
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO: ASPECTOS PSICOSOCIALES

Silvana D'Anello K.

DEFINICIONES

El cumplimiento del tratamiento médico se refiere al grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento dadas por un profesional de la salud. El no cumplimiento, por otra parte, se refiere a la ignorancia, olvido, o falta de entendimiento del régimen sugerido por el médico. En la literatura especializada, se hace distinción entre los términos *cumplimiento* y *adherencia*. El primero connota un papel pasivo en el fiel seguimiento de las directrices recibidas; el segundo, más ampliamente admitido, implica la activa colaboración voluntaria del sujeto (DiMatteo, 1990). Sin embargo, pareciera que ambos términos son utilizados indistintamente. El incumplimiento, o la adherencia incorrecta, incluye aspectos como la omisión de tomas, la reducción de la dosis prescrita, el no respetar los intervalos o frecuencias de administración propuestas, o el no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

EL PROBLEMA

Uno de los más graves problemas que actualmente enfrentan los profesionales de la salud es cómo maximizar el cumplimiento de los planes terapéuticos en los pacientes. Algunos investigadores en el área han ofrecido afirmaciones que claramente reflejan la gravedad de la situación, al estilo de Horwitz y Horwitz (1993): “la noadherencia a los regímenes médicos es un problema *monumental* para el cuidado de la salud” (p. 269). Este problema está presente en todas las áreas de la práctica clínica. De hecho, han sido ampliamente reportadas las bajas tasas de adherencia a los tratamientos en una variedad de situaciones, condiciones y poblaciones. Por ejemplo, en un estudio conducido en, aproximadamente 2.000 pacientes con diferentes enfermedades, Kaplan y Simon (1990) encontraron que el 45 % de los pacientes incumplían la toma de la medicación como había sido prescrita. Igualmente, el 49% de los pacientes postinfartados abandonaban, durante el primer año, el cumplimiento de los ejercicios físicos. Este problema se exagera en pacientes de bajos ingresos económicos, en quienes se han reportado tasas de incumplimiento de hasta 65%. Igualmente, en pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos, se ha reportado que un 80% no llevan a cabo, al menos, un elemento del régimen sugerido (Rosenstock, 1989). En pacientes asmáticos, medidas objetivas han documentado que sólo cerca del 50% de la medicación inhalada es tomada, y que el apego al tratamiento no mejora a medida que la enfermedad se hace más severa (Milgrom, Bender, Ackerson, Bowry, Smith y Rand, 1996).

A pesar de ser una práctica común, la falta de adherencia es poco detectada por los profesionales de la salud (Steel, Jackson y Gutmann, 1990). La variación sustancial de los estimados del incumplimiento y el fracaso para reconocerlo, son probablemente el resultado de dos limitaciones en los esfuerzos para comprender el fenómeno de la adherencia: medidas

imprecisas de adherencia (Johnson, Tomer, Cunningham, y Henretta, 1990) y escasa comprensión y conocimiento de los factores que la afectan. En todo caso, las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos más fuertes.

VARIABLES PREDICTORAS DEL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Las múltiples variables que, posiblemente, pudieran estar asociadas al cumplimiento del tratamiento médico han sido estudiadas en los últimos 30 años por diversas disciplinas (Medicina, Sociología, Psicología, Salud pública). La mayoría de las investigaciones se han concentrado en las características personales y demográficas del paciente, así como en sus valores, creencias, actitudes y expectativas, o en la influencia social y experiencias pasadas. Recientemente, la conducta del médico y la satisfacción con el sistema de salud también han sido estudiados como aspectos cruciales que afectan la predicción (DiMatteo, Sherlourne y otros, 1993). A fin de lograr una mejor comprensión, en el presente trabajo se presentan: (a) variables del paciente; (b) variables del tratamiento; (c) variables asociadas al trastorno o enfermedad, y (d) variables de relación o interacción médicopaciente (Macia y Méndez, 1998).

Variables asociadas al paciente: Edad, sexo y aspectos socioculturales.

