

Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial

Jesús Rodríguez-Marín

Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.

Correspondencia: Dr. J. Rodríguez Marín.
Departamento de Psicología de la Salud.
Facultad de Medicina.
Universidad Miguel Hernández.
Avda. de la Universidad, s/n. 03202 Elche. España.

Resumen

El cumplimiento con regímenes terapéuticos presenta unos desafíos complejos e interesantes. Es un medio para un fin, un camino para mantener o mejorar la salud tanto como para tratar los síntomas o signos de la enfermedad. El cumplimiento, observancia o adhesión a un régimen terapéutico, es también un proceso comportamental complejo, influido potentemente por el contexto en el que el paciente vive, los profesionales de la salud practican y el sistema sanitario proporciona cuidados. Y a su vez, el cumplimiento influye en la calidad asistencial, ya que se necesitan intervenciones cada vez más efectivas que reduzcan los riesgos y mejoren los resultados de los pacientes y su satisfacción.

Este artículo reflexiona acerca de la relevancia del cumplimiento para la calidad asistencial. Considera los métodos de medida del cumplimiento, las explicaciones teóricas desde un punto de vista comportamental, los determinantes que contribuyen a esa conducta, las consecuencias potenciales del no cumplimiento y las formas de mejorar el cumplimiento.

A partir de esas consideraciones, se pone de relieve la contribución conceptual y empírica del cumplimiento terapéutico a la mejora de la calidad asistencial, fundamentalmente vía la satisfacción del paciente.

El cumplimiento terapéutico es un elemento central de la calidad asistencial y de la propia satisfacción del paciente.

Palabras clave: Cumplimiento terapéutico. Calidad asistencial. Satisfacción del paciente.

Abstract

Compliance with medical recommendations poses complex and interesting challenges. Compliance is a means to an end, an approach to maintaining or improving health, as well as to managing signs or symptoms of disease. Compliance, or adherence, is also a complex behavioral process strongly influenced by the environments in which patients live, health care providers practice, and healthcare systems deliver care. At the same time, compliance influences the quality of care, because effective interventions are increasingly required to reduce risks and improve patient outcomes and satisfaction.

The present article reflects on the significance of compliance in healthcare quality. Methods for measuring compliance, theoretical explanations, determinants of and factors contributing to compliance, the potential consequences of non-compliance, and ways to increase compliance, are analyzed.

The above-mentioned factors reveal the conceptual and empirical role of compliance management in improving healthcare quality, basically via patient satisfaction.

Compliance with therapeutic regimens is a core element in healthcare quality and patient satisfaction.

Key words: Therapeutic compliance. Healthcare quality. Patient satisfaction.

Introducción

La bibliografía acerca del cumplimiento terapéutico es muy extensa. Se han publicado revisiones desde los años sesenta del pasado siglo¹⁻⁴. En España, el interés por el tema se ha manifestado claramente desde los años ochenta, coincidiendo con la implantación del cambio de modelo de atención primaria^{5,6}.

El concepto de cumplimiento o incumplimiento terapéutico hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen desde tomar parte en un programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas para consulta con los profesionales de la salud, y, en el caso

de incumplimiento, el incumplimiento por omisión o por alteración de la prescripción terapéutica⁵. Es decir, el incumplimiento no hace referencia a un fenómeno unitario, sino a un fenómeno múltiple y complejo^{7,8}.

Por ello, una de las primeras cuestiones referida al tema tiene que ver con el propio uso del término "cumplimiento". En castellano no tenemos más que dos términos posibles. Uno, "cumplimiento" que traduce adecuadamente la palabra inglesa "*compliance*"; y dos, "observancia" o "adhesión" que traduce "*adherence*". En algunos trabajos se encuentra la palabra "adherencia", pero es bastante claro que esa palabra no significa en español el segundo de los significados de la familia "*adherence*", que es el que nos interesa, sino que significa algo diferente^{8,9}.

Esas diferencias en el uso de los términos no son irrelevantes. Tienen que ver con posiciones teóricas respecto del cumplimiento, y respecto de la relación entre médico y paciente. Para algunos autores, "cumplimiento" podría transmitir la idea de un paciente "sometido" a las órdenes imperativas del médico, en una relación asimétrica de autoridad, mientras que "observancia" (adherencia, en traducción inadecuada) reflejaría una relación más simétrica, y una acción participativa mayor por parte del paciente. Esas posiciones tienen, incluso, ciertos referentes éticos.

Por otra parte, cuando se revisa la literatura médica actual acerca del cumplimiento terapéutico se trasluce en gran medida ese concepto asimétrico de la relación médico-paciente como una especie de sentimiento de que el "incumplimiento" es algo vagamente pecaminoso. Desde el punto de vista de los médicos, siempre ha parecido que hay algo equivocado en los pacientes que no cumplen con un régimen terapéutico prescrito, y se ha llevado a cabo mucha investigación para encontrar por qué se produce. De acuerdo con este punto de vista, la definición de cumplimiento es "la medida en que el paciente cumple el tratamiento tal como se le prescribe". Obviamente, esta definición en cierto modo "culpabiliza al paciente".

