



REFLEXIONES EN TORNO A LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

REFLECTIONS ABOUT TREATMENT ADHERENCE TO TREATMENT OF PEOPLE LIVING IN ILLNESS

Angélica Montenegro M¹, Laura Rueda C², Claudia Ornstein³.

Resumen

La relación profesional- paciente es muy importante para promover una buena adherencia. Sin embargo los pacientes admiten que con relativa frecuencia, abandonan la medicación, la dieta, la práctica de ejercicios, o cualquier otra intervención terapéutica. Esto afecta a largo plazo la calidad de vida. El éxito del tratamiento depende de ambos: médico/ terapeuta y paciente. Para una sólida adherencia, el tratante requiere de competencias técnicas y de herramientas y habilidades comunicacionales.

Palabras Claves: Relación terapeuta-paciente, adherencia, comunicación

Abstract

The relationship with the patient is very important in order to promote good adherence. Nevertheless, patients admit that it's getting more common to stop taking pills, maintaining diets and exercise, or another medical/ therapeutic interventions. This affects the quality of life in the long term. The success of the treatment depends on both the doctor/therapist, and patient. For solid adherence the specialists require technical competence and communicational skills and abilities.

Key words: Relationship between doctor/therapist-patient, adherence, communication

¹ Terapeuta Ocupacional, docente Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile
angelica_montenegro52@yahoo.com Avda. La Paz 1003 Fono: 29788608

² Terapeuta Ocupacional, Mg. Bioética. Profesora asociada, Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación. Docente Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile. lrueda@med.uchile.cl

³ Psicóloga, docente Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile. Ornstein.claudia@gmail.com Avda. La Paz 1003 Fono: 29788608



INTRODUCCION.-

En la actualidad, el tema de la adherencia a tratamiento constituye uno de los aspectos más estudiados en el ámbito de la Psicología de la Salud. La tendencia actual enfatiza que la falta de adherencia, no debe ser concebida solo como la resultante de un paciente difícil, sino más bien como una consecuencia de la interacción médico, terapeuta o cualquier profesional del ámbito de la salud-paciente en la que ambos deben responsabilizarse y colaborar. Al respecto, el Modelo de Psicología Comunitaria, plantea que un eficaz plan de intervención debería ser formulado "con" el paciente y no "para" el paciente. Bajo este concepto, se intenta empoderar al paciente desplegando las propias habilidades y fortaleciendo la autodeterminación en su proceso de recuperación (Rappaport, 1981). Estudios científicos, señalan que solo entre el 40% y el 70% de los pacientes, siguen adecuadamente las prescripciones médicas/ terapéuticas (Barra, 2003).

ADHERENCIA COMO CONCEPTO.-

Adherencia se entiende como el grado en que la persona se adscribe a lo indicado por el tratante ya sea en relación a medicamentos, realización de dietas, cambios en el estilo de vida y / o evitación de comportamientos de riesgo (Turk y Meichenbaum, 1991).

Así las cosas, el denominado CUMPLIMIENTO parece estar a la base de la conducta de quien suscribe un determinado plan de intervención. Nos enfrentamos aquí al primer dilema ético. Cumplir como una mera obediencia y subordinación, no satisface de ninguna manera una buena praxis, ni expresa un vínculo basado en el respeto de la autonomía y en el enfoque de derecho de las personas. En consecuencia, si bien la adherencia incluye acciones tales como, responsable ingesta de fármacos prescritos, ejecución de procedimientos indicados por el tratante, asistencia a controles agendados, participación en programas preventivos, éstos deben plantearse respetando la dignidad del paciente, cliente o usuario. El término USUARIO se ha planteado para denominar a un paciente como sujeto de derecho, consumidor de un servicio sanitario y en consecuencia con posibilidad de elegir tanto el servicio que desea como al suministrador de tal servicio (DiMatteo, 1997). La PERSUASIÓN es una estrategia necesaria y recomendable a fin de permear a personas renuentes a la aceptación de planes de intervención y consiste en promover cambios de comportamiento a través del aprendizaje de habilidades relacionadas con hábitos saludables. Así, por ejemplo, en el ejercicio de Odontología, es fundamental la práctica de una persuasión confiable que permita a niños y adultos acceder sin temor a procedimientos dentales y a la conservación de una adecuada higiene dental. No obstante, Persuasión es y debe ser distinto a imposición. Al respecto, el esquema de creencias sobre la salud, nos muestra que en muchas ocasiones el cumplimiento o adscripción obedece más bien a la eventual amenaza que podría representar su falta y a la gravedad si se transgrede. De este modo, prevalecen