En los primeros estudios sobre adherencia se encontró que algunas características personales y demográficas (edad, sexo, status socioeconómico, raza o religión) no parecían tener poder explicativo sobre el particular (Cluss y Epstein, 1985). Sin embargo, cuando algunos de estos factores fueron combinados, o relacionados con otros, la asociación con adherencia resultó más clara. Considerando el factor edad (el cual parece afectar la adherencia en diferentes formas, dependiendo de la edad de los sujetos y del tipo de enfermedad) se ha encontrado que: (a) en niños con cáncer, los problemas de cumplir con procedimientos específicos, tales como usar antibióticos correctamente, fueron mayores para los más jóvenes. Aunque estos procedimientos son controlados por los padres, la edad del niño hizo la diferencia (Manne, 1993); (b) entre niños y adolescentes diabéticos, los adolescentes muestran menos adherencia a sus dietas especiales que los niños más pequeños (Johnson, 1992); (c) en hipertensos en edades comprendidas entre 35 y 84 años, la toma de los medicamentos es más alta para aquellos con edades entre 65 y 74 años y más baja en aquellos que superan los 75 años (Morell y otros, 1995).

La influencia del sexo y otros aspectos socioculturales también depende de las circunstancias. Por ejemplo, la alta preocupación de las mujeres por bajar de peso parece interferir con el uso de medicamentos para controlar el azúcar en la sangre (Polonsky y otros, 1994). Asimismo, en algunas culturas, no se acepta tomar un medicamento de por vida, como ocurre en la hipertensión, ya que la 'cura' es vista como parte del proceso (Baines, 1992).

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE

Una aproximación psicosocial al cumplimiento del tratamiento tendría como meta comprender la eventual disposición del paciente a internalizar la ejecución de la conducta recomendada, cuando es removido en tiempo y/o lugar de la fuente de influencia (Rodin, 1982). Así, desde esta perspectiva, el cumplimiento con el tratamiento estaría determinado por la naturaleza de la relación interpersonal de la cual el requerimiento por *complacer* es derivado: cumplir o complacer involucra un proceso de influencia social en el cual una persona real o imaginada (el médico) afecta la conducta de otra (el paciente).

La mente del paciente no es una tabla en blanco en la cual el médico graba prescripciones para la salud. Cualquier cosa que el médico le comunique al paciente acerca del régimen para su cuidado, no solamente es filtrada a través del sistema de creencias que posee el paciente sobre la salud, sino que además, se ve afectada por las expectativas de otras personas acerca de la conducta de ese paciente. Estas creencias y normas sociales, por tanto, conforman el contexto sobre el cual descansan los intentos del médico por influenciar el cumplimiento de lo prescrito. Debe entonces entenderse que hay factores psicológicos y sociales que operan de manera extremadamente compleja para inducir la obediencia al tratamiento. Y que el fracaso en lograr un cumplimiento cabal del mismo sugiere fracaso en la producción de cambios de actitudes y conductas.

El Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) es una aproximación teórica que explica el problema del cumplimiento del tratamiento. Básicamente, parte de la premisa de que las creencias y expectativas influyen la conducta. Y específicamente propone que el seguimiento de las recomendaciones médicas depende de los siguientes factores: (a) el grado de amenaza de la sintomatología, determinado por el nivel de *susceptibilidad* percibido, o vulnerabilidad a la enfermedad, incluyendo la aceptación del diagnóstico; (b) el grado de *severidad* de las consecuencias tanto físicas como sociales de no tratar la enfermedad; (c) la percepción de los *beneficios* y *costos* del tratamiento, y (d) la *motivación hacia la salud*, referida tanto a la preocupación del paciente por materias relacionadas con la salud como a la intención de implementar conductas dirigidas a mantener o mejorar la salud (Becker y Maiman, 1975). En resumen, el modelo sugiere que las personas cumplen con el régimen médico bajo condiciones bien delimitadas. Los pacientes deben verse como vulnerables a la enfermedad y deben creer que la enfermedad es realmente seria. Adicionalmente, deben estar convencidos de que el tratamiento será efectivo y verlo como alternativa viable para establecer control sobre la enfermedad; además, deben percibir que el costo del control no es tan alto comparado con los beneficios. Finalmente, deben sentirse motivados para mejorar su estado general de salud. Se asume, entonces, que los pacientes que no están amenazados por el problema de salud o evalúan que las barreras que presenta el régimen sobrepasan los beneficios, muy probablemente no cumplirán el tratamiento (Becker y Rosentock, 1984).