Para evitarla, se han hecho intentos para desarrollar una definición "neutra" de cumplimiento, como "la medida en que la conducta de una persona cambia de acuerdo con el consejo o recomendaciones de una figura de autoridad", que aplicada al "cumplimiento terapéutico" queda como "la medida en que la conducta de una persona (en términos de toma de medicamentos, seguimiento de dietas, o de realización de cambios de estilo de vida) coincide con el consejo médico o sanitario"¹⁰. Esa definición intenta no situar la "culpa específica" sobre los rasgos o la conducta del paciente, del médico o las características de la situación, y en ella la coacción puede estar presente o no. En España, Marquéz Contreras¹¹ ha definido cumplimiento de la siguiente manera: "la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización por parte del paciente, realizadas éstas tras una decisión completamente razonada, por éste, abandonándose las connotaciones de sumisión que este término implicaba para el paciente". Como se ve, es una definición que amplía la clásica de Haynes, subrayando expresamente que "cumplimiento" no es ni debe ser "sumisión".

Dicho lo que significa "cumplimiento", parecería fácil decir lo que es "incumplimiento", y, sin embargo, a veces no lo es. Si se toma en cuenta la definición anterior sería: "conducta de un paciente que no coincide con el consejo médico o sanitario", pero obviamente no es tan claro. Se puede, como ha quedado dicho, hablar de incumplimiento por omisión o por alteración de la dosificación, hacia arriba o hacia abajo, o por hacer algo distinto a lo prescrito, o también por no asistencia a consulta médica. Hay falta de unanimidad en el concepto de incumplimiento⁵.

Evaluación del cumplimiento

Para explicar, gestionar y mejorar la conducta de cumplimiento, es necesario medirla de una forma precisa y adecuada. El desarrollo de métodos más sistemáticos y objetivos para clasificar a los pacientes como cumplidores o incumplidores no ha hecho más que empezar^{12,13}.

Sin duda, es difícil evaluar el cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones terapéuticas. El incumplimiento puede ser diferente según el tipo de prescripción (no tomar el medicamento prescrito, no seguir la dieta recomendada, dejar de hacer los ejercicios de rehabilitación recomendados, etc.). Por otro lado, el paciente puede no cumplir de formas muy diferentes (puede omitir una dosis del medicamento prescrito, o tomar 2 dosis cuando sólo es una la prescrita, o tomarla en el momento equivocado, etc.). Por ello, en general, siempre está el problema de cómo determinar si el paciente ha cumplido o no.

Las vías de evaluación del cumplimiento son diversas^{13,14}. La primera vía, como forma más directa, es preguntar al propio médico que atiende al paciente y que se basa en la información que el médico obtiene de su paciente en la entrevista clínica y mediante pruebas como, por ejemplo, el test de Haynes-Sackett. Es un procedimiento poco eficaz, por diferentes razones, de las cuales la más importante es que el médico suele sobrestimar la tasa de cumplimiento de su paciente, o no obtiene información relevante acerca de ello. La segunda vía, también directa, es preguntar al paciente (p. ej., mediante autorregistros). Es un método más eficaz que el primero. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el paciente puede sobrestimar su cumplimiento (o simplemente mentir para agradar a su médico o al investigador). Ambos métodos son muy subjetivos y están expuestos a muchos sesgos. La tercera vía es preguntar a algún familiar que convive con el paciente, y al que se le pide que "registre" el cumplimiento e informe del mismo. Es una vía más eficaz, pero plantea el problema de una intervención excesivamente directa en la conducta del paciente, que pierde en gran parte la "libertad" de conducta al verse sometido a la vigilancia del familiar.

Hay algunas otras formas más "objetivas". Una de ellas es la de contar las pastillas restantes en el envase en tiempos determinados y calcular el porcentaje de cumplimiento según diversas fórmulas, para establecer si se sigue la pauta de ingestión establecida. No hace falta decir que es un procedimiento complicado que exige un contexto vital del paciente muy controlado. Otro procedimiento es utilizar dispensadores mecánicos o electrónicos que registren el número de tomas y el momento en que se producen. Naturalmente, nada garantiza que una vez obtenida la pieza de medicamento el paciente deje de tomarlo. La valoración de la asistencia a citas programadas se usa también para valorar el cumplimiento. Finalmente, otra forma objetiva es la de utilizar pruebas bioquímicas (p. ej., análisis de sangre u orina). Es un procedimiento mucho más eficaz, pero también más complicado, más caro, y difícilmente aplicable en la práctica clínica diaria^{12,15}.

En suma, todos estos procedimientos, juntos o separados, se han utilizado en la evaluación de la conducta de cum-

plimiento o incumplimiento, sin que se pueda establecer la mayor relevancia de uno u otro.

Relevancia de la conducta de cumplimiento

El interés creciente de los profesionales de la salud por el cumplimiento terapéutico y por las variables relacionadas, se expresa primero en la existencia de un gran número de revisiones teóricas frente al de estudios empíricos originales⁴, y segundo, en la publicación del *Journal of Compliance in Health Care* que ha contribuido a subrayar la importancia de este tema.

Sin embargo, a pesar del volumen de investigación existente y del interés de la comunidad científica, la bibliografía empírica acerca del cumplimiento o incumplimiento terapéutico revela tanto la presencia de discrepancias conceptuales como la carencia de una metodología específica de evaluación del cumplimiento^{9,16-18}. Hoy se dispone de procedimientos diagnósticos y de multitud de tratamientos sumamente eficaces para establecer con qué enfermedad nos enfrentamos y cómo se la puede tratar y vencer. Sin embargo, esa eficacia se ve totalmente mermada porque un porcentaje muy alto de enfermos incumple, o cumple mal, el tratamiento que se le prescribe. Las características de numerosos problemas de salud y sus tratamientos hacen necesaria la participación activa de los pacientes; y el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas supone un incremento de los riesgos, con los correspondientes efectos sobre los indicadores de morbilidad y mortalidad. Además, hay que considerar el coste añadido que implica para el sistema sanitario el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas, sobre todo en la atención primaria^{5,9,12}.

