes, revistas, etc. De otros factores que pueden ser el religioso o el educacional.

#### *La Institución*

El prestigio de la Institución, su planta física, así como la calidad de su personal y equipamiento, ofrecerán sin duda mayor seguridad y confianza al paciente, reduciendo el índice de deserción. No obstante, la complejidad de los procedimientos puede producir un efecto desalentador. Un contacto frío, impersonal y poco comprensivo con trabajadoras sociales, médicos y enfermeras, aumentará la tasa de abandono. El cáncer debe ser tratado en centros especializados por equipos de expertos (tercer nivel) y a menudo éstos resultan insuficientes por estar saturados, lo cual propicia la deserción. El estudio socioeconómico al que el paciente está obligado al ingresar en una Institución a menudo lo atemoriza y desanima. Esto implica que el paciente proporcione datos falsos que dificultan el proceso.

A continuación concretamos por medio de la exposición de una Tabla de Haynes Modificada:

#### *Adherencia Terapéutica*

##### *Aumenta*

1. Conocimiento adecuado de la seriedad del padecimiento (información clara, concisa, precisa y confiable).
2. Estabilidad familiar (apoyo).
3. Estabilidad económica.
4. Atención rápida y eficiente (institución de prestigio-agradable, aspecto).
5. Supervisión personal por "su médico".
6. Interés por parte del personal.
7. Responsabilidad del paciente para cumplir en otras áreas.

##### *Disminuye*

1. Lentitud en los procesos.
2. Complejidad de los procedimientos.
3. Información falsa, incompleta o incorrectamente proporcionada.
4. Poca eficacia y poco prestigio institucionales.
5. COSTO DE LOS PROCESOS.
6. Contacto (experiencia negativa) con otros pacientes.
7. Tolerancia al tratamiento.
8. Cambios importantes en hábitos y conducta provocados por el procedimiento.

##### *Soluciones sugeridas*

Si disponemos de los medios y hay infinidad de pacientes, no debería haber tanta deserción como la que se produce.

Las soluciones sugeridas son:

1. Adecuada, correcta y autorizada información a escolares, estudiantes y público en general.
2. Información clara y precisa a todos los médicos no oncólogos. Esta información comprenderá:
  - El cáncer se puede preveer.
  - El cáncer es curable en sus etapas tempranas, y por ende, no necesariamente equivale a dolor y muerte.
  - El cáncer debe ser atendido por equipos especializados, por lo que se deben establecer Centros de detección y tratamiento.
3. Esto puede realizarse a través de campañas a nivel nacional y de cursos de educación médica continua (de primero y segundo niveles):
4. Un mejor aprovechamiento de nuestros recursos materiales, humanos y económicos. Interés y una actitud cálida y humana por parte del personal médico y paramédico para con el paciente.
5. Una supervisión personal por un médico del grupo tratante. Nosotros intentamos hacerlo dando cita al paciente, no a un departamento sino con un médico en particular.
6. Concientizar al personal, de que una atención rápida y eficaz, redundará en beneficio de todos.

Es imperativo aumentar y desarrollar la adherencia terapéutica; los índices de deserción son altos y tenemos el deber de abatirlos.

Considero que dos son los factores más importantes que determinan el abandono:

1. El factor económico.
2. El factor "ignorancia".

De este último, se derivan el temor y la irresponsabilidad. El primer factor, de alguna manera puede ser solucionado, el segundo, sólo tiene una respuesta: la EDUCACION. Educar al médico, al niño, al adolescente, al adulto. Educación a través de campañas a todos los niveles y por todos los medios posibles.

# CAPITULO

# V

## Consecuencias indeseables del incumplimiento terapéutico en psiquiatría: influencia en el pronóstico del paciente esquizofrénico



Dr. Carlos Pucheu Regis

Especialización en Psiquiatría.  
Profesor Titular de Psiquiatría, División de Estudios de Postgrado,  
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Subdirector del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

# Incumplimiento Terapéutico en Psiquiatría

## Problemas de la Investigación y la Praxis para mejorar el pronóstico del Paciente Esquizofrénico

**Dr. Carlos Pucheu Regis**

La incidencia y prevalencia de las enfermedades no contagiosas se ha convertido en un factor inquietante para nuestra civilización, lo que ha provocado una serie de cuestionamientos sobre la manera de contender con los problemas de la salud y el grado de eficacia y efectividad que se obtiene con los métodos o técnicas empleados para su resolución. Dentro del campo de la investigación sociomédica, se ha desarrollado la rama de investigación en servicios de salud que ofrece la posibilidad de conocer qué tan bien se hace lo que se hace, si lo que se hace vale la pena hacerlo y si lo que se hace utiliza mejor los recursos en comparación con las alternativas disponibles.

En los años recientes ha aparecido de manera creciente en la bibliografía médica internacional, una serie de publicaciones que son una combinación de investigaciones clínicas y en servicios de salud, relacionadas con diversas enfermedades, en las que el incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes acarrea con mayor o menor celeridad consecuencias indeseables, que son fuente de conflicto y de repercusiones de diversa índole para el mismo paciente, la familia, la comunidad, el médico, las instituciones del Sector Salud y para la medicina como rama del saber científico.

Distintos autores han acuñado el término cuya traducción literal es el de adherencia terapéutica, queriendo significar con ello el grado de permanencia por parte del paciente en el tratamiento o la manera con que se logra su anuencia o grado de compromiso en el cumplimiento de las prescripciones médicas.

Aunque los estudios son abundantes y se refieren a un mismo problema, los autores han encontrado una serie de dificultades para obtener congruencia en los resultados. Hay diferencias en la definición de términos y discrepancias importantes en el diseño de las investigaciones, lo que pone de manifiesto que se trata de un problema complejo en el que intervienen muchas variables que deben de tenerse en cuenta.

Esta tendencia manifiesta el interés creciente en los aspectos preventivos de la medicina así como en la prevención de un mal mayor. Hoy en día se habla de supervisión preventiva del estado de salud que se preocupa no sólo de la resolución de un episodio de la enfermedad sino también del futuro del paciente.

La investigación científica ha puesto en manos de los médicos un sinnúmero de fármacos capaces de modificar la fisiología alterada de los padecimientos, incrementándose con ello el logro de curaciones antes insospechadas, pero también se ha hecho evidente que para muchas enfermedades, dichos fármacos no logran una curación definitiva y total. Es frecuente que estos fármacos produzcan una serie de efectos colaterales, a veces hasta peligrosos, que en no pocas ocasiones sólo modifican algunos síntomas del padecimiento a condición de mantenerse casi permanentemente con una dosis "de sostén", con lo que el paciente tiene que conformarse con permanecer en un seguimiento de su estado de salud y sujeto a una serie de controles periódicos que le resultan molestos, y por lo mismo le invitan a desertar del tratamiento ante la creencia de que la mejoría alcanzada habrá de mantenerse con o sin fármacos. La rebelión a las medidas prescritas por el médico trae como consecuencia recaídas y en ocasiones complicaciones de difícil resolución, con lo que se genera un círculo vicioso. Sin embargo, existe una serie de desertores de las prescripciones en los que se conjugan una serie de factores que hacen que no se cumplan los anunciados pronósticos desfavorables por suspender los medicamentos. Una de las enfermedades características de este problema es: la esquizofrenia.

Aun frente a la evidencia de la reducida efectividad de los fármacos antipsicóticos para actuar satisfactoriamente en un buen número de casos sería verdaderamente necio el siquiera suponer que en consecuencia se debe recomendar el desaliento de su empleo. Se han hecho interminables ostentaciones, alrededor de ellos y a nadie escapa el hecho de que con su uso desde la década en que se dispuso de ellos, el destino de los enfermos esquizofrénicos en general, se ha visto positivamente modificado. El problema posee una serie de ángulos que hay que replantear, algunos de los cuales se comentan en este trabajo; pero antes es conveniente destacar en una sucinta revisión, las conclusiones que han reportado diversos autores sobre el tema.

Hughes y Little (1) manifiestan su escepticismo con respecto a mantener con psicofármacos a enfermos crónicos hospitalizados. A 21 pacientes a los que se involucró en un programa de terapia medioambiental y psicoterapéutico, se les suspendió totalmente la medicación antipsicótica; 18 meses después 17 de ellos no habían tenido recaídas.

Caffey (2), en un estudio de 348 pacientes a los que se les sustituyó el neuroléptico por placebo, observó que 16 semanas después sólo el 25% había recaído en la psicosis esquizofrénica.

Scarpatti (3) estudió a dos grupos de pacientes que fueron dados de alta en el hospital. Al primer grupo se le administraron psicofármacos en dosis de mantenimiento y después de 6 a 18 meses el 82% permanecía con sus familias. Al segundo grupo se le dio placebo en el mismo lapso; el 37% de ellos no tuvo que ser rehospitalizado.

Stimson (4) evidenció la fuerza de creencias tales como que los medicamentos sólo deben ser tomados cuando se está enfermo y deben ser suspendidos cuando se alcanza la mejoría, o que el cuerpo requiere de periodos de descanso de la ingestión de psicofármacos para evitar que se acostumbre o que se haga inmune a la droga. Porter (5) observó que el grado de deserción del tratamiento aumenta cuando los pacientes viven solos. Renton (6) reporta que los pacientes esquizofrénicos que viven con sus familias siguen mejor las prescripciones indicadas. Encontró que la probabilidad de deserción es más alta para los pacientes con formas clínicas más graves que la esquizofrenia, lo que implica un factor que favorece su deterioro. En cambio los pacientes con cuadros leves son más fieles en mantener las indicaciones del médico. Los pacientes con formas paranoides de la enfermedad tienden frecuentemente a asociar la idea de que la medicación se les administra para perjudicarles. Halló que la sobredosificación está entre los efectos colaterales que más influyen para que se interrumpa el tratamiento. Blackwell (7) afirma que en los esquizofrénicos el grado de permanencia en el tratamiento disminuye a medida que aumenta el periodo de remisión, y que la deserción aumenta cuando las consecuencias por disminuir la medicación no ocasionan consecuencias inmediatas. En otro estudio, el mismo Blackwell (8) concluyó que la administración de varios medicamentos favorece el incumplimiento, en cambio los pacientes cooperan mejor si se les prescribe una sola dosis y de preferencia nocturna. Richards (9) recomienda que los medicamentos fenotiacínicos se prescriban en diferentes formas farmacéuticas tales como tabletas, jarabes, suspensiones, etc. Freeman (10) estudió en 200 pacientes los neurolépticos de larga duración administrados por vía intramuscular; encontró que sólo el 16% discontinuó el tratamiento, en comparación con el 50% que desertó tomando medicación por vía oral.

Puente y cols., en México D. F. (11) encontraron en cuatro grupos de pacientes a los que se les administraron alternativamente neurolépticos por vía oral de larga acción, que los medicamentos de acción prolongada tienden a producir un mayor número de efectos colaterales, pero un mejor control sobre la sintomatología psicótica que interfiere con el funcionamiento del paciente.

Blackwell (12) no recomienda el empleo de la monitorización de sustancias en sangre por considerarlo caro e inconveniente. Las pruebas en orina, aunque son más baratas y fáciles de aplicar, tienen el defecto de la frecuencia de los reportes falso-negativos que se presentan cuando se emplean bajas dosis de medicamentos. Además, señala que en la esquizofrenia no hay correlación inmediata entre el resultado negativo y la recaída. Concluye que el hecho de que

el paciente tome o no la medicación prescrita se debe a una compleja interacción entre el paciente, su enfermedad, el médico y la medicación que prescribe. Considera que el manejo del problema depende de una cuidadosa evaluación de la capacidad del paciente para autoresponsabilizarse de su tratamiento o de su necesidad de requerir supervisión, preventiva constante.

Como puede inferirse, de los resultados obtenidos por algunos de los autores citados, existe, en su manera de abordar el problema, una sobrevaloración de la capacidad del psicofármaco para resolver por sí mismo el padecimiento, lo que revela una tendencia ideológica derivada del modelo que emplean para interpretar el proceso salud-enfermedad.

Un modelo se selecciona en razón de lo que se quiere hacer; es decir, se elige con el objeto de encontrar los medios eficaces para la consecución de fines; y la elección de fines puede ser un asunto de ciencia y no pocas veces producto de una ideología.

En el mundo occidental el modelo que sirve de base a la investigación biomédica es el modelo dominante para la comprensión de la enfermedad. Los méritos del modelo y los avances que ha propiciado no necesitan discutirse. Sin embargo, muchos especialistas en salud cuestionan el modelo biomédico, no por su excelencia científica, sino porque a pesar de ser lineal, restrictivo y sobresimplificado, se le ha convertido en un imperativo cultural que transmite su propia ideología. En consecuencia, de él se han derivado los modelos médico-psiquiátricos que han avanzado de la teoría de la unicausalidad a la multicausalidad. Esta acepta la intervención de factores biológicos, psicológicos y sociales, y por extrapolación analógica llevada demasiado lejos, el modelo se emplea para la explicación de todas las enfermedades mentales, a pesar de que se trata a los factores psicosociales como si fueran de la misma naturaleza que los factores biológicos, físicos y clínicos. Por tanto, se favorece una limitación para comprender la interacción entre lo psicosocial y lo biológico; así, cuando las conclusiones de los hallazgos de laboratorio se aplican a la realidad psicosocial, existe una diferencia básica de perspectiva, pues la experimentación toma como punto de partida aquello que en el ambiente físico, psicológico, social, económico, político y cultural es un punto de llegada.

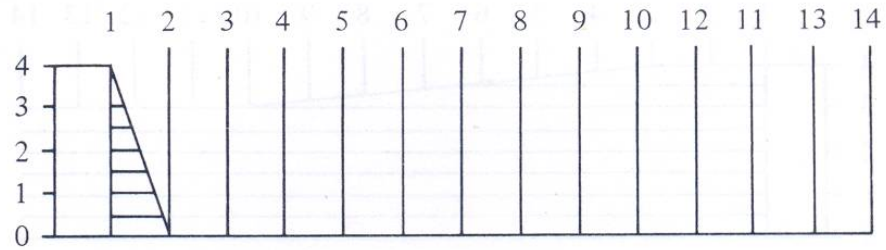
Derivado de esta posición existe un modelo médico tradicional, que es el del diagnóstico de la enfermedad. Kety (13) lo ha definido como un proceso que avanza desde el reconocimiento y la valoración de los síntomas a la caracterización de una enfermedad específica, en la cual la etiología y la patogenia son conocidas y el tratamiento es racional y específico. Sin embargo, esta situación ideal no ocurre en la mayoría de las enfermedades y mucho menos en las enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia. En la medida en que nuestro conocimiento aumenta, se reconoce la existencia clínica de subformas múltiples de cada enfermedad, por lo que el modelo es idealista y no realista. Además, el tratamiento exitoso de la enfermedad no tiene que depender necesariamente del conocimiento de su etiología, como lo demuestra la existencia de otro modelo médico psiquiátrico de empleo cotidiano, que es el curativo. En este modelo se emplean una serie de medidas terapéuticas que empírica o experimentalmente han mostrado algún grado de eficacia; se acepta que, por ahora, la mayoría de las enfermedades mentales no pueden ser curadas; cuando más, lo que el psiquiatra puede hacer es aliviar el sufrimiento de los síntomas, emplear su personalidad como un poderoso agente psicoterapéutico y evitar hacer daño al paciente.