en el paciente fantasías de abandono, menor dedicación o disminución de tiempo en la atención requerida. Redunda precisar que si haciendo libre uso de su autonomía en la toma de decisiones, el paciente o cliente abandona o modifica indicaciones, debería contar con **aceptación positiva incondicional** del tratante, concepto acuñado por C. Rogers quien propone esta condición como necesaria en cualquier relación de ayuda significativa (2000). Implica que la persona sea reconocida y validada en sus vivencias sin coacción de ninguna naturaleza y con plena capacidad para autodirigirse (Rogers, 2000).

TIPO DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA.-

Se ha planteado que aquellos pacientes que padecen enfermedades agudas con importantes montos de dolor asociado, adhieren con mayor facilidad (Barra, 2003). Si bien el dolor en sí no es un indicador real del grado de severidad de una enfermedad, puede constituir un factor de convencimiento para cooperar con su salud. De cualquier forma cuando las personas experimentan dolor, suele ser suficiente motivación para cumplir con el tratamiento que permita curar su enfermedad o reducir su nivel de malestar. El dolor parece actuar como una señal de alarma para la búsqueda y cumplimiento terapéutico. En igual sentido, se ha planteado que las tasas más altas de adherencia, se encuentra en los tratamientos que reducen significativamente los síntomas de la enfermedad, tal como aplicación de inyecciones o Quimioterapia. Por el contrario, los niveles más bajos, se encuentra en las enfermedades crónicas, aquellas que no producen síntomas o que no plantean riesgo inminente (Mann, 1993).

Por otra parte, se ha observado que aquellas personas que padecen una enfermedad grave, no presentan mayor proclividad a buscar tratamiento médico o a adscribirse a las prescripciones del tratante. De hecho, algunas personas suelen buscar ayuda sólo porque alguien advirtió en ellos un problema grave de salud, o porque mencionaron casualmente su mal aspecto (Brannon & Feist, 2001).

Finalmente, podríamos decir que aparentemente no existe relación directa entre la severidad de una enfermedad y la probabilidad que el paciente cumpla con lo recomendado o sugerido por el/los tratantes. Esto se debilita aun mas, cuando las medidas son mas preventivas que curativas.

NIVEL EDUCACIONAL Y ADHERENCIA.-

Barra también plantea que si bien se podría presumir que a mayor acervo educacional y cultural, habría mejor conciencia y mayor compromiso con la enfermedad y sus indicaciones, se ha advertido que el nivel educacional no tiene relación directa con la adherencia (2003).

Por otra parte el incumplimiento suele atribuirse a una mera renuencia a colaborar, sin considerar la eventual pertenencia del paciente a determinada cultura. Si esto ocurre, el tratante debería esforzarse por entender las creencias que alberga y que le impiden seguir las indicaciones. El nivel de persuasión que se pueda ejercer, dependerá de cuan arraigadas estén éstas y de la calidad de la relación establecida. Si se advierte tenacidad extrema en su posición, se puede tal vez instigarlo a complementar ambas medidas terapéuticas.



APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA.-

La Red de Apoyo Social está siempre presente en la vida de las personas, pero se activa particularmente en situaciones de crisis. Las crisis normativas o no normativas, transicionales o vitales, si bien representan oportunidad de crecimiento también exigen adaptación y despliegue de estrategias de afrontamiento. Si entendemos la enfermedad como un momento de fragilidad o de fractura en el continuo biográfico, comprenderemos que un predictor de cumplimiento de las indicaciones médicas, supone tener relaciones interpersonales armónicas y equilibradas. No olvidemos que la raíz etimológica de enfermedad es Infirmi^{tas} o falta de firmeza (Diccionario de la RAE, 2015), específicamente de firmeza de tipo física y no (muchas veces) de tipo mental y menos aún de tipo moral.