Se podrían poner muchos ejemplos de estudios que demuestran como importantes recomendaciones médicas relativas a la salud se ignoran o se siguen de forma inapropiada¹⁹⁻²³. Se han producido descubrimientos de la mayor importancia en el mundo del cuidado y promoción de la salud que han contribuido y seguirán contribuyendo a una vida más saludable y más larga. Sin embargo, hay un acuerdo entre los expertos en este campo en que los efectos de todos estos nuevos conocimientos conducirían a una mejora incluso más significativa de la salud, y a una disminución muy considerable de los costes sanitarios, si tales conocimientos se pudieran poner en práctica de forma más apropiada y si las prescripciones médicas se cumplieran más y más adecuadamente²⁴. Tal y como afirman Turk y Rudy²⁵, "la eficacia de los tratamientos no sólo depende de lo apropiado de los mismos, sino del grado en el que los pacientes cumplen con el tratamiento". Por ello, la importancia de la correcta observancia de las prescripciones médicas tiene que considerarse al mismo nivel que la de cualquier otra variable en los estudios de eficacia de los tratamientos médicos, y de la calidad asistencial.

A los problemas generados por el incumplimiento, se añaden los que plantean la falta de información de los médicos acerca de en qué medida la recuperación de sus pacientes está ligada al cumplimiento de sus prescripciones. El caso más paradigmático es el de Sackett, en los años setenta,

que trataba pacientes con hipertensión y que atribuía sus malos resultados a la "resistencia de la enfermedad" o a la inadecuación del tratamiento. Cuando descubrió la medida en la que el incumplimiento de sus prescripciones contribuía al fracaso de su tratamiento, organizó y publicó una importante serie de estudios y editó varios libros que pusieron de relieve la importancia del problema^{10,26}.

Esa relevancia de la conducta de incumplimiento viene dada por la consideración de que, aun teniendo presentes las dificultades de evaluación de las conductas de no cumplimiento, se estima que una media de un 40% de los pacientes no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos^{8,9,16,27,28}. Hay diferencias en función de diversos factores: en el caso de enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente a un porcentaje entre el 20 y el 40%, mientras que para las enfermedades crónicas se incrementa hasta el 45% o más, y en los casos en los que los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es todavía más alta^{13,29}. En España, por ejemplo, la prevalencia del incumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial oscila entre el 7,1 y el 66,2%, y la media ponderada del porcentaje de incumplidores puede situarse en el 45%^{11,12}.

En cualquier caso, hay que notar que estas cifras pueden estar subestimadas, ya que los datos se obtienen de estudios en los que la participación de los pacientes es voluntaria, por lo que se puede suponer que son pacientes con mayor motivación e interés en todos los aspectos relacionados con su salud, incluido, por supuesto, el del cumplimiento.

Las enfermedades agudas que se manifiestan con síntomas de dolor o incomodidad producen mayores tasas de cumplimiento que las enfermedades crónicas. La percepción de gravedad a través de los síntomas en las enfermedades agudas suele ser mayor que en las crónicas, lo que hace que un mayor porcentaje de pacientes cumpla sus regímenes terapéuticos⁸. Sin embargo, en muchas ocasiones, y cada día más, el tratamiento de los pacientes exige cambios en el estilo de vida, tales como la realización de programas de ejercicio, cambios en las actividades de la vida diaria, regímenes farmacológicos durante diferentes períodos, o tratamientos prolongados que exigen una implicación muy alta del paciente, que no tienen resultados a corto plazo y cuyo éxito se evalúa por la disminución de las secuelas y no por la curación en el sentido estricto tradicional^{8,30}. Todo ello hace que, en estos casos, las cifras de incumplimiento sean mucho mayores^{9,31,32}.

Explicación de la conducta de cumplimiento

La importancia que la conducta de cumplimiento o no cumplimiento de los regímenes terapéuticos ha tenido y tiene para el sistema sanitario, sobre todo en el marco de la atención primaria, ha llevado a una proliferación de estudios que han intentado explicarla. Este tipo de estudios creció a partir de los primeros intentos de entender y explicar las interacciones diádicas, particularmente de las que estaban relacionadas con los cambios de conductas o actitudes, y con la

capacidad de influencia y persuasión, como la de médico-paciente.

Muchos teóricos³³⁻³⁷ analizaron la interacción diádica en términos de un intercambio recíproco de recompensas y costes (*teoría del intercambio social*). En ese marco, los actores que interactúan intentan asegurar que sus recompensas o ganancias en ella excedan los costes del intercambio; por ello, la interacción se mantendrá si los beneficios son más que los costes (esto es, si es “reforzante”) para cada uno de los actores; y cesará si no es mutuamente reforzante para las partes implicadas. Sin embargo, los resultados de los estudios señalaron, también, que la experiencia de recompensas mutuas no garantiza la satisfacción con el intercambio, a menos que la distribución de recompensas sea percibida como proporcional a la contribución al intercambio que hace cada actor. La consideración de la importancia teórica y práctica de la justicia o injusticia percibida en el intercambio diádico resultó en la formulación de la teoría de la equidad de Adams³⁴.

En cualquier caso, la teoría del intercambio social proporciona un conjunto de ideas potencialmente valioso para entender la conducta de cumplimiento o de incumplimiento que la acerca a la más intuitiva y básica teoría del refuerzo.