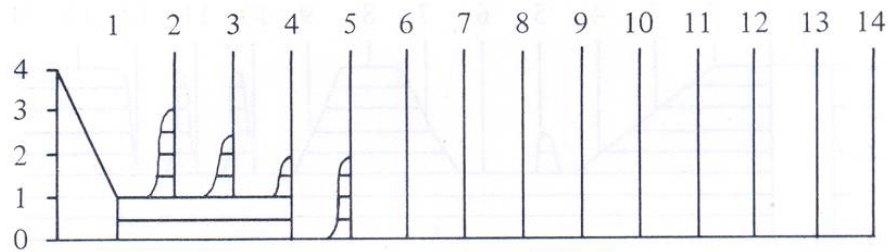
## Adherencia Terapéutica Implicaciones para México

FIGURA 1

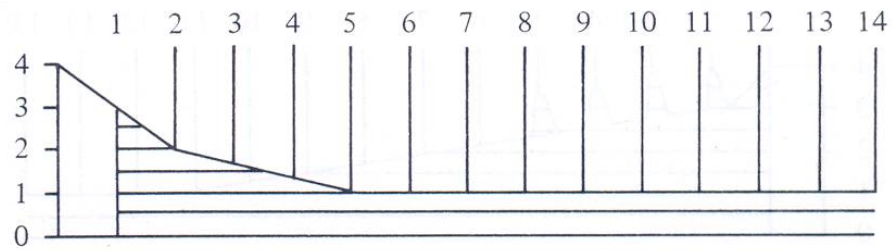
1



2



3



4

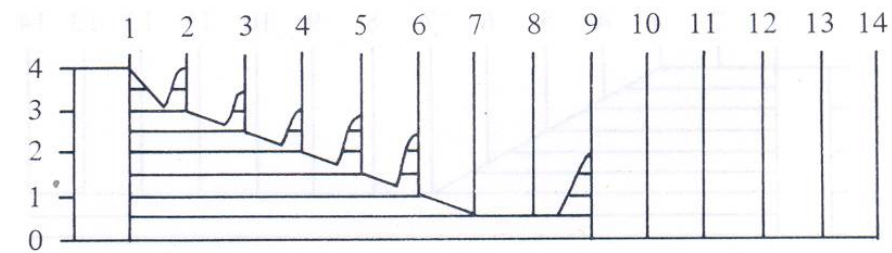
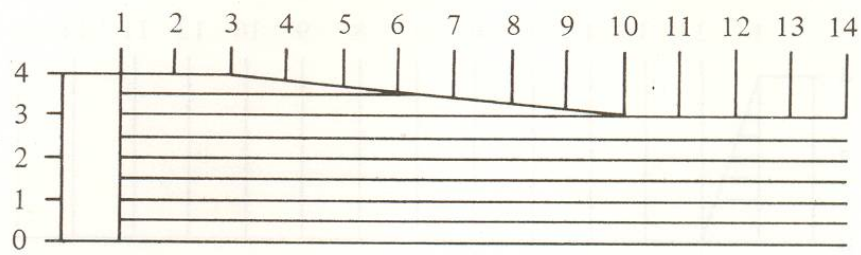
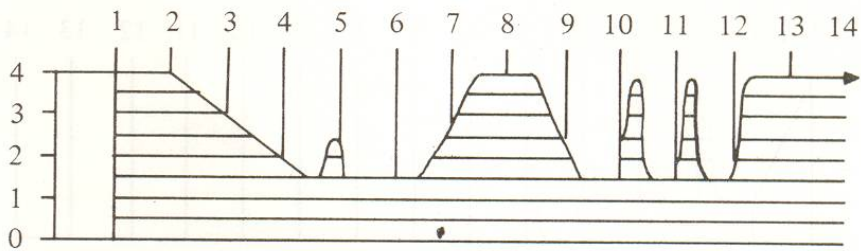


FIGURA 2

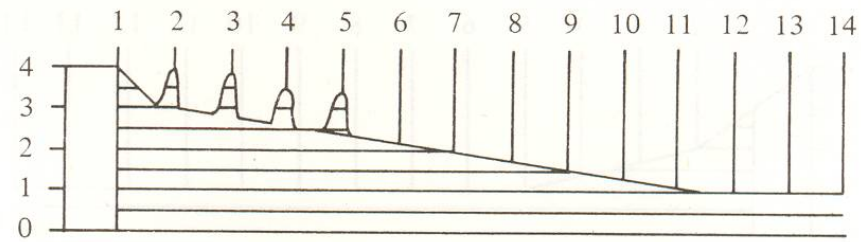
5



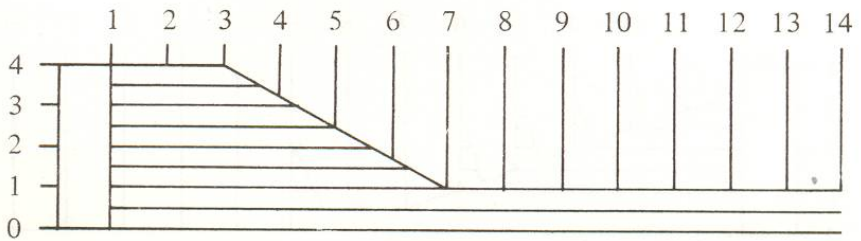
6



7



8



En las figuras 1 y 2 se representa esquemáticamente la evolución seguida por distintos pacientes a los que se diagnosticó esquizofrenia. Pueden observarse respuestas al tratamiento de lo más disímolas, unas de tipo benigno en donde la intensidad de la sintomatología y la duración de la misma se resuelven en poco tiempo y sin dejar secuelas; otras de tipo maligno en las que el grado de resolución alcanzado fue mínimo a pesar de todas las medidas terapéuticas aplicadas. También aparecen casos en los que el grado de respuesta se prolongó en el tiempo y quedó un residuo de la sintomatología que clínicamente se conoce como "cicatriz esquizofrénica".

Lo que es susceptible de cuestionarse, es que resulta difícil de aceptar que todos los pacientes pudieran haber sido tratados por un procedimiento clínico uniforme, y que se hayan podido controlar otras variables que también intervienen en el tratamiento y en la respuesta obtenida. Por ejemplo: el tipo de relación médico-paciente o médico-familia; la existencia de una familia funcional o disfuncional, el número de miembros y su nivel socioeconómico; los estímulos gratificantes y frustrantes del medio sociocultural como los logros o fracasos en el área educativa, laboral, sexual, afectiva, etc.

Hasta ahora nuestros métodos de investigación inspirados en el modelo biomédico, tienden a reducir el número de variables a controlar, por ejemplo: la droga, la dosis, los síntomas y la intensidad de los mismos, el tiempo, etc., con lo que los resultados por escrupulosamente que hayan sido elaborados sólo nos muestran una faceta del problema.

Cuando se pretende aceptar *a priori* que todos los trastornos que responden a un mismo tratamiento son iguales o tienen la misma causa se comete un error. Debemos tomar en cuenta que los psicofármacos antipsicóticos disponibles, tienen múltiples sitios de acción y sus mecanismos terapéuticos aún no están completamente entendidos. Por otra parte, el clínico quisiera idealmente estudiar pacientes homogéneos, pero la realidad nos enfrenta a la heterogeneidad clínica y biológica de los pacientes esquizofrénicos y que además no hay hasta ahora, un punto claro de discontinuidad entre ellos y los pacientes que sufren de otro tipo de psicosis, por ejemplo las afectivas. Se acepta que hay más enfermos con una "mezcla de síntomas" que los que tienen síntomas puramente esquizofrénicos o puramente afectivos (14). De aquí, que se busque incesantemente un marcador biológico que permita poner orden a esta complejidad de problemas.

La crisis de la medicina, que no sólo la crisis de la psiquiatría, ante este tipo de problemas, ha sugerido la reducción en extremo, consistente en adherirse de manera estricta al modelo médico-biológico. Por lo que se llega a la inferencia aparentemente lógica de que, puesto que la enfermedad se define en términos de parámetros somáticos, los médicos no necesitan ocuparse de los factores psicosociales que quedan fuera de la responsabilidad de la autoridad médica (15).

La proposición resulta inaceptable porque la crisis de la medicina moderna no la producen las enfermedades que el hombre comparte con el animal, sino las llamadas enfermedades de la civilización en las que los factores psicosociales hacen ver la fuerza de su presencia e influencia.

Resulta necesario recordar que la medicina es una interdisciplina y por ende la psiquiatría, que se caracterizan por tener dos modos fundamentales de aproximación al conocimiento. Uno de ellos es el modo científico que se interconecta con las disciplinas básicas como la biología, la física, la química, etc. Este modo de conocimiento va a operar y a funcionar por análisis. En cambio, el otro modo de conocimiento es tecnológico, se sigue un proceso de síntesis, que se caracteriza por la aplicación de distintas técnicas cuyo objetivo es el obtener resultados prácticos. Aquí es donde hacen inevitablemente su presencia las ideologías y las distintas formas artísticas o artesanales que se fundamentan en la experiencia personal. Pero si se desea que los saberes sean compartibles por cualquiera, resulta imperativo no abandonar los principios del método científico. Los factores psicosociales representan por su multivariedad un reto para los diseños de la investigación.

Actualmente, con la matematización de las ciencias sociales a partir de la estadística, parece estar más cercano el día en que se logren mejores explicaciones sobre fenómenos tan difíciles de analizar como la adherencia terapéutica.

Una alternativa viable consiste en el desarrollo de estudios multicéntricos y si es posible multinacionales, en los que los investigadores abordan un mismo problema, emplean definiciones operativas, métodos e instrumentos iguales, así como intercomunicación en el análisis de los datos. Estos estudios permiten además estudiar muestras de pacientes más numerosas y representativas del problema que se investiga (16).

Para la praxis de la psiquiatría, la experiencia indica que en relación al mejoramiento del pronóstico del paciente esquizofrénico, resulta conveniente insistir en la necesidad de la organización de los servicios por niveles de atención, que ofrezcan continuidad en la supervisión preventiva del estado de salud; que de preferencia no se emplee la hospitalización psiquiátrica; que cuando ésta resulte inevitable se reduzcan al mínimo los días-estancia; que se evite en lo posible desvincular al paciente de su familia y que se involucre a ésta en el desarrollo del plan terapéutico; que se fomente en el paciente la autoresponsabilización y en la familia la responsabilidad para con su enfermo; que en el tratamiento psicofarmacológico de sostén se administre al paciente la menor dosis y durante el menor tiempo, siempre y cuando esto sea compatible con el buen progreso clínico; que participen en el tratamiento equipos multidisciplinarios de profesionales en salud mental que ofrezcan distintas terapias para conseguir el llamado tratamiento de múltiple impacto que se fundamenta en lograr, no sólo la superación de la sintomatología, sino en favorecer el desarrollo de la personalidad del paciente y su interacción con el medio social en que se desenvuelve.

Si nuestra capacidad administrativa y organizacional logra la mayor parte de estos principios generales, podremos ser más efectivos y ofrecer a los pacientes esquizofrénicos un futuro menos atormentador, dentro de las limitaciones de sus posibilidades reales y de nuestro conocimiento.

## REFERENCIAS

- Hugues JS, Little JC: An appraisal of the continuing practice of prescribing tranquilizing drugs for longstay pasychiatric patients. *Br J Psychiatry* 113, 1967 (867-873).
- Caffey DM, Diamond LS, Frank TV,Grasberger JC, Herman L, Kuett C, Rothstein C: Discontinuation or reduction of chemotherapy in chronic schizophrenics. *J. Chronic Dis* 17, 1964 (317-58).
- Blackwell B: Commentary-the drug defaulter. *Clinical Pharmacology and Therapeutic* 13 (841-848).
- Stimson GV: Obeying doctor's orders: a view from the other side. *Soc Sci Med* 8 (2), 1974 (97-104).
- Porter AMW: Drug defaulting in a general practice *Br Med J* is 1969 (218-222).
- Renton CA, Affleck JW, Carstairs GM, Forrest AD: A followup of schizophrenic patients in Edinburgh. *Acta Psychiatr Scand* 39, 1963 (548-600).
- Blackwell B: Commentary-the drug defaulter. *Clinical Pharmacology and Therapeutic* 13 (841-848).
- Blackwell B: Drug deviation in psychiatric patients. En: *The Future of Psychopharmacotherapy: New Drug Delivery Systems*. Ayd, F.J. (Ed.). Baltimore: International Drug Therapy Newsletter, 1973.
- Richards AD: Attitude and drug acceptance. *Brit J Psychiat* 110, 1964 (46-52).
- Freeman H: Long-action neuroleptics and their place in community mental health services in the United Kingdom. En: *The Future of Pharmacotherapy: New Drug Delivery Systems*, Ayd, F J. (Ed.). Baltimore: Ayd Medical Communication, 1973.
- Puente-Silva F: Terapias de mantenimiento en pacientes esquizofrénicos. *Memorias I Reunión sobre Investigación y Enseñanza*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, agosto, 1982 (216-228).
- Blackwell B: Treatment adherence. *Brit J Psychiat* 129, 1976 (513-531).
- Kety S: *Am JPsychiatry* 131, 1974 (957).
- De la Fuente JR, Pucheu RC , Medina-Mora ME: La investigación en el campo de la psiquiatría y la salud mental (un ejercicio preliminar de prospectiva). Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1984. (Trabajo no publicado).
- Engel G: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286), abril, 1977 (129-136).
- De la Fuente JR, Pucheu RC, Medina-Mora ME : IBID.

# CAPITULO VI

Investigación Psicológica – Conductual y  
Adherencia Terapéutica.



Mtro. Benjamín Domínguez

Licenciado en Psicología, Maestría en Ciencias de la Psicología.  
Profesor Titular, División de Estudios de Postgrado, Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional Autónoma de México.

# Investigación psicológica-conductual y adherencia terapéutica

**Mtro. Benjamín Domínguez**

El hecho de que un paciente no cumpla con las prescripciones del médico es un problema de mucha importancia para los encargados de la etapa primaria de estos servicios y también para muchos otros prestadores de servicios relacionados con la salud. El no seguir el programa de tratamiento, como olvidar tomar el medicamento para la hipertensión, puede reducir considerablemente los beneficios terapéuticos. La falta de adherencia en el paciente, puede impedir su recuperación de una enfermedad o lesión y puede alterar seriamente su salud, dependiendo del padecimiento por el cual se encuentre bajo tratamiento (11, 20). La falta de adherencia a las instrucciones del médico puede manifestarse como fallas para:

- a) Iniciar o continuar en un programa terapéutico.
- b) Acudir a las citas de seguimiento o supervisión.
- c) Tomar los medicamentos prescritos.
- d) Modificar, restringir o cambiar actividades en la persona como son el ejercicio físico, el consumo de tabaco y la dieta (17).

El grado en el que el paciente cumpla o se adhiera a las prescripciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológico-conductual, es un punto muy importante en la investigación contemporánea, particularmente en el área denominada "medicina conductual".

La falta de adherencia se refiere a la terminación (abandono-separación, distanciamiento) prematura por parte del paciente de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas. El papel de la adherencia desde el punto de vista psicoterapéutico directivo es muy destacado, ya que muchos procedimientos psicológico-conductuales incluyen pedirle al paciente que cumpla y ejecute tareas e instrucciones específicas.

Limitándose a los problemas de adherencia en el caso de las prescripciones médicas, Stimson (25) comenta que: "En la práctica médica muchos de los tratamientos que se proporcionan a los pacientes acaban convirtiéndose en autoadministración de drogas o medicamentos. Cuando esto ocurre, el paciente es el responsable del consumo de sus medicamentos de la manera que le han sido prescritos, teniendo por lo tanto una autonomía considerable en el manejo de su propio tratamiento. El médico es responsable de los medicamentos que le dé y de la cantidad que prescriba, pero él no puede estar presente para controlar cómo son utilizados" (pág. 97).

El éxito definitivo de cualquier tratamiento depende de la cooperación y cumplimiento del paciente con todos los aspectos del programa; el no cumplir representa un problema particularmente difícil cuando las intervenciones terapéuticas son conducidas en una modalidad ambulatoria. En tales condiciones es imposible supervisarlos de cerca por lo que el paciente o sus familiares (los padres, cuando se trata de pacientes jóvenes) deben asumir la responsabilidad para manejar la enfermedad o incapacidad.

Hasta hace poco tiempo el hecho de que el paciente cumpliera o no las instrucciones terapéuticas, se conceptualizaba como otro "factor no específico", o como una variable fuera del control de la relación terapéutica; la única estrategia conductual específica utilizada en estos casos ha sido el "contrato de contingencias o conductual" en el que al cliente se le castiga o se le premia de acuerdo a la manera como cumpla o ejecute las conductas acordadas dentro de la relación terapéutica. Aunque es útil en muchos casos, este contrato de contingencias es sólo una de las muchas técnicas que configuran el amplio arsenal de las técnicas de "influencia social recíproca".