La emergencia de una enfermedad debe ser entendida como una irrupción en la vida de la persona que fragiliza o vulnera a quien la padece. Al respecto se ha observado que a mayor apoyo, mayor es el cumplimiento y compromiso del paciente con su tratamiento y además las personas con elevado nivel de apoyo social, suelen ser más sanas. Por el contrario, quienes cuentan con escaso soporte social, con fuertes sentimientos de exclusión y /o postergación, tienden a ser menos respondedores a estrategias de intervención terapéutica (Barra, 2003).

Cabe destacar que la Red de Apoyo Social, no solo proporciona Apoyo afectivo que se traduce en señales explícitas de amor y cuidado, sino que además provee de otras funciones tal como Ayuda Material y Servicios, Información y Conocimiento, Compañía Social y otras. Todas en conjunto, pueden actuar como coadyuvantes en la persistencia del tratamiento (Wills, 1998).

INTERACCION PROFESIONAL PACIENTE COMO FORTALEZA EN LA ADHERENCIA.-

Como ya señaláramos, la adherencia no solo es responsabilidad del paciente sino que depende además de la interacción que éste establezca con su terapeuta encargada/o del restablecimiento de su salud. Existe evidencia respecto que a mayor nivel de satisfacción del paciente, mejor es la adherencia a las indicaciones planteadas por el/la tratante. Esta satisfacción contempla aspectos de competencia técnica y además una actitud cálida y de preocupación por su bienestar. Si bien la comunicación verbal es fundamental, los aspectos no verbales de la comunicación no deben ser desestimados. Nos referiremos brevemente a ambas.

En la exploración de antecedentes, se debe en la medida de lo posible, no apremiar para promover la libre narrativa del paciente. En ocasiones, factores emocionales tal como ansiedad podría impactar la libre expresión. Estudios señalan que la primera interrupción del médico al paciente, tiene ocurrencia

alrededor de los 20 segundos de iniciada la fase exploratoria de la entrevista (Marvel, Epstein, Flowers y Beckman, 1999). La escucha debe ser una escucha activa, manteniendo contacto ocular, asintiendo, parafraseando y/o clarificando cuando corresponda. Al momento de entregar las indicaciones médicas y/o terapéuticas, debe cotejar que éstas han sido fidedignamente comprendidas. Si las indicaciones contemplan cambio de hábitos, dosificación de medicamentos o alguna otra de difícil asimilación tal como uso y posición de una férula, deben ser entregadas y explicadas concienzudamente por escrito, de manera tal que pueda acceder a ellas tantas veces como la confusión lo obligue. Por otra parte, ante legítimas dudas del paciente, el tratante no se debe sentir intimidado para explicar a través de dibujos, esquemas o diagramas. Incluso esto puede contribuir en parte, a horizontalizar la relación fortaleciendo la relación profesional paciente.

Finalmente, el/la tratante debe ser un buen educador, proporcionando elementos claros que le permitan conocer el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento. Solo de esta forma, promoverá la continuidad y seguimiento.

Por otra parte, hoy día se le concede igual valor a los aspectos no verbales de la comunicación. Aquí está involucrada desde la Proxémica, que se entiende como el orden y distancia que establecen los comunicantes (Borrell & Bosch, 1994), hasta cómo hacer una correcta decodificación de silencios, suspiros o fragilidades expresadas por ej. en humedecimiento ocular. En ocasiones es necesario hacer uso de silencio funcional sin interrupción y solo en espera de mayor fortalecimiento interno para continuar la exploración.

Una satisfactoria relación, promoverá objetivos de ambas partes. Por el contrario, se dice que el paciente pierde interés cuando advierte que el profesional se expresa en forma imperativa o cuando devalúa o cuestiona su idoneidad en la autónoma toma de decisiones. Redunda explicitar que el uso de lenguaje técnico, claramente no es recomendable y que lo prudente es utilizar un vocabulario acorde al nivel cultural del consultante. De hecho, el modelo Direccional de la Comunicación de Berló, señala que EMISOR y RECEPTOR, deberían compartir habilidades y sistema sociocultural de manera que la intención comunicativa sea lograda.

ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA PARTICIPACION DE LA PERSONA.-

La literatura describe algunos lineamientos básicos para la negociación de un plan de tratamiento eficaz (Borrell, 2004). El primero de ellos consiste en precisar qué información posee el paciente en torno a su diagnóstico y pronóstico. Luego el/la tratante debe describir los objetivos del tratamiento sugerido como también un plan de intervención que contemple distintas alternativas según las necesidades individuales. A este respecto cabe precisar que el plan de intervención debe ser rigurosamente individualizado; en consecuencia es imperativo adaptarse a circunstancias y dificultades concretas de cada paciente. Deben considerarse en este punto, dificultades económicas, de desplazamiento, lejanía geográfica, alguna limitación sensorial, escasa red de apoyo y cualquier otra que impacte negativamente la ejecución de un plan idealizado solo desde la perspectiva médico//terapéutica.

En consecuencia, es recomendable que el/la tratante sea colaborativo con el paciente en la toma de una decisión personal considerando los eventuales riesgos y beneficios. Para que esta decisión se concrete es necesario que el paciente pueda expresar abierta y libremente dudas, preocupaciones o



dificultades antes de suscribir un determinado lineamiento terapéutico. Se debe además informar con precisión y sin alarma para evitar sugestionabilidad, los eventuales efectos adversos de algunos fármacos y de cualquier otro procedimiento que pueda representar algún nivel de malestar. De hecho, uso de férulas, prótesis y órtesis pueden provocar inicialmente incomodidad. Por tal razón se debe promover uso gradual.

Si luego de la aceptación de un plan de tratamiento consensuado y cooperativo, la persona determina interrumpir el mismo, NO se debe juzgar ni culpabilizar su decisión. No obstante se debe explicitar el desacuerdo y en la medida de lo posible instigarlo a continuar. Si esta medida resultara infructuosa, se debe respetar el Principio de autonomía.

Un aspecto interesante en tanto humaniza la figura de cualquier tratante, es conocer sus propias limitaciones. Si el paciente expresa voluntad de conocer una segunda opinión, acceder a estrategias complementarias de intervención, o consultar profesionales de otras disciplinas tal como Kinesiólogo, Nutricionista u otro, se sugiere alentarlos a que lo haga. Esto puede incluso fortalecer la relación profesional paciente. A este mismo respecto, es fundamental considerar el trabajo en equipo con otros profesionales de la salud y legitimar el quehacer de cada especialidad..

COMENTARIO

El Modelo Existencialista, plantea que la enfermedad es un evento que irrumpe en el continuo histórico vital y que fragiliza a quien la padece porque a través de ella se permite anticipar la finitud de la condición humana. En consecuencia, la enfermedad es vivida como una amenaza en tanto representa un eventual tránsito al No - Ser. En condición de enfermedad es donde se hace más patente el desvalimiento humano.

Por tanto, toda acción terapéutica, debe estar orientada al alivio del sufrimiento, a la recuperación de potencialidades y a la prevención de condicionantes de desequilibrio personal de manera que, es esencial para cualquier tratante preservar no solo la vida, sino el sentido de la vida en todas sus dimensiones: personal, familiar y social. Para finalizar, hacer hincapié que el tratante debe procurar ser el mejor intérprete y desplegar tanto las herramientas técnicas como las habilidades comunicacionales.

Las currícula de formación académica, establecen en la actualidad competencias necesarias y deseables de manera que cada profesional esté capacitado para un desempeño técnico cada vez más demandante. Esto obliga a una ejecución ética, con capacidades y soporte suficiente para una atención lo más eficaz y eficiente posible.

No obstante, claramente las competencias técnicas no constituyen el todo, siendo necesarias también otras habilidades, tal como escucha activa y disposición a la ayuda sin juzgamientos ni prejuicios.

Estrategias de apoyo narrativo tales como: facilitación, clarificación, parafraseo, empatía, interpretación y otras forman parte de las currícula actuales de formación superior.