La conducta de cumplimiento se ha explicado también mediante la teoría de la influencia social, definida como producción por una persona o grupo de cambios en las cogniciones, emociones o conductas en otra persona o grupo. French y Raven³⁸⁻⁴¹ identificaron diferentes bases del poder social (capacidad de influencia social): recompensa, coacción, legitimidad, experiencia, referencia e información. Diversos autores han investigado el cumplimiento terapéutico desde los supuestos de esa teoría, y han subrayado el papel de las bases del poder, es decir de la capacidad de influencia social, en la explicación de la conducta de cumplimiento o incumplimiento²⁴.

En forma parecida, Kelman⁴², en un trabajo clásico, determinó 3 fuentes de influencia social, que coinciden en parte con las de French y Raven: la complacencia, que opera cuando el receptor acepta influencia de otro porque intenta obtener un refuerzo o evitar un castigo; la identificación, que ocurre cuando el receptor acepta influencia de otro porque intenta mejorar su autoimagen identificándose o estableciendo una relación positiva con el agente influyente que le resulta atrayente por la similitud, y la interiorización, que opera cuando el receptor intenta formarse una opinión y adoptar una actitud objetivamente correcta y está pendiente de la validez de la información que recibe, de modo que atiende a la competencia del agente influyente sobre el conocimiento de la respuesta verdadera y su motivación para revelarla. La credibilidad del agente de la influencia es crucial en este caso.

Otro marco teórico desde el que se ha intentado la explicación de la conducta de cumplimiento es la *teoría de la atribución*⁴³. Esta teoría sugiere que los cambios de la conducta autoatribuidos se mantienen en una mayor medida que los cambios de conducta atribuidos a un agente o fuerza externa. El locus de control interno y el sentido de la autoeficacia⁴⁴, 2 conceptos relacionados con la autoatribución, juegan un papel relevante en la conducta de cumplimiento. Un aumento

del sentido de autoeficacia determina parcialmente la persistencia con que se mantiene la conducta de afrontamiento y, por tanto, tiene una relevancia obvia para el cumplimiento. El aumento de los sentimientos de autoeficacia del paciente implica generalmente el aumento de destrezas específicas que apoyan el cumplimiento terapéutico⁴⁵.

Los elementos de la teoría de la atribución se han visto potenciados por los análisis del papel de la motivación en el comportamiento. Los estudios al respecto, haciendo distinciones entre la motivación intrínseca y la extrínseca, han sugerido que, cuando somos recompensados potentemente por nuestra conducta, nos percibimos como motivados extrínsecamente, y que esta percepción tiene efectos sobre los cambios de conducta. Algunos estudios han demostrado que el énfasis sobre las recompensas externas disminuye la persistencia comportamental, presumiblemente porque disminuye la motivación intrínseca, y concluyen que, aunque las recompensas o castigos poderosos puedan ser útiles para iniciar una nueva conducta, o para cambiar una ya establecida, el cumplimiento continuo de un régimen terapéutico puede requerir que se disminuyan los estímulos externos relevantes para que el paciente tenga más oportunidades de atribuirse a sí mismo el control de su conducta.

Finalmente, el estudio de los factores que influyen en la adopción y mantenimiento de nuevos comportamientos saludables (entre los que se incluyen los de cumplimiento terapéutico) o en el cese de conductas insalubres, ha sido un aspecto de especial interés dentro de los denominados *modelos de cognición social*, que consideran que los factores cognitivos pueden producir variaciones en los comportamientos y que contribuyen en gran manera a la modificación de conductas de salud. Estos modelos subrayan la relación directa entre los factores cognitivos y los comportamientos de salud. El foco de interés de los modelos de cognición social está en las cogniciones o pensamientos como procesos que intervienen entre el estímulo observado y las respuestas en situaciones reales específicas. Entre estos modelos, la teoría de Bandura^{44,46-48} insiste en el papel relevante de la autoeficacia percibida, entendida como los juicios que cada uno hacemos acerca de nuestras capacidades, sobre cuya base organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. De igual modo, para Conner y Norman⁴⁹, la autoeficacia es uno de los predictores más poderosos de la conducta de salud.

Todas estas explicaciones de la conducta de cumplimiento o incumplimiento no son excluyentes en absoluto, sino complementarias, y tan sólo nos faltan estudios que procuren su integración y la verifiquen empíricamente.

Factores que influyen en la conducta de cumplimiento terapéutico

Dentro de estos marcos teóricos, o incluso fuera de ellos, la investigación acerca de la conducta de cumplimiento terapéutico ha estudiado un conjunto amplio de factores explicativos del cumplimiento o incumplimiento, que se contemplan en una u otra teoría^{4,5,7-9,11}.

El primer grupo de factores estudiados ha sido el de las *variables sociodemográficas*, fundamentalmente el sexo, la edad, la clase social y el estado civil^{7,13,50,51}. En general, no parece que haya relación entre estas variables y el cumplimiento, o la hay muy poca^{13,52-54}; aunque, sin embargo, algunos estudios hayan encontrado que las mujeres casadas cumplen menos que las mujeres solteras y que los varones solteros cumplen menos que los varones casados²⁰; y otros que han encontrado que la edad también parece estar relacionada en algunos casos con el cumplimiento; así, los adolescentes cumplen menos tratamientos de larga duración, o tratamientos que los diferencian de sus grupos de iguales⁵⁵.