Debido a las dificultades que se tienen para lograr que los pacientes cumplan con los medicamentos, dietas y regímenes, se ha decidido explorar cómo se conceptualiza la enfermedad y cómo se relacionan los síntomas o la ausencia de éstos con la conducta del paciente. Cuando una persona está enferma los síntomas determinan que reaccione y busque ayuda médica (16). Sin embargo no todas las enfermedades se presentan con síntomas. El que el paciente se adhiera a un programa de tratamiento depende en gran parte de que el alivio de los síntomas acompañe las conductas complejas asociadas con el cumplimiento. Por ello parece de utilidad conceptualizar la enfermedad por lo menos en 3 categorías (14):

1. Enfermedades en las cuales una exacerbación de los síntomas físicos va acompañada de un deterioro de la perturbación, la cual se reduce efectivamente por el cumplimiento o la adherencia a un régimen terapéutico (como tomar un antibiótico para aliviar la temperatura y el malestar de una infección).
2. Las enfermedades crónicas, cuyos síntomas son regularmente estables a pesar del régimen (esclerosis múltiple).
3. Enfermedades que aparecen sin síntomas a pesar de su cronicidad, con consecuencias futuras muy serias (la hipertensión).

Si se ubica la conducta de un individuo en el marco de las propiedades de "control de estímulos" de los síntomas es evidente que en la concepción anterior del proceso de enfermedad no hay un reforzamiento semejante para mantener las conductas relacionadas con el cuidado o promoción de la salud. El retraso en el alivio de los síntomas puede animar al paciente a buscar una gratificación más inmediata, tal como evitar los efectos colaterales desagradables de la medicación o aumentar la ingestión de carbohidratos en un paciente diabético a pesar de los riesgos a largo plazo que conlleva la alteración del balance metabólico, que precipita la cetoacidosis. La *señal* de los síntomas se afecta al igual que otras conductas desadaptativas, por las consecuencias que le siguen. Se ha observado que muchas madres, cuyos hijos tienen infecciones agudas, dejan de darles penicilina cuando los síntomas desaparecen o disminuyen a pesar de las instrucciones del médico en el sentido de que se les administren durante 10 días (4). En consecuencia, al indicar el cumplimiento de un régimen terapéutico es importante manipular la conducta que típicamente se presenta en la adherencia a un régimen.

La interpretación que el paciente haga de sus síntomas es importante también para comprender cómo influye ésta al reaccionar deliberadamente hacia los problemas relacionados con su salud. Las creencias acerca de la naturaleza de una enfermedad pueden influir en las acciones específicas que inicie el individuo. Kirscht y Rosenstock (18) revisaron la literatura que sugiere que "ante la presencia de una amenaza, la acción preventiva es vista como eficaz y posible en relación al costo tolerable" (pág. 213). Esto quiere decir que los pacientes buscarán vacunas preventivas o tolerarán los efectos debilitantes de las radiaciones y la quimioterapia del cáncer si consideran la enfermedad como una amenaza personal real y sienten que obtendrán un beneficio del tratamiento.

### **Factores que influyen en la adherencia**

Tomando en consideración numerosos estudios que indican el bajo porcentaje de adherencia y cumplimiento a los programas médicos terapéuticos, un gran número de investigadores ha intentado identificar una variedad de factores sociales, psicológicos y físicos que pueden contribuir a/o predecir el incumplimiento de las indicaciones del médico (4, 8, 9, 19, 27). En una revisión amplia de la investigación en esta área, Haynes y Sackett hicieron una lista de aproximadamente 200 factores relacionados con el incumplimiento de los regímenes médicos mencionados en la literatura. De estos factores, solamente un número limitado de ellos, tales como la complejidad de los tratamientos, la larga duración de los programas de tratamiento y las creencias del paciente acerca de la eficacia de la terapia, tienen una correlación positiva con la adherencia a las estrategias de tratamiento prescritas. Las características específicas del paciente, como variables de la personalidad y un número considerable de factores demográficos (el estatus socioeconómico) no han mostrado una consistencia predicativa en la adherencia a los regímenes médicos (17, 21, 23, 24, 25).



### **Complejidad de un programa**

Los tratamientos que requieren alterar considerablemente los patrones establecidos en el comportamiento del paciente son probablemente los más difíciles de cumplir.

### **Efectos colaterales y aversivos**

Las prescripciones médicas pueden no cumplirse si las drogas o medicamentos prescritos producen efectos colaterales aversivos. Kasl (17) indicó que "Es más fácil seguir las indicaciones del médico cuando el medicamento proporciona algún alivio a los síntomas. En cambio, es más difícil seguirlas cuando éste se toma por razones profilácticas o cuando los síntomas parecen no estar relacionados con la ingestión de un medicamento" (pág. 9). Los pacientes hipertensos frecuentemente descontinúan u olvidan tomar sus medicamentos como se les indica, porque esta perturbación es típicamente asintomática (6). Igualmente, los pacientes que se encuentran bajo tratamiento con antibióticos algunas veces descontinúan la ingestión del medicamento antes de lo indicado por su médico, cuando desaparecen los síntomas de la enfermedad o de la infección (26).

### **Conocimiento o información acerca de la enfermedad**

El conocimiento que se tenga acerca de una perturbación y de su tratamiento no asegura el cumplimiento o adherencia a un régimen médico (17). Las investigaciones mencionadas hasta aquí concluyen que el éxito de la terapia conductual radica en que se enfoca directamente al cambio de conductas relacionadas con la ingestión de medicamentos, más que a intentarlo indirectamente, proporcionar información o promover cambios de actitud.

### **La relación terapeuta-paciente**

Hasta hace algunos años, las formulaciones de la relación terapéutica derivadas del condicionamiento operante (que tiene gran aceptación todavía entre muchos psicólogos) sugerían que el papel del terapeuta era "moldear automáticamente" la conducta deseable en el paciente empleando el "reforzamiento social diferencial". Estas definiciones reflejaban una metáfora poco afortunada basada en un estereotipo de terapeuta que lo concebía como una "máquina de reforzamiento social" o como un "ingeniero conductual". Sin embargo, y contra el modelo de causalidad que caracteriza al conductismo radical skinneriano, el control deliberado y público del terapeuta sobre el paciente es considerado en la actualidad como un mito (2). Las conductas interpersonales están recíprocamente determinadas y un paciente puede resistirse o neutralizar los intentos que haga el terapeuta para influir en él. En consecuencia, para que la terapia conductual sea exitosa se necesita asegurar la cooperación y participación del paciente en el proceso de cambio conductual.

### **Influencias específicas terapéuticas que favorecen la adherencia**

La selección y la definición de la conducta-meta en el tratamiento. La complejidad, la perturbabilidad o los posibles aspectos aversivos de un tratamiento pueden contribuir a la falta de adherencia a un régimen terapéutico. Para evitar el incumplimiento del paciente en estas condiciones, Zifferblatt (29) propone que el *incumplimiento* a los regímenes médicos se aborde como un problema conductual y esté "sujeto a los principios y procedimientos basados en las ciencias conductuales" (pág. 173).

## Métodos para recolectar información

Desafortunadamente, el autoreporte del paciente no siempre es una medida confiable; los autoreportes pueden suministrar datos inexactos de la adherencia a las recomendaciones (13) aun cuando se pueden llevar diarios muy cuidadosos respecto a la alimentación, al ejercicio físico, al consumo de alcohol y de tabaco. Estos pueden reflejar la intención del paciente de aparentar un comportamiento "adecuado". La reactividad del automonitoreo con frecuencia produce reducciones temporales y en consecuencia una impresión inadecuada de la frecuencia de las conductas problema (7).

## Promoviendo cambios en el estilo de vida

Es bien sabido que muchos hábitos desadaptativos para la salud y muchos patrones de comportamiento relacionados con el estilo de vida aumentan el riesgo de enfermedad, de contraer padecimientos y de muerte (3, 22). Los responsables de los servicios de salud han iniciado acciones para modificar y prevenir los hábitos y *estilos de vida* que representen un riesgo potencial a la salud del paciente, como el estilo de vida sedentario en los casos de hipertensión esencial; el tipo de personalidad tipo A de los pacientes coronarios; la obesidad, y las fobias médicas, como a las inyecciones y otras formas agresivas de tratamiento. Muchos estudios han mostrado que darles información acerca de la enfermedad y el tratamiento no garantiza que el paciente cumpla con los regímenes médicos.

## Importancia de la relación paciente-terapeuta en la adherencia terapéutica

La actitud y la conducta del terapeuta en este aspecto puede contribuir a generar una mayor o menor adherencia. En este punto conviene comentar los efectos que genera una "actitud autoritaria" dentro de una relación terapéutica, definida primordialmente por el establecimiento de dos papeles diferentes: "el que sabe" y "el que ignora" (Foucault "El Nacimiento de la Clínica"). En estas condiciones, el especialista (la mayoría de veces médico) confía en que al dar una instrucción o indicación ésta será atendida, comprendida, recordada y ejecutada por el paciente.

Al revisar la adherencia a los tratamientos médicos Dunbard y Stunkard (10) concluyeron que: "se crea una mejor adherencia cuando los clínicos se muestran cálidos, empáticos y se involucran en una conversación social y en intercambios específicos... proporcionando instrucciones individualizadas y específicas". Black-well (5) cita una clínica infantil en Inglaterra en la que los problemas de los pacientes que permanecían en terapia eran similares a los de aquellos que la abandonaban prematuramente. Los pacientes que permanecían en terapia eran aquellos que tenían terapeutas que constantemente les daban más respuestas afectivas. Otros hallazgos indican que cuando el paciente se percata de que su médico no tiene mucha confianza en los medicamentos que le receta, deja de tomarlos. Lo anterior se manifiesta también en la terapia conductual y se ilustra con la siguiente anécdota:

Durante un taller que ofreció la UNAM para la formación de terapeutas conductuales, una de las participantes mostró escepticismo acerca de la utilidad del *automonitoreo* en el registro diario de las conductas adictivas. Se le invitó a intervenir en la dramatización de una relación terapéutica actuando ella como terapeuta. Como tal, tenía que pedirle a otro de los participantes que actuaba como paciente que utilizara el automonitoreo para registrar una de sus conductas. Al final de la representación la persona que actuó como paciente comentó que en esas circunstancias había sentido que su terapeuta no confiaba en el automonitoreo, por lo que no le importaría mucho negarse a ejecutarlo u olvidarse de los datos que reuniera.

Esto prueba la importancia que reviste la manera en la que el terapeuta presenta y fundamenta un procedimiento o técnica terapéutica. En el caso de la ilustración, tal presentación aseguraba el fracaso. Las observaciones de seguimiento del caso mencionado evidenciaron que la "terapeuta" tenía información muy superficial y distorsionada acerca del automonitoreo, lo que la llevaba a presentar este procedimiento como mecánico, sin resaltar sus cualidades de instrumento de autoconocimiento e *insight*.

### **Comunicación no-verbal y adherencia**

Otro factor relacionado con el terapeuta y que afecta la probabilidad de que el cliente coopere con él en el tratamiento incluye:

- El "atractivo personal" del terapeuta para el paciente.
- El reforzamiento social por haber aumentado la adherencia.

El atractivo personal del terapeuta depende más de lo que haga que de sus características previamente determinadas. Las estrategias específicas para aumentar el atractivo de la terapia han sido delineadas por Goldstein, Heller y Sechrest (12) y por Johnson y Matros (15). El reforzamiento social no es sólo el fortalecimiento automático de una conducta, como se acostumbra describirlo en los textos de condicionamiento operante relacionados con las intervenciones terapéuticas. Los efectos dependen de qué tan consciente esté el cliente-paciente de las conductas que se le están reforzando y de su disposición para adherirse a tal meta (28).

Un área de investigación que aporta numerosos procedimientos para aumentar deliberadamente el atractivo del proceso terapéutico son los componentes de la comunicación no-verbal (*Argyle*, Psicología del Comportamiento Interpersonal. Ed. Alianza, Madrid, 1978) particularmente aquellos que son responsables del establecimiento y mantenimiento de los comportamientos recíprocos que se presentan en la interacción humana terapéutica.

### **Las expectativas del paciente y la adherencia**

También las expectativas que abrigue el cliente-paciente contribuyen a determinar si se establece o no una adecuada adherencia terapéutica. Las expectativas de eficacia del paciente juegan en particular un papel importante al principio de una relación terapéutica ya que mantienen y generan conductas de enfrentamiento (*coping skills*) que moderan las originales expectativas extremas de un paciente. El favorecer expectativas realistas sobre el desenlace del tratamiento es una tarea importante del terapeuta para tender un puente en el aparente abismo entre las demandas a plazo inmediato y las conductas que requieren modificaciones amplias. La conducta humana se puede regular más por las consecuencias inmediatas que por las diferidas. Sin embargo, el éxito de numerosos tratamientos depende de que se produzca un cambio en la regulación del comportamiento de consecuencias a corto plazo a consecuencias diferidas.

El paciente ingresa a un tratamiento terapéutico no sólo con expectativas sobre los posibles resultados sino también con la idea de lo que englobará el proceso terapéutico; las incongruencias entre lo que ellos esperan y reciben pueden impedir el progreso o disminuir la adherencia (1).

Dunbard y Stunkard (10) observaron que la adherencia era menor en los pacientes que tenían expectativas incongruentes entre su experiencia personal y el programa médico ofreciendo una serie de recomendaciones prácticas y específicas para fomentar la adherencia en estos casos. En principio es deseable una estructuración adecuada del tratamiento (dar los horarios de las citas con anticipación, instructivos escritos, secuencia de cada sesión, etc.). Además se le debe dar al paciente una explicación acerca de su problema y del tipo de tratamiento(s) elegido, así como la importancia que tiene su grado de participación.

## Los factores de regulación no-consciente y la adherencia

Ninguna explicación acerca de la adherencia estará completa si no se mencionan los conceptos de "resistencia" y "contra control". Los enfoques conductistas-radicales han pasado por alto estos aspectos destacando únicamente las contingencias externas. En estas circunstancias, para muchos pacientes el "contrato conductual o de contingencias" es un procedimiento aceptable, mientras que para otros es coercitivo e intolerable. A la fecha varios investigadores han presentado ya análisis congruentes con el enfoque del aprendizaje social sobre estos aspectos (Davison, Mahoney y Wilson y Evans) que por su naturaleza e influencia ameritan necesariamente mayor investigación. La modificación y determinación de la naturaleza de la "resistencia" del paciente sigue siendo uno de los problemas y tareas a resolver, sobre todo de los psicólogos de orientación psicoanalítica. En este orden de ideas, Kiesler describió una teoría de la comunicación acerca de la relación terapéutica, que proporciona muchas guías prácticas. Esta teoría rebasa la teoría contemporánea del aprendizaje social enfatizando el papel de los aspectos no verbales y connotativos que influyen en una relación interpersonal. La naturaleza de los múltiples niveles del mensaje que fluyen en la relación terapéutica juega el papel más destacado.

## Comentarios

La aplicación conjunta de métodos conductuales y procedimientos médicos ha resultado fructífera para reducir o eliminar los factores que exacerbaban las conductas sintomáticas, y para aliviar los malestares que con frecuencia se derivan de las enfermedades corporales. Las respuestas que un individuo propicia que le den otros por estar enfermo, con frecuencia refuerzan su conducta de estar enfermo. Esto produce una considerable dependencia del paciente hacia el personal que proporciona servicios de salud; mientras más acepta el individuo el auto concepto de *estar enfermo* o incapacitado, es más probable que su comportamiento se incline hacia la incapacidad. Aquellos que se perciben a sí mismos como enfermos son los que más buscan oportunidades para retirarse de las actividades normales y de las responsabilidades de la vida cotidiana.

Después de una enfermedad o de un accidente, muchos pacientes continúan presentando conductas desproporcionadas de incapacidad en relación con los problemas orgánicos o físicos que padecen. Puede mantenerse un estado de invalidez debido a la ansiedad y a la depresión producida por un accidente o enfermedad seria.

Los pacientes pueden resistirse a regresar a su nivel de actividad y pueden exhibir temor hacia el trabajo por su creencia de que esas actividades contribuyeron a la iniciación de su enfermedad.