Las creencias de los pacientes que más parecen sorprender a los practicantes son las relacionadas con la aceptación del diagnóstico. Generalmente, los pacientes poseen poderosas y bien definidas creencias sobre la salud que contradicen las de los médicos. Los orígenes de tales creencias son múltiples: la cultura, creencias familiares, experiencias anteriores con la enfermedad, interpretación inapropiada de la información científica y aceptación de explicaciones no médicas.

Algunas investigaciones sugieren que ciertos pacientes mantienen creencias irracionales que pueden afectar la adherencia (Weinstein, 1984). Existe la tendencia a sesgar, por exceso de optimismo, los juicios acerca de los riesgos de la salud; ello significa que muchas personas que ven amenazada su salud, tienden a creer que son menos susceptibles a contraer una enfermedad determinada que el resto de las personas. La distorsión cognitiva puede también afectar la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, personas propensas a hacer sobre generalizaciones acerca de experiencias relacionadas con su salud, evalúan las recomendaciones médicas como innecesarias, dada una experiencia pasada objetivamente irrelevante (“esta recomendación no me sirvió cuando yo tenía la enfermedad X, por lo tanto no debe ser útil ahora”). Similarmente, pacientes propensos a hacer inferencias irracionales acerca de efectos comunes, pero displacenteros del tratamiento, tienden a desvalorizar el uso del régimen prescrito (“un

medicamento que me hace sentir cansado no puede ser bueno para mi”) (Christensen, Moran y Wiebe, 1999).

Leventhal y sus colegas (Leventhal, Meyer, y Nerez, 1980; Leventhal, Zimmerman y Gutmann, 1984; Leventhal y Diefenbach, 1991) desarrollaron un modelo teórico conocido como “*El modelo del sentido común de la representación de la enfermedad*”. El modelo asume que cada persona posee su propia teoría sobre la enfermedad y que dicha representación influencia su ajuste a la enfermedad, a través del impacto sobre las formas de enfrentamiento (‘coping’), el cumplimiento del régimen de tratamiento y la autoevaluación. Dependiendo de la interpretación de los estímulos internos y externos, el paciente “construye” su modelo de la enfermedad el cual abarca desde el diagnóstico, los síntomas, la duración, las causas y consecuencias, hasta los planes de acción para la curación. En relación con esto último, se ha encontrado que los pacientes que creen que el tratamiento elimina los síntomas y, por tanto, cura la enfermedad subyacente, dejan de cumplirlo una vez que los síntomas desaparecen. En tal sentido, la comprensión de la “construcción” que el paciente haga de su enfermedad es un elemento crítico a considerar cuando se evalúa la adherencia al tratamiento.

Otra teoría que ha guiado algunas de las investigaciones recientes sobre la adherencia es *la Teoría sobre la Autodeterminación* (Deci y Ryan, 1985). En ella se distinguen dos formas de regulación conductual: (a) la autónoma y (b) la controlada. Las conductas son *autónomas* cuando las personas experimentan un verdadero sentido de volición y escogencia, y actúan debido a la importancia personal de la conducta. Contrariamente, las conductas son *controladas* cuando son ejecutadas debido a que las personas se sienten presionadas, ya sea por fuerzas externas o intrapsíquicas. Se ha demostrado que la regulación autónoma está positivamente asociada con la participación activa en el cumplimiento del tratamientos en alcoholismo (Ryan, Plant y O’Malley, 1995) y control de la glucosa en pacientes con diabetes (Williams y Deci, 1996).

Williams, Rodin, Ryan, Grolnick y Deci (1998) afirman que la regulación autónoma de la conducta sería el mejor predictor de adherencia. De hecho, esta variable explicó el 68% de la varianza en las medidas de auto reporte del cumplimiento del tratamiento en un grupo de pacientes adultos con variadas enfermedades. Más aún, la percepción del apoyo ofrecido por el médico a la autonomía también estuvo asociada con la adherencia, cuyos efectos fueron mediados por la autonomía del paciente. Otras investigaciones han demostrado que la regulación alcanza mayor autonomía cuando familiares, educadores, proveedores de cuidados de salud y programas de intervención, estimulan y apoyan la autonomía.