Un segundo grupo de factores, que está claramente relacionado con el cumplimiento terapéutico, es el constituido por las características del propio régimen terapéutico. Los tratamientos médicos tienen características muy diferentes: complejidad, duración, coste, efectos secundarios y grado en que exigen modificación de los hábitos de vida del paciente. La complejidad del tratamiento viene dada por el número de fármacos a tomar, dosis, acciones, instrucciones o restricciones especiales, cambios comportamentales implicados, etc. Cuanto mayor es la complejidad del tratamiento tanto mayor es la probabilidad de incumplimiento^{56,57}. La duración del tratamiento es otro factor que los estudios han demostrado relacionado con el cumplimiento, que tiende a disminuir con el tiempo. Los regímenes terapéuticos de larga duración están habitualmente asociados a enfermedades crónicas y sus efectos son más lentos y menos perceptibles^{58,59}. Un tercer factor ligado claramente al cumplimiento lo constituyen los efectos secundarios. Los efectos secundarios negativos de un tratamiento disminuyen la probabilidad del cumplimiento. Finalmente, los efectos curativos percibidos del tratamiento determinan claramente el cumplimiento. Si el paciente no percibe ningún efecto beneficioso del tratamiento, la probabilidad del cumplimiento disminuirá significativamente⁵⁰.

El tercer grupo de factores relacionados con el cumplimiento es el de las *características de la enfermedad*. En particular, la *gravedad de la enfermedad percibida por el paciente*, así como la *vulnerabilidad percibida a la enfermedad o sus consecuencias*, tienen una relación claramente significativa con el cumplimiento. No sucede así cuando la gravedad de la enfermedad es percibida sólo por el médico. Por otro lado, cuando la enfermedad cursa con síntomas que responden clara y rápidamente al tratamiento, la probabilidad del cumplimiento es mucho más alta^{8,50}.

Un cuarto grupo de factores relacionados con el cumplimiento terapéutico está formado por los costes derivados del mismo. En un sistema sanitario como el español, este factor tiene una menor relevancia en su cuantía económica, pero sigue siendo relevante si dentro de él incluimos variables tales como la distancia a recorrer para recibir el tratamiento, el tiempo de espera en las consultas, los cambios en los hábitos y estilo de vida del paciente que implica o puede implicar el tratamiento, la aparición de efectos secundarios, la incompatibilidad horaria, etc.⁵⁸.

Un quinto grupo de factores lo forman características *psicosociales del paciente*. La observancia del tratamiento viene determinada, en parte importante, por *factores cogniti-*

vos y emocionales (conocimientos, creencias, actitudes, estados de ánimo, características de personalidad, motivación, entre las más relevantes). Por ejemplo, los pacientes olvidan mucho de lo que el médico les dice, o los pacientes moderadamente ansiosos recuerdan más que los que están muy ansiosos o los que no lo están en absoluto. Igualmente, el *apoyo social* que recibe el paciente está directamente asociado con el cumplimiento. Por ejemplo, a mayor apoyo familiar, más cumplimiento^{9,60}.

Finalmente, quizás uno de los factores más relevantes para el cumplimiento de los tratamientos médicos es la *interacción entre el médico y el paciente*. La buena comunicación es esencial para que el paciente cumpla el tratamiento. La buena comunicación toma tiempo, y ocurre cuando el estilo de relación del médico es “centrada en el paciente”. La investigación ha demostrado que cuando el estilo del médico es “centrado en el paciente” aumenta el cumplimiento y la satisfacción de los pacientes^{27,61}.

Gestión de la conducta de cumplimiento terapéutico y calidad asistencial

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la asistencia sanitaria es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”⁶². En consonancia con esta definición, Donabedian⁶³ ha propuesto 3 puntos de vista diferentes con objeto de definir la atención médica de calidad en función de los elementos que la integran (aspectos científico-técnicos, interpersonales y del entorno), los factores resultantes (grado de atención, costes y riesgos y beneficios) y quién la define. Por lo que toca al punto de vista científico-técnico, la calidad de la atención médica estribaría en el grado en que se consiguiera restaurar la salud del paciente teniendo en cuenta sólo la ciencia y tecnología médicas, es decir, estribaría en proporcionar un tratamiento que alcanzara el mejor equilibrio entre beneficios y riesgos. Pero dado que conseguir ese objetivo (la restauración de la salud del paciente) exige, como se ha visto, el cumplimiento del tratamiento que sea, la calidad de la atención médica implica aplicar conocimientos científicos y tecnologías (en este caso comportamentales) para conseguir ese cumplimiento. Si se consideran los elementos “interpersonales”, es el usuario el que define la calidad de la asistencia que recibe, poniendo en juego sus expectativas y valoraciones acerca de los costes, los beneficios y riesgos que esa atención comporta. La calidad asistencial implica, desde este punto de vista, que el paciente tome decisiones sobre la base de la interacción médico-paciente, y parte de esas decisiones versan acerca de lo que se entiende como conducta de cumplimiento. Finalmente, desde el punto de vista del entorno, o contexto social, es la propia comunidad la que define la calidad asistencial, debiendo considerar los beneficios y costes para toda ella, y su valoración de los

servicios prestados al menor coste social. Dado que los costes del incumplimiento son relevantes para el sistema sanitario, desde esta perspectiva la conducta de cumplimiento también es relevante para la calidad asistencial.

Como se ve, la gestión de la calidad está, por tanto, ligada a la gestión del cumplimiento terapéutico. Hay 2 caminos claramente diferentes para "gestionar la conducta de cumplimiento", sobre todo para reducir las tasas de incumplimiento. El primero corresponde al ámbito de la conducta del paciente, y el segundo al ámbito de la conducta del médico.