La literatura acerca de la manera como cumplen los pacientes las indicaciones de los médicos, demuestra que muchos pacientes, aun cuando las indicaciones de los doctores hayan sido claras, se desvían de los tratamientos prescritos o dejan de cumplir muchas de sus recomendaciones. Las características del régimen terapéutico, tales como la complejidad, la duración del tratamiento y la confianza y/o fe que el paciente tenga en la eficacia de la terapia son más importantes que cualquier factor demográfico de personalidad para determinar la adherencia a un tratamiento médico. Generalmente es mejor aceptado un régimen a base de fármacos si la medicación proporciona algún alivio inmediato de los síntomas. En cambio cuando éstos se deben tomar por razones profilácticas, es probable que el paciente olvide tomarlos.

### Participación limitada o ausencia del psicólogo en la problemática o en los escenarios de salud

- Se han hecho sugerencias oportunas para promover su participación, pero, ¿no deberíamos preguntarnos si ésta es *deseable*? ¿deberemos considerar su participación como una meta para el futuro mediato de los equipos de salud?
- No se sugiere esto porque se piense que muchos mexicanos tienen problemas mentales. El argumento básico es que la salud se apoya solamente en la *unidad básica emocional y física*.
- Este tipo de esfuerzo es sólo posible, en principio, en escenarios de tratamiento integral (con todos los recursos) por medio del trabajo de equipo.
- Debe compartirse la información de cada paciente con su médico.
- Una responsabilidad inicial, que constituye la base de progresos posteriores es el esfuerzo de los psicólogos para iniciar y mantener relaciones profesionales con los médicos, quienes a su vez deberán esforzarse por integrar al psicoterapeuta a sus propios equipos.
- Promover el cuidado preventivo. Involucrar a los pacientes en actividades responsables de auto ayuda encaminadas al logro de un estilo de vida óptimo. Discutir conductas o condiciones identificadas con enfermedades crónicas de alto riesgo y que pueden interferir con el estado general de bienestar del paciente. Hábitos como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, una vida sedentaria, las dietas altas en calorías, grasas, azúcar y sal; puede identificarlas el paciente como contraindicadas para la salud.

## REFERENCIAS

1. Baekelund F, Lundwill L: Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin* 82, 1975 (738-83).
2. Bandura A. The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist* 33, 1978 (344-58).
3. Bass F, Grantham RP: Preventive Medicine. En: *Family Practice* R. E. Raken, H. F. Conn (Eds.), (2a. Ed.) W. B. Saunders, Philadelphia, 1978.
4. Becker MH, Drachman RH, Kirscht DP: Predicting mothers' compliance with pediatric medical regimens. *Journal of Pediatrics* 81, 1972 (843-54).
5. Blackwell B: Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry* 129, 1976 (513-31).
6. Caldwell JR, Cobb S, Dowling MD, de Jongh D: The dropout problem in antihypertensive therapy, *Journal of Chronic Disease* 22, 1970 (579-92).
7. Ciminero AR, Nelson RO, Lipinski D: Self-monitoring procedures. En: *Handbook of Behavioral Assessment*. A.R. Ciminero, K.S. Calhoun, H.E. Adams (Eds.) Wiley, Nueva York, 1977.
8. Davis MS: Variations in patient's compliance with doctor's orders: Analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations. *Journal of Medical Education* 41, 1966 (1037-1048).
9. Davis MS: Predicting non-compliant behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 8, 1967 (265-71).
10. Dunbar JM, Stunkard AJ: Adherence to medical regimen. En: *Nutrition, Lipids and Coronary Heart Disease*. R Levy, B Rifkind, B Dennis, N Ernst (Eds.): Raven, Nueva York, 1979.
11. Gillum RF, Barsky AJ: Diagnosis and management of patient non-compliance. *Journal of the American Medical Association* 228, 1974 (1563-67).
12. Golstein AP, Heller K, Sechrest LB: *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change*. Wiley, New York, 1966.
13. Gordis L, Markowitz M, Lilienfeld A: The inaccuracy of using interviews to estimate patient reliability in taking medication at home. *Medical Care* 7, 1969 (49-54).
14. Haynes RB: A critical review of the "determinants" of patient compliance with therapeutic regimens. En: *Compliance with Therapeutic Regimens'* D. L. Sackett, R. B. Haynes (Eds.) John Hopkins University Press, Baltimore, 1976.
15. Johnson DW, Matross R: Interpersonal influence in psychotherapy. En: *The Therapist's Contribution to Effective Psychotherapy: An Empirical Approach*. AS Gurman, AM Razin (Eds.). Pergamon, Nueva York. 1977.
16. Kasl SV, COBB S: Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health* 12, 1966 (246-66, 531-34).
17. Kasl SV: Issues in patient adherence to health care regimens. *Journal of Human Stress* 1, 1975 (5-17).
18. Kirscht JP, Rosenstock IM: Patient adherence to antihypertensive medical regimens. *Journal of Community Health* 3, 1977 (115-24).

19. Levy SM: Correlates of compliance in hospitalized cardiac patients. Paper presented at the meeting of the *Midwestern Psychological Association*, Chicago, mayo, 1978.
20. Ludwig EG, Adams SD: Patient cooperation in a rehabilitation center: Assumption of the client role. *Journal of Health and Social Behavior* 9, 1968 (328-36).
21. Marston MV: Compliance with medical regimens: A review of the literature. *Nursing Research* 19, 1970 (312-23).
22. Meyer AJ, Henderson JB: Multiple risk factor reduction in the prevention of cardiovascular disease. *Preventive Medicine* 3, 1974 (225-36).
23. Puckett MJ, Russell ML: Behavior therapy and adherence to medical regimens. Paper Presented at the meeting of the *Association for Advancement of Behavior Therapy*, Atlanta, diciembre 1977.
24. Schmitt DP: Patient compliance: The effect of the doctor as a therapeutic agent. *Journal of Family Practice* 4, 1977 (853-56).
25. Stimson GV: Obeying doctor's orders: A view from the other side. *Social Science and Medicine* 8, 1974 (97-104).
26. Twaddle AC, Sweet R: Factors leading to preventable hospital admissions. *Medical Care* 8, 1970 (200-8).
27. Vincent P: Factors influencing patient noncompliance: A theoretical approach. *Nursing Research* 20, 1971 (509-15).
28. Wilson GT, Evans IM: Adult behavior therapy and the therapist-client relationship. En: *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice*. CM Feanks, GT Wilson (Eds.) 4. Brunner/Mazel, Nueva York, 1976.
29. Zifferblatt SM: Increasing patient compliance through the applied analysis of behavior. *Preventive Medicine* 4, 1975 (173-82).

# CAPITULO VII

## Adherencia al tratamiento: Un enfoque preventivo en la Salud Mental



Dr. Juan José Sánchez Sosa

Maestría y Doctorado en Ciencias de la Psicología.  
Director de la Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional Autónoma de México.



# La adherencia al tratamiento: un enfoque preventivo en la salud mental

**Dr. Juan José Sánchez-Sosa**

Probablemente la motivación más importante del ser humano, después de la supervivencia, es la salud. En efecto, entre los esfuerzos más importantes a nivel personal, familiar e institucional, en todos los países del mundo, destacan los esfuerzos por mantener y restaurar la salud de sus habitantes, y nuestro país no es una excepción. En prácticamente todos los sectores públicos y privados, la salud constituye una preocupación fundamental. La salud se ha convertido en una condición sin la cual no puede haber otra actividad humana, por importante o deseable que sea.

La salud de los habitantes de las naciones en desarrollo tiene un estatus y unas perspectivas peculiares debido a dos importantes condiciones de tipo socioeconómico: Por una parte, el desarrollo no ha llegado aún a producir un progreso educativo y tecnológico que facilite el control de muchas enfermedades infecciosas que muestran una alta incidencia en nuestro país, tales como las infecciones gastrointestinales y las del aparato respiratorio.

Por otra parte, las condiciones de vida impuestas por el crecimiento económico y social ya están favoreciendo el incremento de la incidencia de enfermedades de tipo crónico y degenerativo tales como la hipertensión arterial, los problemas cardiovasculares, la diabetes y el cáncer; es decir, padecimientos típicos de naciones más desarrolladas. Ambos tipos de enfermedades, que conjunta-mente constituyen la principal causa de muerte en México, se encuentran relacionados muy de cerca con el comportamiento humano que propicia estos problemas de salud a partir de los estilos de vida de los individuos.

El tratamiento de estas enfermedades tiene un costo económico y social muy alto. En contraste, los programas preventivos de promoción de la salud han mostrado una eficacia y una buena relación de costo-beneficio cuando se instrumentan con base en los principios que regulan el comportamiento y en las derivaciones tecnológicas aplicadas. Estas aplicaciones pueden hacerse a través de la educación para la salud y de la persuasión, utilizando tanto la educación formal como la comunicación masiva.

Una concepción fundamental adoptada progresivamente por una importante cantidad de expertos del Sector Salud, y que parece estarse ampliando rápidamente, se centra en el concepto de que la mayoría de los problemas de salud está claramente precedida por, o relacionada con, comportamientos que han estado presentes durante mucho tiempo. A veces estos comportamientos emergen de una simple ignorancia sobre algunos hechos o principios relativamente sencillos que afectan a la salud. Otro tipo de comportamiento que promueve el deterioro de la salud parece estar relacionado con una reducida disponibilidad social de condiciones de vida más sanas. Un tercer grupo de comportamientos está afectado por un efecto de interferencia de algunas creencias culturales. En ocasiones éstas interactúan con una actitud pasiva y receptiva hacia los servicios de salud ofrecidos por el estado, mismo que a veces se percibe como paternalista.

Es claro que no es un solo conjunto de factores lo que produce este estado de cosas en la salud del mexicano, sino más bien una combinación compleja de un amplio número de variables. Una concepción básica de gran utilidad para la planeación y el desarrollo de los programas propuestos en el presente proyecto, fue la proposición epidemiológica de que la enfermedad se desarrolla a lo largo de una historia natural, la cual, si no resulta afectada ya sea por las defensas naturales o por las intervenciones preventivas o terapéuticas, conduce a un deterioro severo de la salud y, eventualmente, a una muerte prematura.

Una extensión lógica de este razonamiento, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista de las ciencias del comportamiento, es que mientras más tempranamente ocurra esta intervención, ya sea en sentido preventivo o en términos de recuperación de la salud, habrá mayores probabilidades de evitar daños adicionales. Por esta razón, los programas institucionales de promoción de la salud y de atención preventiva, deben invertir importantes esfuerzos para modificar los estilos de vida de alto riesgo para los recipientes de los servicios de salud.

En este contexto, la salud mental ocupa un sitio vital para el desarrollo y el bienestar del ser humano. Sin salud mental no hay educación, no hay producción, no hay estabilidad ni desarrollo social y no puede haber, por supuesto, ni bienestar ni grado alguno de felicidad.

Las mejores estimaciones sobre el estado de la salud mental del mexicano en fechas recientes, nos muestran un panorama que requiere una atención inmediata, si no es que urgente. Unos cuantos ejemplos pondrán en claro la magnitud de la necesidad de promover la salud mental del mexicano.

### **Desintegración familiar**

La desaparición funcional de la familia, en general, y de las relaciones conyugales, en particular, se está convirtiendo cada vez más en un severo problema social. La delincuencia es mayor entre los hijos de familias desintegradas o con problemas maritales, el alcoholismo es más frecuente entre los miembros de parejas separadas y los problemas maritales preceden a poco menos de la mitad de los primeros ingresos a los hospitales psiquiátricos. Por otra parte, la ausencia de un marco familiar suele deteriorar fácilmente la adaptabilidad del ser humano dentro de cualquiera de sus actividades.

### **Manejo del estrés y de la angustia**

La cantidad y la naturaleza no siempre adaptativa de las actividades que demanda la vida cotidiana en nuestros días, y las responsabilidades derivadas del funcionamiento de la persona en escenarios laborales, sociales, familiares, etc., representan cada vez una mayor cantidad de estrés para el individuo. Frecuentemente esta condición conduce a reacciones emocionales exageradas o generalizadas en el individuo entre las cuales destaca la angustia. El papel de la angustia como factor de riesgo para la salud física y mental ya se ha documentado ampliamente en la investigación de los últimos cuarenta años. La necesidad de una orientación cuidadosa y sistemática sobre el manejo de la angustia y el estrés en la vida moderna, se hace cada vez más urgente y los medios de difusión electrónica pueden jugar un papel de inestimable valor en esta tarea.

### **Prácticas de crianza y desarrollo del niño**

Probablemente uno de los puntos en los que ha habido más acuerdo entre los investigadores más importantes de las ciencias del comportamiento, en lo que va del presente siglo, es en el hecho de que la gran mayoría de los problemas de salud mental en el ser humano de cualquier edad, se ha gestado durante la niñez. Estos son precisamente los años en los que la interacción familiar y personal en el ser humano son determinantes para el comportamiento posterior, y aquí se incluye tanto la niñez como la adolescencia.

Si la familia mexicana estuviera bien informada sobre los principios y factores que regulan el desarrollo del niño y la forma en que estos principios se pueden convertir en recomendaciones de prácticas de crianza que faciliten una sólida salud mental, seguramente una importante cantidad de problemas de conducta, y otros sobre los que repercute la conducta, mostrarían una mayor probabilidad de mejoría y solución.

## **Conductas adictivas**

Un rubro en el que el deterioro de la salud mental y física del mexicano es cada vez más notorio, se refleja en la incidencia de padecimientos propiciados o causados directamente por conductas adictivas. En efecto, cada vez son más frecuentes los problemas de salud relacionados con adicciones que, en ocasiones, pueden pasar prácticamente desapercibidas en la vida diaria. Este es el caso de problemas tales como el alcoholismo, el tabaquismo y la obesidad. Otras adicciones a sustancias tóxicas de uso relativamente escaso en el pasado, están mostrando aumentos importantes en su incidencia. Nuevamente, si el mexicano conociera lo relativo a estos hábitos y se le proporcionaran recomendaciones de fácil seguimiento para su disminución o evitación, su salud mental y física mejoraría sensiblemente.

## **Actividad física y salud mental**

Recientemente se ha documentado cada vez más en la literatura de investigación y en la práctica clínica, la clara relación que hay entre la cantidad de actividad física sistemática que desarrolla el ser humano y su estado de salud. Se ha señalado, inclusive, que ciertos tipos de ejercicios físicos realizados con constancia, promueven efectos bioquímicos en el organismo que claramente tienden a reducir problemas emocionales severos tales como la depresión. Parece clara la necesidad de crear programas altamente persuasivos de radio y televisión que, de manera sistemática, aborden estos importantes problemas y guíen al auditorio hacia la adopción de estilos de vida que mejoren su funcionamiento en todos los órdenes.

## **Otros componentes en la salud mental**

Los anteriores han sido tan solo algunos ejemplos de los muchos problemas de salud mental del mexicano, que serían sensibles a un trabajo serio y cuidadoso de comunicación masiva orientadora y persuasiva. Algunos otros problemas y temas que, además de representar puntos claves en el desarrollo de la vida del mexicano, han resultado sumamente interesantes en su abordaje profesional por televisión, incluyen: conducta cooperativa, cambio de actitudes, rendimiento escolar, efectos del deterioro ambiental en la salud mental, agresión y violencia, problemas sexuales, selección vocacional, padecimientos cardiovasculares de origen psicológico, problemas psicosomáticos de la piel y del aparato digestivo, manejo psicológico de la recuperación quirúrgica, manejo de crisis de interacción personal y familiar, prevención de miedos o temores irracionales, adaptabilidad en el trabajo y en la escuela, y prevención de problemas de interacción familiar en cuanto al desarrollo psicológico del adolescente, entre muchos otros.

## **Los estilos de vida: Eje central de la salud mental**

Prácticamente todos los problemas de comportamiento mencionados tienen un común denominador: se derivan principalmente de las prácticas comunes de la vida cotidiana: en la casa, en el trabajo, en la escuela, en las reuniones sociales, etc., es decir, del estilo de vida del individuo, la familia o la institución. Cuando un estilo de vida no es congruente con las demandas ambientales, personales y sociales del ser humano, se inicia un proceso de deterioro que progresivamente se generaliza y que habitualmente culmina en el desarrollo de problemas de salud mental que afectan, a su vez, todo el funcionamiento humano, cerrando así un círculo vicioso que tiende a automantenerse.