En salud mental, por ejemplo, la inclusión de los psicofármacos, en el tratamiento de las personas en situación de enfermedad psiquiátrica; constituye muchas veces el eje principal de las intervenciones en situaciones de crisis y mantención del bienestar de las personas. La integración de las ingestas del tratamiento en las rutinas cotidianas, en forma voluntaria, constituye un proceso de adaptación valorado principalmente para lograr la aceptación social en una primera instancia, pero que también con el transcurso de los hechos biográficos, se aprecian como elementos estabilizadores de sus modos de pensar y de entender el mundo.

Una investigación (Rueda, 2010) que busca recabar la percepción de los factores que han contribuido en la inclusión psicosocial de grupo de personas con enfermedades psiquiátricas que han participado en intervenciones de terapia ocupacional y han recibido, también, psicofármacos por periodos prolongados (15 a 30 años) nos muestra las siguientes opiniones:

“las tranquilizantes y estimulantes, siempre se dan combinados, entre ambos van dando el ritmo al pensamiento; pero ello, no es fin del tratamiento, se deben seguir usando”

“es tan simple como tomarse una aspirina para el dolor de cabeza, estas pastillas ordenan el pensamiento”

“como toda medicina cumple con los mejorar la vida de las personas”

“los mejores son diazepam, olanzapina, clozapina y aunque más viejo el haldol”

“si no los tomas, te puedes sentir sano igual, pero tiene problemas con las otras personas, por ello, es mejor tomarlos”

“todos producen dependencias, de una forma u otra, porque si no se toma uno se altera”

“es muy buena la política del Estado que da los medicamentos para estar estable; especialmente para la gente más pobre”

“las medicinas psiquiátricas sanan y son necesarias, por eso es bueno que la entregue el Estado”

La adherencia en los tratamientos psiquiátricos, ha redundado en la mayor participación social de las personas afectadas. Desde sus opiniones podemos percibir la valoración de la acción de los fármacos, la evaluación de costos y beneficios de la adherencia de la ingesta y la conciencia de pertenencia a un conglomerado civil.



Referencias Bibliográficas.

- Barra, E. (2003), “Atención de salud y conducta del paciente”, en *Psicología de la Salud*, Santiago, Editorial Mediterráneo, 87-92.
- Borrell, F. (2004), *Entrevista Clínica. Manual de Estrategias prácticas*, Barcelona, Semfyc ediciones.
- Borrell, F.(2004), “Entrevista Clínica viva”, *Atención Primaria*.34 (1):3-5.
- Brannon, L., Feist, J. (2001), “Adherencia a las prescripciones médicas”, en *Psicología de la Salud*, Madrid, Paraninfo, 107-138.
- Diccionario de la Real Academia Española, <<http://dle.rae.es/?w=enfermedad&o=h>>
- DiMatteo, MR. (1997), “Health behaviors and care decisions”, en *Handbook of Health Behavior Research II*, Nueva York, Plenum Press. Pag. 5-22.
- Marvel, M., Epstein, R.M., Flowers, K., Beckman, H.B. (1999), Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved?. *JAMA*. 281(3), 283-287. doi:10.1001/jama.281.3.283.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/Exemplars of Prevention: toward a theory of community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rogers, K. (2000). *El proceso de convertirse en persona* (17a Ed.), Barcelona, Paidós.
- Rueda, L. (2010). Derechos Humanos, Bioética y reinserción comunitaria en psiquiatría. *Rev. Medicina y Humanidades*. Vol. II N° 1-2
- Mann, NC. (1993) Improving Adherence Behavior with Treatment Regimens, Suiza, , OMS, División de Salud Mental. Pag 1-17
- Turk, D. & Meichenbaum, D. (1991) “Adherence to self-care regimens: te patient’s perspective”, en *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*, Nueva York, Plenum Press, 249-266.
- Wills, T.A. (1998) “Social Support”. En *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook*. Ed. By: Elaine A. Blechman and Kelly D. Brownell. Nueva York, Guilford Press. Pag. 118-128.
-