Por lo que se refiere al paciente, 4 temas son relevantes:

- El primero es el "refuerzo". Cabe esperar que la conducta de cumplimiento seguida de consecuencias placenteras o de una reducción de consecuencias aversivas, debiera repetirse con mayor probabilidad; a este respecto es particularmente relevante la "calidad de la prescripción". Si, por otro lado, la generación de la conducta y de las consecuencias es autoatribuida, su impacto sobre el cumplimiento será tanto mayor. Numerosos investigadores han demostrado la eficacia de los procedimientos de autorrecompensa.

- El segundo es el "autorregistro" (*self-monitoring*). Es particularmente deseable para identificar los antecedentes clave y situaciones que son únicamente compatibles con la ejecución de la conducta de cumplimiento. De acuerdo con los pocos estudios disponibles, parece que el autorregistro no es muy útil para aumentar el cumplimiento. Sin embargo, puede ser un componente útil o necesario de estrategias de cumplimiento de componentes múltiples, y también es relevante para considerar la necesidad de la participación del paciente en su tratamiento, implicada por la presencia de los elementos interpersonales en el concepto de calidad asistencial.

- El tercero es el del contrato comportamental. Una de las principales ventajas de los procedimientos de "contrato comportamental" es que fuerzan al paciente a salirse de su papel de "enfermo/paciente" y le exigen asumir y especificar su responsabilidad por su propia conducta. Por otro lado, en la medida en que los pacientes ven el contrato como dándoles capacidad de elegir su cumplimiento, se puede reducir la reactancia social.

- El cuarto es el de entrenamiento en autoinstrucciones. En la medida en que los procesos autoinstruccionales (y otros de mediación cognitiva) modifican la percepción de la autoeficacia, pueden producir un aumento del cumplimiento.

Las expectativas de eficacia afectan la persistencia con la que los pacientes continuarán intentando afrontar los acontecimientos estresantes, y cumplir con un régimen terapéutico puede ser, ciertamente, estresante. Es importante que las expectativas del proceso de cumplimiento terapéutico sean congruentes con lo que el paciente experimenta, ya que de otra manera disminuirá el cumplimiento. La estimulación de expectativas de cumplimiento apropiadas puede reducir los sentimientos negativos de desmoralización y desesperanza. El entrenamiento autoinstruccional puede ayudar a reducir estos sentimientos negativos permitiendo que el paciente reetiquete o reinterprete la razón de su problema.

Finalmente, y como grupo diferente, hay un conjunto de técnicas destinadas fundamentalmente a la modificación de creencias, actitudes y atribuciones del paciente respecto de su enfermedad o de la propia prescripción terapéutica. Estas técnicas pedagógicas ayudarán a mejorar los conocimientos y actitudes del paciente respecto de su enfermedad y su tratamiento, a que elabore estrategias para evitar los olvidos de cumplimiento, y permitirán combatir algunas de las barreras que dificultan o impiden el cumplimiento.

Por lo que se refiere a los médicos, el camino más importante pasa por mejorar su estilo de relación (y de comunicación, dentro de ella) con el paciente. Diferentes autores han señalado diversas técnicas eficaces de presentar la información médica, que incluyen: simplificar las instrucciones usando un lenguaje claro; usar oraciones específicas y concretas; dividir los tratamientos complicados y complejos en partes más cortas y sencillas; subrayar la información clave, estableciendo lo que es importante y por qué, y presentándolo al comienzo de la sesión; usar instrucciones escritas; hacer que el paciente repita las instrucciones, y asegurarse de que las ha entendido con sus propias palabras^{61,64}.

En España, Márquez Contreras H et al¹² han hecho una revisión acerca de las estrategias para mejorar el cumplimiento, y han propuesto, para el caso particular de la hipertensión arterial, los siguientes grupos: a) estrategias para mejorar los conocimientos y actitudes del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento; b) estrategias para evitar los olvidos en la toma de medicación; c) estrategias de actuación ante los efectos adversos de la medicación; d) estrategias para combatir las barreras de soporte social, familiar y sanitario; y concluyen que la mejor estrategia es una combinación de todas ellas. Como puede verse, esta propuesta puede ser generalizada a muchas otras enfermedades.

Los estudios relacionados con procedimientos que tienen que ver con estrategias organizacionales (modificar la prestación del servicio sanitario) han sido equívocos, y son necesarios más estudios y mejor diseñados para determinar, por ejemplo, si una supervisión más frecuente aumentará o no, mantendrá o no, el cumplimiento.

Sin duda, una mejor gestión del cumplimiento terapéutico, sobre todo donde mayor es la tasa de incumplimiento, que es en la atención primaria, ha de mejorar a su vez la calidad de la asistencia sanitaria. Esa calidad asistencial incluye, como se ha señalado, la calidad de la prescripción. A ese respecto, el Comité Permanente de Médicos Europeos produjo en 2002 una serie de recomendaciones, aprobadas por el Consejo Europeo, entre las que estaban: promover un formato de receta médica moderno y adecuado en el que se incluya la información necesaria para asegurar el buen cumplimiento por parte del enfermo de las indicaciones dadas por el médico, y recomendar a las facultades de medicina la introducción de mejoras en la enseñanza de la terapéutica farmacológica, potenciando las habilidades en la prescripción y en la comunicación con los pacientes.