De esta manera, si lo temprano de la intervención preventiva define en gran medida las proporciones de reducción de los problemas de salud, y la educación de la salud se ha concebido como una de las respuestas más optimistas para lograr un acceso oportuno a la población, la propia educación de la salud debe concebirse como algo más que la mera impartición institucional de conocimientos o de mensajes preventivos, cuyos efectos han mostrado tener una eficacia dudosa.

No tenemos porque suponer que los factores que propicien o dificulten el que un paciente se ajuste a su régimen terapéutico, sean diferentes a los factores que afectan las probabilidades de que un individuo sano se ajuste o adapte a una constelación de acciones que conformen un estilo de vida más cercano al que permitiría conservar la salud, e incluso promoverla.

Es muy difícil suponer que si en la cultura occidental, en general, y en las grandes ciudades, en particular, se nos persuade para comer, beber, fumar y hacer una gran cantidad de cosas que atentan contra nuestra salud, podamos asumir que la adherencia al tratamiento preventivo que supone la educación por la salud, pueda tener una repercusión significativa sobre los estilos de vida de la población.

En efecto, la educación por la salud en su sentido institucional, y la promoción de la salud dentro del ámbito de los medios de in-formación masiva, tienen como objetivo fundamental generar una adherencia del individuo, de su familia y, en lo posible, de la sociedad, a aquellos preceptos o mensajes que hayan mostrado la mayor eficacia en los resultados de la investigación.

En este sentido nos referimos a la investigación, tanto en su componente básico, cuyo objeto central consiste en aislar sistemáticamente los principios que regulan la formación de conceptos, el cambio de actitudes, la persuasión, etc; como a la investigación que se dedica a evaluar el impacto real en un sentido social, económico y de salud, de las acciones de educación por la salud.

Existen por supuesto, por lo menos dos opciones inmediatas para intentar que este problema no crezca: en primer lugar, una asistencia sistemática provista por los especialistas de la salud mental; en segundo, un enfoque preventivo planeado e instrumentado inteligente y creativamente. La primera opción ha mostrado no resultar práctica en México por el momento. La asistencia institucional coordinada de todo el sector salud, oficial y privado, no sería suficiente para atender la demanda de salud mental del país. Es prácticamente imposible llegar a una parte mayoritaria de la población con el solo contacto institucional.

Una segunda opción presentaría, a su vez, por lo menos dos modalidades:

a) La primera consistiría en incorporar gradualmente a la educación formal del niño, a través de libros de texto y materiales de estudio, y de la formación misma de sus profesores, contenidos fundamentales de educación para la salud mental y física. Esta modalidad, aunque práctica a largo plazo, implica tales esfuerzos organizativos, de recursos y aun políticos, que constituiría un proyecto a planearse e instrumentarse en un futuro inmediato.

b) Una segunda modalidad, que conserva las probabilidades de éxito derivadas de una atención seria de la demanda y que no implica problemas de organización tan numerosos como los implícitos en las opciones anteriores, consiste en la conducción de programas de comunicación masiva que cumplan con tres requisitos básicos: a) que resulten atractivos a una amplia proporción de la población del país; b) que respondan, en efecto, a las necesidades de salud mental del mexicano, de modo que genere un apoyo sistemático de instituciones relacionadas con la salud, y c) que incluyan una incuestionable calidad tanto en lo referente al apoyo científico como en lo referente a la producción.

Esta segunda modalidad aprovecha una multiplicidad de recursos ya existentes en cuanto a medios masivos y a infraestructura académica y científica. México cuenta con el avance tecnológico en ciencias del comportamiento, con los científicos y profesionistas que han generado dicho avance y con la experiencia en comunicación masiva, misma que ha desarrollado en el auditorio el interés y un apego gradual a programas que, cada vez más, abordan problemas de interés individual, familiar y colectivo.

## REFERENCIAS

Belloc NB, Breslow L: Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* 1, 1972 (409-421).

Belloc N B: Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine* 2. 1973 (67-81).

Castro M E, Maya M A: Estudio longitudinal sobre el consumo de drogas en un grupo de estudiantes mexicanos: Resultados y aspectos metodológicos. *Salud Mental* 7, 1984 (78-81).

Castro M E: Consumo de drogas en diferentes sectores de la población mexicana: Tendencias y factores de riesgo. *Memoria de la Reunión Anual del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1982.

Cohen F: Personality, stress, and the development of physical illness. En: *Health Psychology-A Handbook*. G C Stone, F Cohen, N E Adler Associates (Eds.) Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1982.

De la Fuente R: La salud mental en México. *Salud Mental* 1, 1977 (4-13).

Evans R I: Psychologists in health promotion: Their unique contribution. Trabajo leído en el 23er. *Congreso Internacional de Psicología*, Acapulco, México, Septiembre de 1984.

Greist J A, Eischens R R, Klein M H, Faris J W: Antidepressant use, *Psychiatric Annals* 9, 1979 (134-140).

Leavell R H, Clark E G: Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach, McGraw Hill, Nueva York, 1969.

Levy R I, Moskowitz J: Cardiovascular research: Decades of progress, a decade of promise. *Science* 217, 1982 (121-128).

Lion L S: Psychological effects of jogging: a preliminary study. *Perceptual and Motor Skills* 47, 1978 (1215-1218).

Maccoby N, Farquhar J W, Wood P D, Alexander J: Reducing the risk of cardiovascular disease: Effects of a community based campaign on knowledge and behavior. *Journal of Community Health* 3, 1977 (100-114).

Matarazzo J D: Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. En: *Psychology and Health: Master Lecture Series*. C J Scheier, B L Hammonds (Eds.). Vol. III. Washington, D. C. American Psychological Association, 1984 (en prensa).

Medina-Mora M E, Castro M E: El uso de inhalantes en México. *Salud Mental* 7, 1984 (13-18).

Sánchez-Sosa J J, Lara F, Martínez J, González A: La televisión educativa en el nivel universitario: un sistema de evaluación validado socialmente. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social* 1, 1981 (313-362).

Sánchez-Sosa J J: Behavior analysis in marriage counseling: a methodological review of the research literature. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* 8, 1982 (149-156).

Sánchez-Sosa J J: Health promotion in government employees in Mexico. Trabajo presentado en el 23er. *Congreso Internacional de Psicología*. Acapulco, México, septiembre de 1984.

# CAPITULO

# VIII

La falta de cumplimiento terapéutico.  
Implicaciones para el sector salud



Dr. Manuel Ruiz de Chávez

Maestría en Ciencias en Medicina Social.  
Profesor Titular de Medicina Familiar, División de Estudios de Postgrado, Facultad de  
Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.  
Director General de la Coordinación Sectorial, Secretaría de Salud.

Dra. Susana Cuevas Córdoba

Secretaría de Salud.

# LA FALTA DE CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO. IMPLICACIONES PARA EL SECTOR SALUD

Dr. Manuel Ruiz de Chávez  
Dra. Susana Cuevas Córdoba

## Introducción

Como es bien sabido por todos nosotros con base en nuestra experiencia clínica, el éxito de un tratamiento no sólo depende de la efectividad demostrada por el esquema terapéutico elegido, sino también del grado en el que el paciente cumpla con la totalidad del esquema prescrito.

Esta situación implica que una vez realizado un diagnóstico certero, se tenga que instituir un esquema de tratamiento que responda en forma óptima a las necesidades de atención del usuario, lo que debe de ir acompañado de una serie de especificaciones que permita al paciente llevar el esquema terapéutico en su totalidad, para lo que se requiere efectuar una adaptación entre las características de la prescripción y el nivel socioeconómico y cultural del usuario.

En la actualidad se está tratando de hacer de la prestación de servicios de salud una acción que repercuta en el mejoramiento de los niveles de salud de la población bajo la premisa de una racionalidad en la erogación de recursos, que derive del conocimiento objetivo del impacto de las acciones de salud.

Para asegurar la efectividad de los servicios se han desarrollado diversos estudios dirigidos a los problemas resultantes de la falta de cumplimiento de los usuarios (adherencia terapéutica) a los esquemas de tratamiento que le son asignados. En realidad no se cuenta hasta el momento con el número y tipo de investigaciones que permitan a cada país tener el conocimiento detallado de los problemas derivados de la falta de apego del usuario de las prescripciones médicas.

En México existe el interés, producto de los beneficios que acarrea el desarrollo de este tipo de investigación, por elaborar estudios de esta naturaleza orientados al tratamiento de los principales problemas de salud, con la finalidad de apoyar una erogación de recursos fundamentada en el conocimiento científico que permita dar cauce a los dos grandes objetivos nacionales en la materia: alcanzar la cobertura total de los servicios y mejorar su calidad.

En este contexto, este documento pretende exponer un breve panorama acerca de la utilidad que reporta el control de los niveles de adherencia terapéutica en el desarrollo de la prestación de servicios, y su consecuente impacto en las condiciones de salud de la población. El escrito presenta, inicialmente, la ubicación del concepto dentro del proceso de atención a la salud y señala los principales factores involucrados en su génesis para, posteriormente, ilustrar por medio de dos ejemplos del programa sus principales implicaciones, así como la utilidad que puede ofrecer el manejo de estos aspectos para el diseño y operación de los programas de salud.

El documento de referencia, lejos de dar una visión acabada sobre esta problemática, pretende sensibilizar acerca de la importancia que tiene desarrollar estudios en el área que permitan asegurar una distribución de recursos acorde con las necesidades reales de cada país.

## Marco de referencia

Para ubicar este problema utilizaremos como marco de referencia la relación existente entre el proceso de atención a la salud, caracterizado por la percepción de la necesidad de atención, la utilización de los servicios y los resultados derivados de ésta (ver representación gráfica final).

Bajo este esquema nos circunscribiremos al proceso de atención a la salud manifestado por el uso de los servicios, toda vez que la adherencia terapéutica deriva en gran medida de la interrelación que se establece entre usuario y proveedor.

Una vez que el individuo ha reconocido una necesidad de salud y decide buscar la ayuda de los profesionales en la materia, establece contacto con el sistema e ingresa a 61 con una solicitud o demanda de servicios. El lapso trascurrido entre el primer contacto y la demanda de atención por parte del individuo, y el momento en el que ésta se le proporciona, o cuando usa los servicios, propiamente dicho, puede variar en cada ocasión y en cada caso e institución. En el momento en el que se llega a un diagnóstico, ya sea definitivo o de presunción, el individuo recibe recomendaciones orientadas a mejorar la situación objeto del servicio y se establecen las condiciones que podrán asegurar la adherencia del usuario a las prescripciones terapéuticas. En estas condiciones, la adherencia terapéutica se entiende como el grado en el que el paciente cumple con las indicaciones transmitidas por el médico responsable de su tratamiento.

Bajo esta premisa, la adherencia terapéutica puede darse en forma total o relativa, o bien puede no existir; como se verá con más detalle en las líneas subsiguientes. Al cumplir la prescripción terapéutica, los resultados de estas tendencias repercutirán en los ámbitos individual, comunitario y de servicios.

### *Factores de riesgo*

La probabilidad de adherencia a las prescripciones terapéuticas está en función de la influencia ejercida por una serie de factores que llamaremos "factores de riesgo", ya que son variables cuya presencia afectará la conducta del paciente hacia el esquema terapéutico (1).

Para favorecer la comprensión y el análisis de estos factores resulta conveniente agruparlos en tres grandes categorías:

- a) Factores inherentes al usuario.
- b) Factores que derivan del esquema terapéutico y de la relación médico-paciente.
- c) Factores que resultan de la organización de los servicios de salud.

#### *a) Factores inherentes al usuario*

Para el manejo de esta problemática, Becker y Maiman hicieron contribuciones importantes con su modelo *Health Belief* o "creencias en salud" (1975), ya que conciben la adherencia terapéutica como el resultado de la interacción entre las motivaciones para la salud del individuo, el valor percibido al reducir la amenaza de una enfermedad específica y la probabilidad de que el cumplimiento del esquema terapéutico reduzca esa amenaza (2). Otros autores hablan del grado de consonancia surgido de la diferencia entre el consejo terapéutico y los valores, creencias, costumbres y actitudes del paciente, que condicionan su aceptación. De esta manera, la relativa magnitud del grado de consonancia, resultante de la disyuntiva entre observar una adherencia completa o no, será un factor para el cálculo de la probabilidad de adherencia (3).

Los señalamientos anteriores consideran los factores de riesgo del paciente en las esferas psicológica y social. Bajo estas consideraciones conviene clasificar los factores de riesgo inherentes al usuario en las siguientes categorías:



- Psicológicas: en las que incluimos variables tales como: carácter del usuario, percepción de la condición patológica, actitudes, conducta, niveles de ansiedad, etc.
- Socioeconómicas: a las que corresponden el nivel educativo, las creencias y los valores, los ingresos económicos, etc.
- Fisiológicas: que consideran todas las variables relacionadas con la naturaleza y evolución del padecimiento, tales como cronicidad, complicaciones; gravedad, tipo de manifestaciones clínicas, etc.

*b) Factores derivados del esquema terapéutico y de la relación médico-paciente*

Por otra parte, comprendidas en el ámbito del uso de los servicios, se encuentran las variables relacionadas con el esquema terapéutico y la relación médico-paciente como parte del propio esquema. En cuanto a la prescripción terapéutica, se sabe que su nivel de complejidad está en relación inversa al grado de adherencia que el paciente realice. La disposición o facilidad que el usuario tenga para adherirse al tratamiento prescrito será influido, entre otros aspectos, por la duración del esquema, el número y frecuencia de las dosis, sus efectos colaterales y la gravedad de éstos, aunados a otras indicaciones que puedan alterar su estilo de vida, como dietas, actividad física, etc. Los estudios hechos en Pakistán por Sloan, sobre las tasas de adherencia al programa de control de la tuberculosis, concluyen con recomendaciones en cuanto a modificar la complejidad y dosis del esquema terapéutico como estrategia para elevar dichas tasas (4).

Por lo que respecta a la relación médico-paciente, es bien conocido el efecto alentador y estimulante que una buena relación entre ambos produce sobre la restauración de las condiciones de su salud. El diálogo claro y abierto entre ambas partes condiciona en gran medida una adherencia correcta. Los múltiples estudios realizados por el Programa Nacional de Educación sobre Hipertensión Arterial de EU, han destacado la importancia de la relación médico-paciente como factor condicionante del grado de adherencia terapéutica, y han emitido recomendaciones respecto a la información que debe recibir el paciente para elevar tanto su nivel de conocimiento sobre el padecimiento, como su comprensión sobre los regímenes terapéuticos. En México, los dispensarios médicos obtienen gran parte de sus suministros farmacéuticos de los medicamentos no consumidos por los derechohabientes usuarios de los servicios de diversas instituciones; la causa común de este abandono prematuro del tratamiento es la manifestación temprana de efectos de atenuación del padecimiento, los cuales son interpretados por el paciente como efectos de curación definitiva. La falta de comprensión de la evolución del padecimiento deriva de una pobre comunicación entre el proveedor y el receptor de los servicios.

*c) Factores que resultan de la organización de los servicios de salud*

Los factores de riesgo concernientes a los servicios de salud, pueden englobarse en las categorías de recursos humanos, capacidad instalada, naturaleza de los programas, así como las características del proceso administrativo para la prestación de los servicios. Estas variables se pueden agrupar en:

- Nivel educativo, motivación y experiencia de los prestadores de servicios.
- Grado de congruencia y adecuación de los programas de salud con respecto a sus destinatarios.
- Accesibilidad de los usuarios a los servicios.
- Modernización y eficiencia de los sistemas administrativos.

Todos estos factores se conjugan en el proceso de producción de servicios del sistema, lo que origina las condiciones en las que los usuarios se desenvuelven y con las que establecen una relación de mutua influencia.

De este modo, el nivel de cumplimiento o adherencia terapéutica se ve influido en diversos grados, que en términos de resultados se manifiestan a través de dos tipos de conducta: la de una adherencia realizada y la de una adherencia no realizada; esta última puede ser de tres tipos: la primera, que corresponde a una deserción desde el inicio del tratamiento; la segunda, que deriva de un tratamiento que se aplica en forma incorrecta y la tercera, que se da en los casos en que el tratamiento es interrumpido.