Así, en un estudio realizado por Williams y otros (1996) se reveló que cuando los proveedores de un programa de pérdida de peso (medicamento supervisado) fueron percibidos como propiciadores de autonomía, los pacientes atendieron al programa más regularmente y evidenciaron mayor mantenimiento de pérdida de peso durante los 23 meses siguientes. Este tipo de hallazgo es importante debido a las implicaciones que tiene para los programas de intervención dirigidos a incrementar la adherencia a los tratamientos.

De acuerdo con esta perspectiva, si los médicos estimulan y apoyan las iniciativas, reconocen los sentimientos de los pacientes, minimizan la presión, ofrecen la posibilidad de escogencia de regímenes de tratamiento y proveen explicaciones claras y significativas para las conductas sugeridas, podrán facilitar una motivación más autónoma en los pacientes. Afortunadamente, ya se ha demostrado que los estudiantes de medicina pueden ser entrenados para conducirse de modo que apoyen la autonomía (Williams y Deci, 1996), y creemos que el momento ha llegado para que los diseñadores de curricula en Escuelas de Medicina consideren la importancia de ciertas habilidades interpersonales, las cuales están siendo ahora vinculadas a una gran variedad de resultados en el cuidado de la salud.

El *compromiso* del paciente ha sido otra variable asociada al cumplimiento del tratamiento médico. Compromiso ha sido definido como la expresión pública *de* la disposición de un individuo a ejecutar determinadas conductas. En algunos programas, destinados a mejorar la adherencia, se ha encontrado que compromisos verbales o escritos han resultado en mayor adherencia. Kulik y Carlino (1987) evaluaron los efectos de lograr el compromiso de los padres para dar a sus hijos antibióticos durante diez días y encontraron que el cumplimiento fue mayor que en el caso de los padres no comprometidos. Mayor efectividad en las intervenciones ha sido posible utilizando como marco referencial una conceptualización más amplia de Compromiso.

El modelo sobre “la inversión y el compromiso” (Rusbult, 1980; Putnam, Finney, Barkley, 1994) propone que el compromiso (COM) es una función de la satisfacción (SAT), definida como recompensas (REC) menos costos (COS), más la inversión (INV), menos las alternativas (ALT). Así:

$$\text{COM} = (\text{REC}-\text{COS}) + \text{INV}-\text{ALT}$$

Estos componentes pueden ser definidos de la siguiente manera: *compromiso* es el grado en el cual el paciente sigue las recomendaciones de tratamiento; *recompensas* son los beneficios del tratamiento; *costos* son los efectos colaterales y cualquier dificultad percibida relacionada con el tratamiento; *inversión* se refiere a cualquier afirmación explícita y pública de intención (acuerdos verbales y/o escritos) además de la dedicación en tiempo y energía; finalmente, *alternativas* se refiere a las medicinas caseras, diferencias con segundas opiniones y las recomendaciones no médicas. Cuando el compromiso es entendido de esta manera, el éxito de variadas estrategias de adherencia pueden ser explicadas por componentes del modelo de inversión. Por ejemplo, casi todas las intervenciones de adherencia que exigen del paciente tiempo y energía sin incurrir en costos, pueden, en parte, ser exitosas mediante un aumento de la inversión. Igualmente, cualquier resultado de intervención o tratamiento en sí mismo (ej. alivio del dolor) que presente claros beneficios, puede mejorar la adherencia si se aumentan las recompensas percibidas.

La teoría de la *Acción Razonada* (TAR) (Ajzen y Fishbein, 1980) es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Asume que el mejor predictor de una conducta dada es la *intención* a ejecutarla. Las intenciones, por su parte, son función de las actitudes y de un componente normativo social. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción y de la evaluación de dichas consecuencias. Las normas se refieren a lo que el individuo piensa que otras personas desearían el hiciera en la situación específica. Finalmente, el peso de las normas depende de la motivación individual para complacer los deseos de los otros. En estudios sobre adherencia, se ha mostrado que la fuerza de las normas subjetivas respecto a la adherencia al tratamiento tienden a influir las intenciones del paciente a adherir (Zola, 1973). Igualmente, hallazgos sobre el efecto de las intenciones en la conducta de adherencia ha sido ampliamente reportado (ver Kaplan y Simon, 1990).

Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1997). De acuerdo con esta teoría, la autoeficiencia se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. En otras palabras, es la creencia que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones. La importancia de las creencias de autoeficacia o habilidad para adherirse al tratamiento ha sido también documentada en diversas investigaciones (Eldred, Wu, Chaisson y Moore, 1998; Catz, Kell, Bogart, Benotsch, McAuliffe, 2000).

VARIABLES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO

La complejidad del tratamiento (número de medicamentos consumibles, frecuencia del consumo, combinación de diferentes tipos de intervención, duración, efectos colaterales, etc.) facilitan los errores y omisiones en su cumplimiento. Cuanto más complejas son las demandas, peor será la tasa de adhesión. Del mismo modo, se puede afirmar que las tasas de adhesión se deterioran con el transcurso del tiempo. Asimismo, cuando se trata de un tratamiento farmacológico, los posibles efectos colaterales de los medicamentos al actuar como un estímulo aversivo puede producir un descenso en la conducta de adhesión. En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye (a) cuando aumenta el número de fármacos y la frecuencia de administración, (b) con la aparición de efectos adversos, y (c) cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos de la vida social del paciente, conduce a que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o a que lo hagan en un horario incorrecto (Sarafino, 1998).

VARIABLES ASOCIADAS CON LA ENFERMEDAD

Se ha reconocido que una serie de rasgos de las enfermedades y los síntomas que las acompañan parecen estar relacionados con la adherencia o la falta de adherencia al tratamiento. Así, un rápido y manifiesto alivio de síntomas desagradables al seguir las prescripciones, incrementa la adhesión; por el contrario, ésta será menor cuando las recomendaciones terapéuticas son de tipo profiláctico que deben realizarse en ausencia de síntomas que suponen un claro malestar (Macia y Méndez, 1998).

Algunos investigadores erróneamente consideran que mientras más severa sea la enfermedad, mejor será el cumplimiento del tratamiento; sin embargo, como se ha señalado anteriormente, no es la severidad, objetivamente evaluada por el médico, la que predice adherencia, sino la percepción subjetiva del paciente.

VARIABLES ASOCIADAS A LA INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE

El modelo médico *biopsicosocial* (Engel, 1977) destaca el rol de factores psicológicos y sociales (así como también técnicos, biológicos y farmacológicos) en la determinación de la salud de los pacientes y sus reacciones frente al tratamiento. Igualmente enfatiza la importancia que tiene el que los proveedores estén conscientes de sus propios sentimientos y reacciones ante los pacientes e identifiquen cómo estos factores pueden afectar la calidad del cuidado de la salud. Una implicación crucial de esta aproximación es que las interacciones interpersonales entre el médico y el paciente pueden influir sobre la salud de este último, en parte, porque de alguna forma afectan la disposición del paciente a adoptar las recomendaciones del tratamiento.

El primer elemento de esta interacción es la *comunicación*. La palabra “doctor” viene del latín *docere*, enseñar. Y debe recordarse que dos características de una buena enseñanza son: transmitir la información de manera clara y organizada, y evaluar si el aprendiz la ha aprendido o comprendido. Algunos practicantes de la medicina son buenos doctores, otros no. Se han documentado casos de hombres que consumen las píldoras anticonceptivas de sus esposas. La idea puede ser divertida, pero un hijo no deseado no lo es (Hunt y MacLeod, 1979, p. 315). Este es un buen ejemplo que ilustra como los médicos no siempre se aseguran de que el paciente comprenda sus recomendaciones.