Esta segunda recomendación es pertinente, no sólo porque, como ha quedado dicho, hay factores explicativos del in-

cumplimiento que tienen que ver con la interacción, buena comunicación y mejor información al paciente, sino porque la mayoría de los autores coincide en señalar que una de las variables más importantes para definir la calidad es la percepción del cliente y su satisfacción. En el sistema sanitario, cada día más, se considera al paciente como una fuente importante de información para rediseñar los procesos asistenciales y aumentar la calidad. La perspectiva del cumplimiento subraya, precisamente, que son las percepciones, actitudes y, en consecuencia, los actos del paciente, en relación con la terapia indicada, los que se deben respetar y considerar durante todo el proceso asistencial, para conseguir los objetivos terapéuticos y, además, la satisfacción del paciente, en un proceso circular, puesto que el aumento de su satisfacción mejorará las tasas de cumplimiento. Por ello, el estudio del cumplimiento terapéutico es una parte central en el análisis de la calidad asistencial en la atención primaria; entre otras cosas, porque como se ha podido ver, la mayor parte de las variables que tienen que ver con el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas está relacionada con las percepciones del paciente, y se sabe que la percepción del cliente es extremadamente importante en los modelos de gestión total de la calidad⁶⁵⁻⁶⁷.

Sin duda, si se quiere asegurar el cumplimiento, adherencia al tratamiento, en suma el éxito terapéutico, y conseguir así calidad asistencial, son necesarias unas condiciones de trabajo con un entorno y tiempo mínimo para atender al paciente muy alejado de la situación actual. El acto médico precisa de un tiempo suficiente para la toma de decisiones para trasladar al paciente las explicaciones oportunas, contestar sus dudas, confirmar que las instrucciones y explicaciones han sido comprendidas, y comunicarse, en fin, con cada paciente de una forma adecuada. Cuando no ocurre así, se crean tensiones entre el médico y el paciente, aparece la duda, la desconfianza, el equívoco, el abandono, y fracasa la relación médico-paciente, que es la causa central de los problemas relacionados con el fracaso o el éxito terapéutico. Como señala Baos Vicente⁶⁸, cada día más la calidad asistencial se mide sobre la base de la satisfacción del usuario. La participación del enfermo, y la corresponsabilidad en la toma de decisiones es una asignatura pendiente de todos los médicos españoles, tanto en la atención hospitalaria como en la primaria, donde la escasez de tiempo, por un lado, y la falta de una sensibilización previa desarrollada en la formación de pregrado y posgrado, por otro, hacen que el paciente sea, en la mayoría de los casos, mínimamente informado y rara vez consultado acerca de los aspectos que interesan a su propia salud.

Bibliografía

- Marston M. Compliance with medical regimens: A review of the literature. *Nurs Res.* 1970;19:312-23.
- Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care.* 1975;13:10-24.
- Blackwell B. Compliance. *Psychother Psychos.* 1992;58:161-9.
- Demarbre V. Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología.* 1994;61:71-7.
- Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico. ¿Qué conocemos de España? *Aten Primaria.* 2001;27:559-68.
- Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Gil Guillén V, De la Figuera M, Martell N. Prevalencia del incumplimiento terapéutico en España entre los años 1984-2001. *Hipertensión.* 2002;19:12-6.
- Rodríguez-Marín J. Motivación y psicología de la salud. En: Mayor J, Tortosa M, editores. *Ámbitos de aplicación de la psicología motivacional.* Bilbao: DDB; 1990. p. 29-65.
- Rodríguez-Marín J. *Psicología Social de la Salud.* Madrid: Síntesis; 1995.
- Ferrer-Pérez VA. "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y salud. *Rev Psicol Salud.* 1995;7:35-61.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance with health care.* Baltimore: J. Hopkins University Press; 1979.
- Márquez Contreras E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial [consultado 30 de marzo de 2006]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/lave/c053/marquez.pdf>
- Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. *Formación Médica Continuada.* 2001;8:558-73.
- Cluss PA, Epstein LH. The measurement of medical compliance in the treatment of disease. En: Karoly P, editor. *The measurement strategies in health psychology.* New York: Wiley; 1985.
- Epstein LH, Cluss PA. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *J Consult Clin Psychol.* 1982;50:950-71.
- Sarafino E. *Health Psychology: Biopsychosocial interactions.* New York: Wiley & Sons; 1990.
- Meichenbaum D, Turk DC. *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook.* New York: Plenum Press; 1987.
- Chen CY, Neufeld PS, Feely CA, Skinner CS. Factors influencing compliance with home exercise programs among patients with upper-extremity impairment. *Am J Occup Ther.* 1999;53:171-80.
- Rudman LA, Gonzales MH, Borgida E. Mishandling the gift of life: Non compliance in renal transplant patients. *J Appl Soc Psychol.* 1999;29:834-51.
- Charney E, Bynum R, Eldredge D, Frank D, MacWhinney JB, McNabb N, et al. How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. *Pediatrics.* 1967;40:188-95.
- Vincent P. Factors affecting noncompliance: A theoretical approach. *Nurs Res.* 1971;20:509-16.
- Evans RI, Rozelle RM, Lasatere TM, Dembroski TM, Allen BP. Fear appeal, persuasion, and actual versus implied behavioral change. *J Pers Soc Psychol.* 1970;16:220-7.