### **Efectos de una adherencia no realizada en el sistema de servicios**

Los resultados en los servicios de atención a la salud, debidos a una falta de adherencia terapéutica, repercuten negativamente en el área financiera, lo que origina un incremento en los costos como resultado de una mayor cantidad de recursos consumidos, en comparación con los beneficios en salud que se obtienen. Los casos en los que los efectos terapéuticos se presentan tardíamente por motivo de una evolución prolongada, resultado de una adherencia terapéutica incompleta o, bien, aquellos otros que presentan recaídas y complicaciones por interrupción del tratamiento, ocasionan el aumento tanto en el volumen de consultas, como en los recursos humanos y materiales utilizados para proporcionarlas. El aumento en la cantidad de recursos utilizados implica un incremento en los gastos del servicio por concepto de salarios y gastos en recursos materiales, los cuales no son equiparables a los beneficios que obtienen los pacientes que han presentado alteraciones en la evolución de su padecimiento como consecuencia de una mala adherencia al régimen terapéutico.

La falta de adherencia terapéutica influye en forma importante en el sistema de servicios, no sólo en relación a su efectividad sino también con respecto a los parámetros de eficacia y eficiencia.

La eficacia de los servicios se verá alterada debido a que el uso inadecuado de los servicios, que generalmente va aparejado a una mala adherencia terapéutica, repercute sobre las expectativas que fueron planteadas en el diseño de la programación; es decir, el mal manejo del tratamiento tendrá como consecuencia una demanda desordenada o desacorde con las acciones previstas en la programación, ya que el volumen de consultas o servicios estimados se verá afectado por la deserción, parcial o total, del usuario del tratamiento.

La eficiencia de los servicios también se ve afectada por una mala adherencia terapéutica, en el sentido de que la deserción de pacientes, tanto de la consulta como del tratamiento, origina tiempos de "ocio" por la inasistencia del usuario conforme al calendario de citas preestablecido, lo que acarrea que el volumen de servicios o consultas estimado en la programación con relación a la unidad de tiempo y de recursos económicos que se le asignan, se vean alterados; es decir, se menoscaba la eficiencia de los recursos por incumplimiento de los regímenes terapéuticos.

La adherencia terapéutica no realizada afecta en mayor medida a la efectividad de los servicios; esto proviene de una relación más directa o inmediata que en el caso de los parámetros de eficacia y eficiencia. En realidad, los estudios que se han desarrollado sobre el tema circunscriben su enfoque a la relación de la adherencia terapéutica con la efectividad de los servicios; empero, no es contradictorio hacer una vinculación integral con los parámetros tradicionales que se emplean en la evaluación de los servicios de salud.

Con la finalidad de hacer más claro el análisis de los efectos en los servicios de una adherencia no realizada, es conveniente referirlo a ejemplos de acciones concretas. Para ello utilizaremos dos modelos diferentes de programas:

1. Un programa con acciones a nivel comunitario, orientado a la detección de casos, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
2. Otro dirigido al control de padecimientos crónicos de entidades nosológicas plenamente identificadas.

#### *1. Programa de detección de casos, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno*

Desde la perspectiva de los costos, el valor de este tipo de programas radica en el hecho de que coadyuvan a limitar los gastos tanto para el individuo como para el sistema de servicios, a través de un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno que reducen las probabilidades de que aparezcan consecuencias y daños a la salud más graves, que pueden derivar en el consumo de una mayor cantidad de recursos.

El impacto que se logre establecer sobre las condiciones de salud de la comunidad, en relación con las inversiones hechas para alcanzarlo (costo-efectividad), está condicionado por múltiples factores. Estos factores representan un riesgo que influye en el grado de adherencia de los pacientes que ingresan al programa y se ubican a lo largo del proceso de atención que incluye la detección, referencia, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Las consecuencias en la esfera económica, por el hecho de que del total de pacientes detectados sólo una baja proporción continúe con el tratamiento (tasa de adherencia baja), dependen, en cierta forma, de las proporciones del presupuesto y de los recursos que hayan sido destinados a cada etapa del programa. Las experiencias anteriores consideran poco prudente dirigir una cantidad considerable de los recursos a las primeras fases del programa, en vista de la baja proporción de pacientes que, habiendo sido detectados, cumplen con el tratamiento. Los beneficios obtenidos por cada peso invertido en los pacientes que a raíz de su detección presentan una adherencia terapéutica adecuada, son menores en comparación con las pérdidas ocasionadas con los pacientes que desertarán a lo largo de las etapas subsecuentes.

Por lo anteriormente expuesto, los aspectos de programación e inversión en este tipo de programas, deben estudiar cuidadosamente la cantidad y el tipo de recursos que se destinarán a cada etapa del programa, con el objetivo de racionalizar el uso de los recursos con los que se cuente. Asimismo, es conveniente que el proyecto considere la fijación de objetivos y metas que representen puntos concretos y realistas para cada etapa, y que globalmente logren un impacto en las condiciones de salud de la comunidad en el sentido de lograr prevenir la evolución del padecimiento hacia etapas de mayor gravedad con la concurrencia de secuelas y complicaciones.

#### *2. Programa de control de padecimientos crónicos*

Para este segundo caso, los programas de control de padecimientos crónicos comprenden factores de riesgo que afectan los niveles de adherencia terapéutica de los pacientes bajo tratamiento; dichos factores son inherentes al tiempo de evolución de acuerdo al tipo de padecimiento y de sintomatología agregada, así como a la complejidad y duración del esquema terapéutico que a su vez influirá en la comprensión del paciente sobre su resolución. Esta situación conforma una "ruta crítica" que en muchas ocasiones es intolerable para el paciente y de difícil manejo para el sistema.

El ejemplo más representativo de este tipo de programas es el del control de los pacientes con hipertensión arterial de tipo esencial. La cronicidad del padecimiento, su etiología aún no identificada y sólo relacionada con múltiples factores que determinan la complejidad del tratamiento y los efectos colaterales de los fármacos, son, entre otros, factores que coadyuvan al desarrollo de conductas negativas respecto al grado

de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Algunos estudios revelan cifras hasta de un 50% de casos en los que se ha interrumpido el tratamiento (4).

El costo-efectividad del tratamiento antihipertensivo no sólo depende de la eficacia demostrada por la combinación de fármacos prescritos. También es importante el grado en el que el paciente cumple y continúa con las demás indicaciones médicas en cuanto a dieta y modo de vida.

Los efectos que las tres posibilidades de una adherencia terapéutica no realizada tienen sobre los servicios, son diferentes para cada una de ellas: el que no se inicie el esquema terapéutico supone pérdidas para el sistema en aquellos programas en los que se incluyen acciones de detección y canalización de pacientes hipertensos en el nivel comunitario. En el caso de los tratamientos interrumpidos, que para los pacientes hipertensos se ha calculado en más de un 50% (4), el nivel de efectividad de los servicios es el más afectado. El costo-efectividad y el costo-beneficio de los programas también se afectan como consecuencia de las pérdidas ocasionadas por los pacientes que desertan durante el tratamiento y en quienes no se ha logrado ningún tipo de beneficio a pesar de la inversión de tiempo y de recursos; por lo tanto, significan pérdidas económicas por inversiones hechas en programas que obtienen escasos beneficios en el nivel de salud de la comunidad.

Aún más importantes para los servicios, son las pérdidas económicas ocasionadas por un cumplimiento incorrecto de las prescripciones médicas. Los estudios realizados por Podell (1975) calcularon de un 50 a un 60% de pacientes que estando bajo régimen antihipertensivo presentaban irregularidades en la continuidad del tratamiento, o incorrecciones en cuanto a las dosis, frecuencia de las tomas, etc. Una adherencia terapéutica incorrecta conlleva el uso prolongado de recursos aun en mayores proporciones que en los casos de adherencia realizada, como resultado de una evolución irregular del padecimiento: se proporcionan los medicamentos, pero éstos se consumen inadecuadamente; se consulta a los médicos pero no se siguen sus prescripciones; se hace uso de los servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento, pero se obtienen resultados escasos o nulos en las condiciones de salud del paciente. La cantidad de recursos utilizados para proporcionar el servicio, no se traduce en una cantidad de beneficios proporcionalmente equivalente. La efectividad de los servicios en relación a los costos de cada recurso utilizado se ve severamente afectada. Por lo tanto, los costos necesarios para lograr un mínimo de beneficios en el nivel de salud de la población inscrita al programa de control (costo-efectividad), dependerán de los beneficios en la salud, que reporte el tratamiento cumplido, y de los costos de estos tratamientos, así como de la magnitud del efecto de los casos de adherencia incorrecta.

La eficiencia-efectividad de los programas, entendida como la relación entre el total de recursos utilizados para alcanzar los objetivos terapéuticos deseados y el resultado, se verá considerablemente afectada, debido a la desproporcionada cantidad de recursos utilizados para solucionar un padecimiento con una evolución innecesariamente prolongada.

#### **Perspectivas en el manejo de los programas con altas tasas de adherencia no realizada**

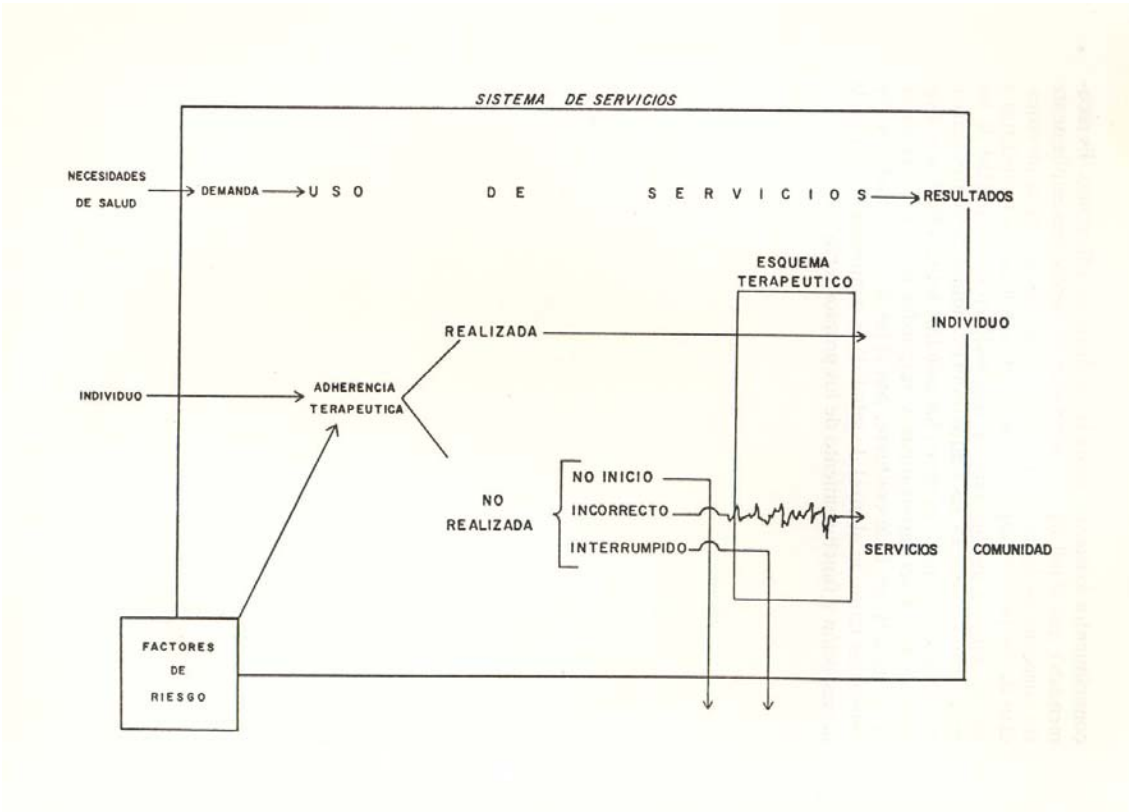
Desde el punto de vista de una administración de servicios de salud racional y efectiva, y ante el conocimiento de las dificultades existentes para lograr una buena tasa de adherencia de los pacientes inscritos tanto a programas de prevención de daños mayores y complicaciones, como a programas de control de enfermedades crónicas, el problema radica en la proporción del presupuesto que deberá asignarse a las diversas etapas de los programas y a las posibles acciones en su apoyo, tales como mecanismos de rescate y seguimiento de pacientes, mejoramiento de las condiciones para la prestación del servicio (acciones de intervención), etc.

La experiencia obtenida en los estudios realizados por el Programa Nacional de Educación para la Hipertensión Arterial en Estados Unidos indica que ante las alternativas de invertir en las estrategias para el mejoramiento de los niveles de adherencia terapéutica de los pacientes, la inversión será más redituable cuando se asigne el dinero para reforzar aquellas etapas del programa en las que se haya observado mayor índice de deserción. El hallazgo deriva del hecho de que el costo que representa lograr que los pacientes alcancen una cierta etapa del programa, como por ejemplo, la de tratamiento, debe ser multiplicado por el número de pacientes que llegue a dicha etapa. Es decir, considerando el ejemplo del programa con acciones a nivel comunitario, se observará que la larga secuencia de actividades o etapas que lo conforman, engloban una cantidad de riesgos que, al sumarse, disminuyen la probabilidad de que el total de pacientes detectados alcance las últimas etapas del programa. Las deserciones irán aconteciendo en forma progresiva a lo largo de las diversas etapas y, en consecuencia, el número de pacientes que llegue a las últimas irá disminuyendo paulatinamente.

Si las acciones de intervención se dirigen a reforzar la etapa de tratamiento, su costo será el resultado del gasto hecho por cada paciente que sí esté recibiendo el tratamiento y, por lo tanto, la magnitud de la inversión será menor comparada con los beneficios en la salud que se obtengan a través del reforzamiento de la etapa de tratamiento. En contraste, si los recursos son invertidos en el reforzamiento de la etapa de detección, los riesgos presentes en las etapas subsecuentes actuarán en los niveles de adherencia de los pacientes que continúen, propiciando deserciones a lo largo de las etapas de referencia, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, con el consecuente aumento en el costo, representado por la inversión hecha en acciones carentes de resultados en la salud de los desertores. Por lo tanto, se puede afirmar que las inversiones que se hagan en la intervención para el mejoramiento de los niveles de adherencia de la población inscrita a un programa, se traducen de modo más directo en beneficios de salud cuando se asignan a las etapas finales.

Las acciones en apoyo de la adherencia terapéutica deberán proponer diferentes estrategias para los casos de adherencia incorrecta y para los casos de adherencia interrumpida, en vista de los costos que en cada caso implican. En los casos de adherencia incorrecta, en donde existe un consumo de recursos similar o aun mayor que en los casos en los que hay una adherencia total, los costos adicionales para mejorar la efectividad del programa se deben a los gastos de las acciones de intervención y, por lo tanto, dichas acciones deberán ser dirigidas a todos los pacientes que presentaron una adherencia incorrecta. En los casos de adherencia interrumpida, el mejoramiento de los costos del programa en relación con los beneficios obtenidos, dependerá del incremento que se logre en el número de pacientes que se adhiera totalmente al programa, lo cual implica un incremento en los costos debido, por una parte, a los gastos derivados de la instrumentación de acciones de intervención y, por otra, a los gastos adicionados por el consumo de recursos para la atención de los pacientes rescatados a través de las acciones de intervención. Por lo tanto, en esta última situación, la trascendencia de las acciones de intervención es mayor para la esfera económica, y sólo las categorías seleccionadas de pacientes deberán ser incluidas en las acciones de rescate.

La instrumentación de las acciones de intervención que apoyen el mejoramiento de los niveles de adherencia, depende en gran parte de la estructura y funcionamiento de los servicios y de los conocimientos existentes sobre la conducta de adherencia. Es recomendable que la política de inversiones considere más ampliamente las asignaciones del presupuesto que se designen para la investigación de los factores que intervienen en la adherencia terapéutica y los mecanismos de intervención que mejoren la efectividad de los programas y reduzcan sus costos, enmarcándolos en la problemática de salud del país; es decir, los estudios sobre adherencia terapéutica deben ser sistemáticos y responder a las prioridades de salud trazadas en cada contexto, con el fin de que se traduzcan en beneficios tanto en el nivel de salud de la comunidad como en la organización y funcionamiento de los propios servicios.



**REFERENCIAS**

1. Citado por Blackwell B: Treatment adherence. *Brit J Psvchiat* 129, 1976 (513-31).
2. Ibid.
3. Davis M S: Predicting non-compliant behavior. *J of Health and Social Behavior* 8, 1967 (265-271).
4. Sloan J P, Sloan M C: An assessment of default and non-compliance in tuberculosis control in Pakistan. *Soc Trop Med Hyg* 75(5) 1981 (717-8).
5. Weinstein M C, Slason W B: *Hypertension. A Policy Perspective*, U S A Harvard University Press, 1981.

# CAPITULO IX

Creatividad relatividad publicitaria y  
adherencia terapéutica. Senderos  
Paralelos  
Posibilidades de convergencia.



Sr. Silvio García Patto

Creativo del Año: 1980, 1982 y 1983.  
Presidente del Consejo de García Patto Internacional, S. A.



# CREATIVIDAD PUBLICITARIA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA. SENDEROS PARALELOS. POSIBILIDADES DE CONVERGENCIA

Sr. Silvio García Patto

## Publicidad

Tal vez sea la faceta más conocida de la cultura popular del Siglo XX.

Sin ella no existirían los medios masivos de comunicación tal como los conocemos. No podrían subsistir en libertad sin la autonomía económica que la publicidad les brinda. Pero la publicidad es mucho más que el sostén económico de periódicos, televisoras y radiodifusoras. Para bien o para mal, es también parte de la información y del entretenimiento que éstos venden.

La publicidad es información persuasiva; y junto con el periodismo son la fuerza social más importante que moldea la cultura de nuestra época; con un amplísimo margen de eficacia por parte de la publicidad. Proporcionalmente pocos leen periódicos o ven noticieros, pero todos, *sí, todos*, estamos sujetos a percibir publicidad durante todos y cada uno de los días de nuestra existencia: Al circular por calles y carreteras, al asistir al cine, al ver televisión o escuchar radio, la publicidad-persuasión pagada por una empresa, o la propaganda-persuasión pagada por un individuo, sector o nación, modifica nuestro criterio y afecta nuestra conducta, usualmente apelando a los aspectos menos agradables de la naturaleza humana: vanidad, ambición, seguridad, competitividad y materialismo.

Por su prominente presencia, por el abuso que de la misma se hace y por la baja calidad profesional que parece prevalecer en su realización, sobre todo en nuestro país, la publicidad es el chivo expiatorio de nuestro tiempo. Sin embargo, sus múltiples críticos, normalmente impreparados y mal intencionados, deberían enfocar su interés, no al blanco obvio y conveniente que esta profesión presenta, sino a los profundos fenómenos y tendencias culturales que la publicidad refleja, porque, la publicidad pocas veces crea tendencias sociales, sino más bien podríamos decir que casi siempre se limita a reflejarlas.

La publicidad es espejo y no fuente de luz. Es la punta del iceberg, que sobresale entre las olas. Nada es absoluto, todo es relativo, y la publicidad no escapa a este axioma filosófico. Si el fin que persigue y los medios que utiliza son positivos y éticos, la publicidad lo será también.

La publicidad, ya lo dijimos, es información persuasiva, y para funcionar utiliza las técnicas racionales de la información escrita o audiovisual, combinadas con las técnicas emocionales de expresión procurando un alto nivel de estética.

Es este matrimonio desusado lo que la hace tan devastadoramente efectiva.

Como se sabe, unir la emoción con la razón no es fácil. Requiere de una enorme dosis de creatividad; y creatividad es, precisamente, la virtud esencial que encontraremos en todos los brillantes ejemplos de publicidad y propaganda que utilizaré para ilustrar este trabajo.

¿Qué es la creatividad? Estadísticamente es una de las características más escasas de la mente.

Psicológicamente, la creatividad es una actividad que cae decididamente en los dominios de la mente subconsciente.

Filosóficamente, a mi entender, creatividad es la facultad de ordenar elementos ya existentes, para crear compuestos nuevos.

De acuerdo a lo anterior, la naturaleza es el mayor creador, pues tan sólo en nuestro planeta y partiendo de poco más de 100 elementos químicos, ha creado los millones de compuestos, orgánicos e inorgánicos, que forman el planeta tierra, y entre los cuales hemos de destacar a los seres vivos que somos y han sido y que, sin excepción, han sido creados a partir de tan sólo 7 elementos químicos básicos.

¿Cómo se utiliza la creatividad en la publicidad? El proceso aparenta ser sencillo:

- Se define al consumidor.
- Se analizan sus necesidades y su idiosincrasia.
- Se prepara un mensaje que contenga la información y que apele a los resortes psicológicos que le motivarán a actuar como pretendemos.
- Se le hace llegar el mensaje publicitario por conducto del medio de información más adecuado.

Expuesto así equivaldría a decir: ¿Cómo se cura a un enfermo?

- Se analiza la sintomatología que presenta.
- Se correlacionan los indicadores y se le diagnostica.
- Se relaciona el diagnóstico con la medicación disponible y se le receta.

¿Sencillo? Sí, en el proceso. Pero hace falta la técnica y la experiencia para hacerlo responsable y profesionalmente, sin embargo, cuantas personas se automedican, o lo que es peor, diagnostican y recetan *ad libitum* a quién quiera escucharlo; y cuántas personas, carentes de la más elemental preparación profesional, preparan y circulan mensajes publicitarios. El profesionista médico que no acepta la automedicación, no puede aceptar que la publicidad social realizada por las instituciones sea improvisada. La medicina debe ejercerse por profesionistas preparados, porque de ello depende la salud y la publicidad también debe ser realizada por especialistas profesionales porque de ello depende la conducta social.

Buscando la brevedad, virtud más escasa aún que la creatividad, he realizado una síntesis de los aspectos de la conducta a los que apela, de los símbolos que utiliza para comunicar, y de las técnicas que utiliza para persuadir y motivar.

El ser humano percibe y recuerda símbolos relacionados con cosas que gusta, desea, valúa, busca.

Veamos como usa la publicidad estos símbolos por medio de los siguientes ejemplos:

GUSTA (aceptación social)	DESEA (una satisfacción sensorial)	VALUA (ventajas prácticas)	BUSCA (solucionar un problema)
REFRESCO	QUESO	CAMIONES ECONOMICOS	SHAMPOO

El primer ejemplo es un comercial hablado en sueco para Estados Unidos. ¿Carece de sentido? No cuando vemos que la única palabra que la chica sueca y el muchacho norteamericano conocen mutuamente es el nombre del refresco y que esta palabra les permite relacionarse y se convierte en símbolo de armonía.

En el segundo caso, un niño brasileño atosiga a su madre en una tienda de autoservicio para que le compre un queso, Ella lo ignora, pero un accidente llena de quesos su carrito, ante lo cual el niño, graciosamente, da gracias a su buena suerte y arranca con el carrito hacia las cajas antes de que la madre pueda reaccionar. No se ve una obvia satisfacción del deseo, pero esta simpática situación coloca al queso en nivel imperativo de atención.

El tercer caso: Una compañía automotriz nos comunica que sus camiones consumen poca gasolina por medio del chofer que ignora el rótulo que indica los kilómetros por recorrer; y nos convence que carga

mucho por medio de un elefante que se encuentra en éste y que sorprende al dependiente. Simpático, memorable y convincente.

Por último, otro estupendo comercial mexicano. Un simpático peinador calvo capta nuestra atención con la aparente incongruencia de informarnos que él no usa shampoo, para después darnos una serie de razones por las cuales debemos usarlo si queremos tener un cabello sano y bello.

Los publicistas utilizamos símbolos que apelan a:

la curiosidad (visión hacia el futuro)	el sentido de posesión (visión inmediata)	el orgullo (visión ordinal)	los afectos (visión del pasado)
ZOOLOGICO	BATERIAS	AUTOMOVILES	MAQUINAS
AMERICANO			DE COSER

En el primer caso en el comercial se convierte a los animales de un zoológico en personas al dotarlos de un lenguaje humano. Cada uno despierta nuestra curiosidad por ver el siguiente, y la suma de ellos nos incita a conocer el parque.

El segundo spot capta nuestra atención por medio de un bombero de juguete que escala un rascacielos. En el proceso se demuestra la duración de las baterías, cuyo nombre se graba en nuestra mente cuando vemos en la escena final que el bomberito no sólo escala el edificio, sino que después de ello aún tiene la energía necesaria para apagar un fuego con una manguerita.

El tercer caso es un ejemplo de gran éxito. En él se convence al público mexicano de que el pueblo japonés tiene virtudes de carácter que le llevar, a producir artículos excelentes, y que si adquiere estos productos, adquirirá, por inferencia, un producto de calidad y las virtudes que fueron capaces de producirlo.

El cuarto lugar lo ocupa otro comercial mexicano que utiliza símbolos del pasado: vestuario, locaciones y técnicas cinematográficas, que tocan nuestros sentimientos de nostalgia y logran con ello que escuchemos el mensaje -calidad por largo tiempo-y creamos en él.

Hemos hablado de los deseos del consumidor y de los símbolos que apelan a ellos. Hablemos ahora de dos técnicas que conjugan estos factores.

En la primera de ellas se refuerza el punto de vista del televidente y se apela a sus prejuicios para convencerle.

Los comerciales que veremos son:

INSECTICIDA	CIGARROS	CASIMIRES	FOCOS
Fiesta en la Hacienda	Dardos	David	Frutas

El comercial del insecticida muestra una escena típica de las películas mexicanas de los cincuenta: Dos charros cantan coplas en una fiesta de rancho y en el proceso describen el producto y sus virtudes, pero esto no es lo importante, sino el hecho de que el consumidor de este producto es básicamente rural y que este comercial refuerza su identidad cultural y satisface sus prejuicios. Resultado: El comercial divierte y agrada y este insecticida es el de más venta en el mercado.

El segundo comercial es un soberbio anuncio alemán en el cual el fabricante de cigarros muestra una típica escena de solaz para hombres alemanes de clase media, y mezcla en la diversión el satisfactor que vende. Excelente muestra de cómo reforzando las creencias del consumidor y apelando a sus prejuicios, se le motiva a preferir una marca.

Nuestro tercer comercial vende casimires y los propone a varones mexicanos de clase media y media alta, cuyos prejuicios les dicen que lo extranjero es bueno. El comercial juega con ello y les dice que si lo

extranjero es bueno, lo italiano es elegante, y que la unión de ambos crea un concepto de poder y estatus social que pueden ser adquiridos al comprar el producto.

En cuarto lugar tenemos un sublime comercial japonés. Ya hemos visto cómo se apela a los prejuicios de mexicanos y alemanes, manejando elementos culturales que refuerzan su manera de ver la vida. Veamos ahora cómo se apela no sólo al sentido estético del japonés, sino a la conciencia que él tiene de poseer esta característica que lo hace superior a otros.

Para terminar con esta exposición de publicidad comercial, y antes de entrar a la publicidad social, quisiera mencionar cuatro comerciales que ilustran cómo el profesionista publicitario, para hacer cambiar de idea a un sujeto, se acerca con un juego de opiniones diferente a la de él pero expresadas con sus símbolos preferidos, para lograr así comunicarse y convencer.

En el primer caso es un comercial que atrae la atención con unos micos simpáticos y trata de convencer de que el color de una marca de televisor es superior, no demostrándolo con argumentos racionales, sino por medio de la reacción de molestia de los monos al ser retirados de la pantalla que muestran unos plátanos que les atraían.

En un comercial japonés se lleva a cabo una interesante demostración de cómo un aromatizante hogareño oculta el fuerte y desagradable olor del pescado. Existe un gato que no reacciona frente a un plato con un pescado ante la presencia del producto, pero al retirar el aromatizante su actitud cambia dramáticamente. El comercial no va, obviamente, dirigido a gatos. Usa a los gatos para movilizar la voluntad de las personas.

En tercer lugar, otro interesante comercial japonés que invierte la aplicación de los símbolos, sin perder la comunicación semiótica. Apoye a la televisión privada! Aparecen dos escenas, una donde el televisor controla al individuo y otra segunda donde ocurre lo contrario. El mensaje es que el hombre debe dominar a la televisión y no ésta al hombre. Por último mencionaré un anuncio japonés que intenta convencernos de que compremos un seguro. Este spot saca a su protagonista "un individuo" de las calles de Tokio, donde puede accidentarse, y lo presenta en una mesa de billar, en un ambiente extraño, en donde, usando bolas de billar como símbolos de automóviles, nos convence de que cambiemos de conducta y compremos un seguro ya que al final del comercial una de las bolas golpea al transeúnte.

La lección es clara: cuando se le expone repetidamente a un determinado tipo de publicidad, el público se satura y deja de responder a ella. Hace falta, pues, la creatividad que haga que la publicidad sea siempre diferente.

Pasemos ahora a analizar qué relación pueden tener esta disciplina profesional y esta tecnología con la salud pública.

Quisiera empezar por establecer que las técnicas persuasivas se pueden aplicar por igual para lograr objetivos comerciales que para alcanzar objetivos sociales, siempre y cuando se tenga la capacidad y la creatividad para hacerlo.

Analicemos los siguientes comerciales de manera similar a lo que hicimos antes.

El ser humano percibe y recuerda símbolos relacionados con cosas que :

GUSTA (Divertirse)	DESEA (Controlar su violencia)	VALUA (Valores sociales)	BUSCA (Rehabilitación)
Festival de Hong Kong	Síndrome de niño golpeado	Control de armas	Campaña contra el cáncer

En el primer caso, la transformación de una actriz simboliza el entretenimiento escénico que nos agrada, y nos invita a asistir a este festival mientras que el entretenimiento escénico del segundo comercial es a través de un guiñol que representa un problema cuya espantosa realidad no podríamos soportar en la pantalla, y a través de esa simbología se induce al adulto violento a aceptar el consejo y la asistencia que busca para ayudarlo a resolver su problema.

En el tercer caso, los pendones que representan a diversas naciones son violentamente agredidos con disparos que, en la mente de quien observa el comercial, atentan contra los valores sociales que protegen sus derechos esenciales.

En el comercial sobre "cáncer", se busca la comprensión y la colaboración de la sociedad y esto forma la estructura del comercial que nos persuade a apoyar a sujetos con cáncer de laringe y que la rehabilitación que buscamos es posible.

Veamos ahora cómo se utilizan los símbolos para apelar a la:

CURIOSIDAD	POSESION	ORGULLO	AFECTO	
Visión hacia el futuro contra la discriminación racial EUA	Paternidad responsable	Participación política	Control de conducta	Liga

La mordaz descripción vituperica que hace el actor del primer comercial criticando a otra raza, apela a nuestra curiosidad, la cual nos lleva de la mano al corolario del anuncio, que también atrae nuestra curiosidad: ¿Cómo nos autocalificamos? ¿Racistas o equilibrados y sensatos?

En el segundo caso, un mensaje sencillo y un beso apelan a los deseos de amar y ser amado y me persuaden a observar una conducta paternal correcta.

En el tercer caso, el símbolo usado es un dominó que cae por interacción, pero este movimiento se interrumpe cuando se retira una ficha. Se está apelando al orgullo del individuo al demostrar muy gráficamente cómo éste es importante en una cadena de eventos y, finalmente, un comercial contra el alcoholismo donde se le pide al sujeto que proteja a sus amigos impidiendo que en su fiesta abusen en el consumo de alcohol. Preciosa simbología que apela a los afectos.