22. Irwin DS, Weitzell WD, Morgan DW. Phenothiazine intake and staff attitudes. *Am J Psychiatry*. 1971;127:1621-35.
23. Kaplan De-Nour A, Czaczkes JW. Personality factors in chronic hemodialysis patients causing non-compliance with medical regimen. *Psychosom Med*. 1972;34:333-44.
24. Raven BH. Social power and compliance in health care. En: Maes S, Spielberger CD, Defares PB, Sarason IG, editors. *Topics in Health Psychology*. London: Wiley & Sons; 1988.
25. Turk DC, Rudy TE. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients-relapse, noncompliance and adherence enhancement. *Pain*. 1991;44:5-28.
26. Sackett DL, Haynes RB. *Compliance with therapeutic Regimens*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press; 1976.
27. DiMatteo MR. Physician-patient communication. Promoting a positive health care setting. En: Rosen JC, Solomon LJ, editors. *Prevention in health psychology*. Hannover NH: University Press of New England; 1985. p. 328-65.
28. Hammond A, Lincoln N, Sutcliffe L. A crossover trial evaluating an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Patient Education Counsel*. 1999;37:19-32.
29. Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipemias. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:565-7.
30. Climent JM, Sánchez J. Indicadores de salud y medicina de rehabilitación: estimadores de incapacidad en la población. *Rehabilitación*. 1996;30:277-86.
31. Nicholas MK. Compliance: A barrier to occupational rehabilitation. *J Occupat Rehab*. 1995;5:271-82.
32. Brus H, Van der Laar M, Taal E, Rasker J, Wiegman O. Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: The importance of self-efficacy expectations. *Patient Education Counsel*. 1999;36:57-64.
33. Thibaut JW, Kelley HH. *The social psychology of groups*. New York: Wiley; 1959.
34. Adams JS. Inequity in social exchange. En: Berkowitz L, editor. *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 2. New York: Academic Press; 1965. p. 266-300.
35. Blau PM. *Exchange and power life*. New York: Wiley; 1964.
36. Homans GC. Social behavior as exchange. *Am J Sociology*. 1958;63:597-606.
37. Kelley HH, Thibaut JW. *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. New York: Wiley; 1978.
38. French JR, Raven B. The bases of social power. En: Cartwright D, editor. *Studies in social power*. Ann Arbor: University of Michigan; 1959. p. 150-67.
39. Raven BH. Social influence and power. En: Steiner ID, Fishbein M, editors. *Current Studies in Social Psychology*. New York: Rinehart and Winston; 1965. p. 371-82.
40. Raven BH. The comparative analysis of power and power preference. En: Tedeschi J, editor. *Perspectives on Social Power*. Chicago: Aldine; 1974. p. 172-200.
41. Raven BH. Interpersonal influence and social power. En: Raven BH, Rubin JZ, editors. *Social Psychology*. New York: Wiley; 1983. p. 399-443.
42. Kelman HC. Compliance, identification, and internalization: three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*. 1958;2:51-60.
43. Kelley HH. Attribution theory in social psychology. En: Levine D, editor. *Nebraska Symposium on Motivation*. Vol. 15. Lincoln: University of Nebraska Press; 1967. p. 192-240.
44. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84:191-215.
45. Sitges E, Rodríguez-Marín J, Martín Aragón M, Pastor MA, Mira JJ. Cumplimiento terapéutico y autoeficacia percibida en la rehabilitación física. En: Piña JA, Obregón FJ, Vera JA, editores. *Psicología y salud en Iberoamérica*. Hermosillo: Universidad de Sonora; 2003. p. 215-34.
46. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*. 1982;37:122-47.
47. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.
48. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Co. Publishers; 1997.
49. Conner M, Norman P. The role of social cognition in health behaviours. En: Conner M, Norman P, editors. *Predicting health Behaviour: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press; 1995. p. 1-22.
50. Becker MH, Rosenstock IM. Compliance with medical advice. En: Steptoe A, Mathews A, editors. *Health care and human behaviour*. London: Academic Press; 1984.
51. Rodríguez-Marín J, Martínez M, Valcárcel MP. Psicología Social y Psicología de la Salud. En: Rodríguez-Marín J, editor. *Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad*. Barcelona: PPU; 1990. p. 13-26.
52. Eagly AH, Carli L. Sex of researchers and sex-typed communications as determinants of sex differences in influence-ability: A meta-analysis of social influence studies. *Psychological Bulletin*. 1981;90:1-20.
53. Eagly AH, Wood W. Inferred sex differences in status as a determinant of gender stereotypes about social influence. *J Per Soc Psychol*. 1982;43:914-8.
54. Steffen VJ, Eagly AH. Implicit theories about influence style: The effects of status and sex. *Pers Soc Psychol Bull*. 1985;11: 191-205.
55. Amaral PL. The special case of compliance in the elderly. En: Gerbert E, Nehemkis AM, editors. *Compliance: The dilemma of the chronically ill*. New York: Springer; 1986.
56. Kirscht JP, Rosenstock IM. Patients' problems in following recommendations of health experts. En: Stone GC, Cohen F, Adler NE, editors. *Health psychology. A handbook*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
57. Greenberg RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clin Therapy*. 1984;6:592-9.
58. Haynes RB. A critical review of the determinants of patient compliance. En: Sackett DL, Haynes RB, editors. *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1976.

59. Varni JW, Babani L. Long-term adherence to health care regimens in pediatric chronic disorders. En: Krasnegor NA, Arasteh JD, Cataldo MF, editors. *Gild health behavior: A behavioral pediatrics perspective*. New York: Wiley; 1986.
60. DiMatteo MR, DiNicola DD. Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon; 1982.
61. Ley PH. Satisfaction, compliance, and communication. *Br J Clin Psychology*. 1982;41:483-98.
62. World Health Organisation. Regional Office for Europe. The principle of quality assurance, Report on a Who meeting. Copenhagen: OMS. Euro Report and Studies Series, núm. 94; 1985.
63. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Regent of the University of Michigan; 1980.
64. Rosenstock IM. Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*. 1985;8:610-6.
65. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*. 1998;13:92-7.
66. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Buil JA. Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*. 1999;74:3-11.
67. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:36-42.
68. Baos Vicente V. La calidad en la prescripción del medicamento. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 1999;23:45-54.