Para finalizar describiré cómo los publicistas hacen que cambie la mentalidad de un sujeto utilizando un juego de opiniones diferentes, pero usando los símbolos que les gustan a los individuos:

Primero un mensaje publicitario que induce a la persona a realizar algo diferente a lo que normalmente hace —abrocharse el cinturón de seguridad utilizando unos huevos de gallina para simbolizar a las personas. Se presentan dos escenas: la primera en donde los huevos están en un carrito que se estrella y se rompen, en la segunda existe un cinturón de seguridad y a pesar de que el carro se estrella, los huevos no se rompen. Un segundo mensaje nos comunica cómo sin mostrar a un lisiado se le puede representar en la pizarra de una niña hindú, y cómo unas líneas de gis y una manita que borra en la pizarra pueden concientizarme de que un lisiado requiere de amor y de ayuda

Un tercer ejemplo se refiere a un individuo que juega ruleta rusa utilizado como metáfora del individuo que maneja borracho y desafortunadamente se estrella. Finalmente, mencionaré un maravilloso mensaje social inglés que utiliza niños para representar los juegos que juegan los adultos, en este caso el fumar cigarrillos. Al mismo tiempo se trasmite el mensaje de la creencia de muchos adultos de que sus comportamientos no afectan a los niños ya que "estos no entienden" Esto a través de una escena donde los niños fuman y lo consideran como "algo muy importante", porque sus papás lo hacen.

Hemos querido demostrar, pues, que la única diferencia entre la publicidad comercial y la publicidad social es el mensaje y el patrocinador; ¿dónde puede aplicarse todo lo aquí expuesto?

Si dividimos arbitrariamente a la medicina social en preventiva y correctiva, yo diría que en la preventiva:

a) Persuadiendo al público para que forme y siga hábitos saludables: léase higiene, nutrición y conducta.

b) Educando al pueblo para concientizarlo de que tiene derecho a la salud, pero que todo derecho conlleva una responsabilidad y él es responsable de cuidar de su salud siguiendo los hábitos adecuados.

En el área de la medicina correctiva, el papel de la publicidad social está en persuadir al enfermo para que recurra a profesionales médicos y para que siga las recomendaciones de éstos. En pocas palabras, para que observe una adherencia terapéutica.

¿Cómo lograr esto? Utilizando a profesionistas publicitarios capacitados para crear campañas eficientes empleando los enormes recursos económicos que el estado tiene a su disposición en tiempos de radio y televisión.

Otros anunciantes tienen que invertir miles de millones de pesos en publicidad para vender sus productos. El Sector Salud podría invertir en creatividad, asesoría y producción de mensajes, para ahorrarse y ahorrarle al país centenares de millones de pesos en atención médica y horas de productividad perdida.

Quisiera ejemplificar lo anterior con un último comercial en el cual dos alpinistas escalan una montaña. En él, el gobierno inglés ofrece asesoría y apoyo a los empresarios de ese país. El mensaje es: apóyate en expertos para llegar más lejos, más pronto.

# CAPITULO X

## CONCLUSIONES



Dr. Federico G. Puente-Silva

## CONCLUSIONES

1. Aunque la falta de adherencia terapéutica es un fenómeno ampliamente reconocido por médicos y terapeutas, no se le ha dado la importancia que tiene.
2. Los reportes nacionales e internacionales avisan constantemente que el fenómeno se presenta hasta en un 50% de los pacientes de consulta externa.
3. La falta del cumplimiento terapéutico tiene importantes repercusiones en el bienestar del paciente, en su familia y para la sociedad.
4. Es importante diferenciar a la población que asiste de la que no asiste a los servicios de salud; la población que consulta de la población desertora y a la población que consulta de la que lleva a cabo las indicaciones terapéuticas adecuadamente.
5. Se establece la importancia de los programas educativos que contemplen elementos cognoscitivos del paciente que dificultan su apego al tratamiento.
6. Se revisa la importancia de una buena relación entre el médico o terapeuta y sus pacientes en el cumplimiento de los tratamientos.
7. Se considera de gran trascendencia el capacitar al médico y modificar su conducta para que asuma su papel de educador y de supervisor de los programas de tratamiento.
8. Se revisan los modelos cognoscitivos y el papel que tienen en la aceptación de la enfermedad y en la necesidad de tratamiento.
9. Se analiza el papel del psicólogo como profesional de la salud en las áreas de educación para la salud, y en las técnicas de de-sensibilización y autocontrol, dinámica de grupo y reestructuración cognoscitiva.
10. En relación con el paciente neumológico, se distinguen los padecimientos agudos de los crónicos, en lo que se refiere al cumplimiento de programas terapéuticos.
11. Se enfatiza el hecho de que los diagnósticos tardíos o equivocados y los tratamientos inadecuados favorecen la deserción a los programas.
12. Se considera que la falta de información del paciente que equipara la reducción de los síntomas con la curación, es causa frecuente de que abandone el tratamiento.
13. Se reconoce que los factores socioculturales interfieren con la aceptación de los familiares para que se hospitalice al paciente.
14. Las conductas negativas del personal de salud favorecen la deserción y la falta de apego terapéutico.
15. En nuestro país, los factores económicos todavía juegan un papel importante en la deserción.
16. Los pacientes de escasos recursos encuentran serias dificultades para mantenerse en forma adecuada dentro de su tratamiento.
17. La ausencia de programas de supervisión favorece la deserción en los programas de tratamiento a largo plazo.
18. En el paciente neumológico, la enfermedad y la falta de un tratamiento adecuado propician disrupción a nivel familiar, laboral y social.



19. La inversión en estudios de laboratorio y gabinete para llegar a un diagnóstico acertado representa una pérdida enorme para el sector salud cuando el sujeto no cumple con su tratamiento.
20. Se reconoce que a pesar del desarrollo tecnológico en ginecoobstetricia, los problemas de morbi-mortalidad no han disminuido de acuerdo a lo esperado.
21. Es necesario que el paciente desempeñe un papel cada vez más activo en el manejo de su padecimiento, declinándose así el paternalismo médico.
22. La naturaleza multifactorial del proceso para cumplir con el tratamiento influye en la paciente ginecoobstétrica.
23. Se reconoce que en nuestro país, existe falta de información sobre adherencia terapéutica en el campo de la ginecoobstetricia.
24. La condición psicosocial de la paciente adolescente, influye en su falta de apego terapéutico.
25. Inclusive en embarazos de bajo riesgo, los datos indican una morbi-mortalidad por arriba de lo esperado, sólo explicable como resultado del incumplimiento de las prescripciones e indicaciones terapéuticas.
26. La implementación de acciones y medidas preventivas por parte del paciente, juega un papel vital en la detección oportuna del cáncer.
27. Es necesario un apego constante y continuo del paciente para que sean efectivos sus programas de planificación familiar.
28. Se reporta que hasta un 80% de los pacientes cancerosos abandonan sus programas terapéuticos.
29. Se reconoce que en nuestro país, por lo que se refiere al paciente oncológico, las cifras de falta de adherencia terapéutica pueden ser alarmantes.
30. El paciente canceroso sufre, junto con su familia, emocional, física y económicamente.
31. El grado de complejidad de los procesos de diagnóstico y tratamiento puede dificultar el apego del paciente oncológico.
32. Una vez establecido el diagnóstico es frecuente que los pacientes con cáncer dejen de asistir a la institución.
33. La presencia o ausencia de síntomas, así como la intensidad y las repercusiones de los mismos, juegan un papel importante en la toma de decisiones del paciente para llevar a cabo un tratamiento.
34. La terapéutica oncológica de cirugía, radioterapia o quimioterapia tienen algunas características "agresivas" para el paciente que favorecen su deserción.
35. Para la implementación de un tratamiento es un elemento vital la educación del terapeuta y la comunicación que logre establecer con el paciente.
36. La fase de seguimiento es de particular importancia en los pacientes cancerosos, con el objeto de evaluar el desarrollo del padecimiento.
37. En la fase de rehabilitación, tanto física como emocional, el sujeto abandona frecuentemente el programa, careciendo, a veces, de los elementos necesarios para reintegrarse adecuadamente a su vida personal, familiar y laboral.

38. Los altos costos de los programas oncológicos constituyen una importante limitación que impide que el paciente se pueda beneficiar de los programas existentes.
39. Es necesario que cambie la actitud de la población, del personal paramédico y de los médicos, con respecto al cáncer, para incrementar el apego a los programas de tratamiento.
40. Existe un incremento en la incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, entre éstas los trastornos mentales se han convertido en un factor inquietante.
41. El interés de la medicina en los aspectos preventivos ha desarrollado conceptos como el de "supervisión preventiva del estado de salud", que significa no sólo resolver un episodio de la enfermedad, sino lograr el bienestar futuro del paciente.
42. En psiquiatría se reconocen los grandes beneficios obtenidos con los fármacos, pero frecuentemente éstos no logran una curación definitiva, tal es el caso de la esquizofrenia.
43. Algunos trastornos mentales requieren de terapias de mantenimiento con controles periódicos. En algunos casos éstos pueden ser molestos e invitar a la deserción, lo que acarrea recaídas y complicaciones que generan un círculo vicioso.
44. Algunos estudios farmacológicos pueden sobrevalorar la capacidad del psicofármaco para resolver por sí mismo el padecimiento. Esto revela una tendencia ideológica, derivada del modelo que se emplea, para interpretar el proceso de la salud a la enfermedad.
45. Aunque en la actualidad se acepta la intervención de factores biológicos, psicológicos y sociales en el proceso de la enfermedad, a los factores psicológicos y sociales se les maneja, en algunos casos, de la misma forma que a los biológicos, lo que limita la comprensión justa de estos factores.
46. Se considera que el modelo médico tradicional o diagnóstico de la enfermedad tiene limitaciones en medicina, sobre todo en padecimientos psiquiátricos como el de la esquizofrenia.
47. El tratamiento exitoso de la enfermedad no depende necesariamente del conocimiento de la etiología.
48. Dentro de un mismo diagnóstico de enfermedad puede haber grandes diferencias en la respuesta clínica de pacientes que reciben el mismo tratamiento; tal es el caso de la esquizofrenia.
49. En el pronóstico de los pacientes juegan un papel determinante aspectos tales como la presencia de familias funcionales o disfuncionales, el tamaño de la misma y el nivel socioeconómico.
50. Los estímulos gratificantes o frustrantes de un medio sociocultural son variables que intervienen en el apego terapéutico en las áreas educativa, laboral, sexual, afectiva, etc.
51. La matematización de las ciencias sociales a partir de la estadística, nos permite estudiar y obtener explicaciones de fenómenos de gran complejidad como puede ser el de la adherencia terapéutica.

52. El desarrollo de estudios multicéntricos y, en algunos casos, multinacionales, que utilizan definiciones operativas como métodos e instrumentos específicos y sensibles, puede facilitar el estudio de este complejo proceso.
53. La falta de cumplimiento terapéutico de naturaleza medicamentosa-farmacológica o psicológico-conductual, es decir, los cambios en el estilo de vida, constituye uno de los fundamentos de la llamada "medicina conductual".
54. El éxito definitivo de cualquier régimen de tratamiento depende de la cooperación del paciente, y de que cumpla con todos los aspectos del programa, sobre todo en el caso de los pacientes ambulatorios.
55. Parece útil ubicar la conducta de un individuo en el marco de las propiedades de "control de estímulos" de los síntomas.
56. La ignorancia acerca de la naturaleza de una enfermedad o de su tratamiento pueden influir en el inicio de acciones específicas de un individuo.
57. Han fracasado los intentos que se han hecho para establecer un tipo específico de desertor, ya sea basado en características de personalidad o en factores sociodemográficos.
58. El que un individuo conozca su perturbación y su tratamiento, no garantiza que cumpla un régimen médico.
59. Los sistemas de automonitoreo son muy útiles aunque presentan algunas limitaciones.
60. Al interaccionar con el paciente, las características del terapeuta juegan un papel importante en el cumplimiento terapéutico.
61. El terapeuta debe estar de acuerdo con el programa terapéutico, ya que su comportamiento influye en los resultados.
62. La conducta no verbal del terapeuta juega un papel determinante en la aceptación o el rechazo al tratamiento.
63. Cuando las expectativas del paciente son incongruentes con los posibles resultados, se favorece la deserción.
64. Desde el punto de vista psicológico, la salud es probablemente la motivación más importante del ser humano, después de la supervivencia.
65. A través de los progresos tecnológicos y educativos los procesos de industrialización han controlado en muchas ocasiones las enfermedades infecciosas, pero el estilo de vida, resultado de las condiciones de estos procesos, han propiciado el desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos.
66. Tanto los padecimientos infecciosos como los crónico-degenerativos, constituyen en nuestro país las causas principales de morbilidad y mortalidad.
67. En la actualidad los programas de salud siguen dándole mayor atención a los programas de tratamiento que a los preventivos.
68. Se discute el papel de la salud mental en el desarrollo y bienestar del ser humano, de su familia y de su comunidad.

69. El incremento de indicadores tales como la desintegración familiar, los actos delictivos y violentos, la farmacodependencia y el alcoholismo reflejan alteraciones importantes en la salud mental de una sociedad.
70. La promoción de estilos de vida que favorezcan el bienestar individual y familiar, juega un papel importante en la prevención de padecimientos.
71. Es de vital importancia el desarrollo y diseño de programas educativo-cognitivo-conductuales en el campo de la prevención, así como lograr que la población los cumpla adecuadamente.
72. La implementación de los programas arriba mencionados en etapas tempranas del desarrollo, favorecerán el establecimiento de hábitos y costumbres que promuevan la salud.
73. Existe una preocupación generalizada por hacer de la prestación de servicios de salud una acción que repercuta en el mejoramiento de los niveles de salud de la población, bajo la premisa de racionalizar la erogación de recursos.
74. Alcanzar la cobertura total de los servicios de salud y mejorar su calidad son dos grandes objetivos nacionales. El proceso de adherencia terapéutica juega un papel importante en la obtención de dichos objetivos.
75. En la organización de los servicios de salud, los factores de riesgo en relación al cumplimiento terapéutico incluyen categorías tales como los recursos humanos, la capacidad instalada, la naturaleza de los programas y las características del proceso administrativo para la prestación de servicios.
76. El nivel educativo, la motivación y la experiencia de los prestadores de servicio es determinante en los programas terapéuticos.
77. También es importante el grado de congruencia y educación de los programas de salud con respecto a sus destinatarios.
78. El grado de accesibilidad de los usuarios a los servicios y la modernización y eficiencia de los sistemas administrativos es también importante.
79. La falta de cumplimiento terapéutico origina que se incrementen los costos-producto, ya que la cantidad de recursos que se consume es mayor que los beneficios que se obtienen.
80. La falta de adherencia terapéutica no sólo afecta el área de efectividad, sino también los parámetros de eficacia y eficiencia de los servicios de salud.
81. El incumplimiento terapéutico afectará la eficiencia-efectividad con relación al total de recursos utilizados para alcanzar los objetivos terapéuticos deseados, debido a la desproporcionada cantidad de recursos utilizados para resolver un padecimiento, con una evaluación prolongada innecesariamente.
82. Es recomendable que la política que se siga en las inversiones considere más ampliamente las asignaciones del presupuesto que se designen para investigar los factores que intervienen en la adherencia terapéutica y los mecanismos de intervención que mejoren la efectividad de los programas y reduzcan sus costos, enmarcándolos en la problemática de salud del país.

83. Se revisa el papel que tiene la publicidad dentro de la cultura popular del Siglo XX. La publicidad se considera como un tipo de información persuasiva y como un medio importante para cambiar el comportamiento individual y social.
84. Dependiendo de su manejo, la publicidad puede originar perjuicios y daños sociales. Pero si el fin que persigue o los medios que utiliza son positivos y éticos, la publicidad también lo será.
85. 85)Para que la publicidad logre persuadir requiere de elementos emocionales y racionales, combinados en forma tal que se produzca la denominada "creatividad"
86. Para que la publicidad sea efectiva, inclusive en el campo de la salud, se requiere de la definición del consumidor; del análisis de sus necesidades y de su idiosincrasia; y de la preparación de un mensaje que lo motive a actuar de cierta forma utilizando el medio idóneo de información para obtener el fin que se desee.
87. Los factores como aceptación social, satisfacción sensorial, ventajas prácticas, así como formas de solución de un problema, juegan un papel importante en los programas de información social.
88. Utilizando elementos publicitarios en forma profesional los programas de comunicación social se considera que pueden promover patrones de estilo de vida y de cumplimiento terapéutico que favorezcan el bienestar de la población.
89. Una publicidad social bien estructurada puede contribuir a evitar la gran pérdida económica resultado del uso inadecuado de los servicios de Salud, y la falta de productividad por un ausentismo laboral injustificado.