Muchos pacientes dejan las oficinas de su médico sin saber exactamente cómo seguir las recomendaciones. Svarstad (1996) reporta los resultados de una investigación en la cual se entrevistaron pacientes de un centro de salud y se chequeó los frascos de sus medicamentos después de visitar a sus médicos. Los resultados de esta investigación demostraron cuatro hechos importantes: (a) el conocimiento de los pacientes acerca de su tratamiento era realmente

deficiente por ejemplo, la mitad de los pacientes no sabían por cuánto tiempo debían continuar tomando sus medicamentos, y una quinta parte ignoraban el propósito de la droga prescrita; (b) una razón importante del escaso conocimiento fue que el médico frecuentemente no ofrecía la información requerida. (Para la mayoría de las prescripciones, el médico no había dado instrucciones específicas sobre regularidad en el uso de la medicación); (c) los pacientes hacían muy pocas preguntas durante la consulta; y (d) mientras más explícitas las instrucciones del médico, más personas cumplían con el tratamiento.

Por otra parte, la investigación ha mostrado que los pacientes que mantienen una buena relación con su médico tienden a cumplir más las recomendaciones (DiMatteo, 1985; Sherbourne, Hays y otros, 1992). La gente generalmente prefiere el cuidado médico que involucre un estilo centrado en el paciente. Korsch (1988) utilizó una metodología de investigación en la cual se grababan cientos de consultas pediátricas y luego se entrevistaba a las madres una vez que salían de la consulta. Aunque la mayoría de las madres reportaron estar al menos moderadamente satisfechas con las visitas, cerca de un 20% señalaron no haber recibido un claro diagnóstico. La queja más común fue que el médico no respondía de una manera cálida y empática ante la ansiedad que sentían. Esta investigadora también midió el cumplimiento del tratamiento. Los resultados indican que las madres que reportaron alta satisfacción con la atención del médico cumplieron tres veces mejor el régimen prescrito que quienes reportaron insatisfacción.

La mayoría de los estudios se han preocupado por los determinantes individuales, y muy pocos han considerado la combinación de variables relacionadas con el problema de la adherencia. El trabajo de DiMatteo y sus colegas (1993) es uno de los pocos intentos por analizar los efectos de varios factores relacionados con el cumplimiento de las recomendaciones médicas en la prevención y tratamiento del cáncer. En esta investigación, específicamente, se evaluaron: (a) percepción de la relación interpersonal entre el paciente y el médico; (b) creencias acerca de la severidad del cáncer; (c) creencias acerca de la susceptibilidad; (d) creencias acerca de la utilidad percibida de las recomendaciones; (e) normas subjetivas respecto a la adherencia; (f) intenciones de cumplir, y (g) presencia de apoyo y ausencia de barreras para el cumplimiento del tratamiento. Los resultados más importantes indican que: 1) la adherencia al tratamiento y/o las recomendaciones de prevención está asociada con el apoyo social recibido y con la carencia de barreras; y 2) la percepción de la utilidad del tratamiento es crucial. Por último, aunque el aspecto interpersonal no se relacionó con la adherencia en la muestra total, éste factor sí estuvo asociado con la adherencia en mujeres de bajo nivel socioeconómico.

Este tipo de resultados muy probablemente indican que es necesaria la consideración del máximo número de variables que puedan afectar el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Por ejemplo, en el caso del cáncer, pareciera que la falta de adherencia está vinculada a las dificultades del propio tratamiento y a la carencia de apoyo social.

LA INVESTIGACIÓN VENEZOLANA

Partiendo del estudio integrativo de DiMatteo y sus colegas (1993), D'Anello (2000) adaptó y validó el instrumento diseñado por dichos autores con muestras de pacientes venezolanos. La versión original del instrumento de Determinantes de Adherencia (CDA), consta de 38 ítems fraseados en formato Likert de 5 puntos (1= Completamente en desacuerdo; 5= completamente de acuerdo) que evalúan siete factores: Relaciones interpersonales medicopaciente, Percepción de barreras, beneficios y autoeficacia, Severidad percibida, Susceptibilidad percibida, Normas, Apoyo social e Intenciones.

Los participantes del estudio para el análisis psicométrico fueron 237 pacientes: 41 diabéticos, 77 con enfermedades cardiovasculares, 48 con afecciones respiratorias crónicas, 34 con cáncer y

38 con enfermedades gastrointestinales. Para la selección de la muestra se utilizó como criterio el padecer de algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente y tener por lo menos 2 meses en tratamiento. La aplicación del instrumento se realizó mientras los pacientes esperaban para consulta. El 72% asistían a hospitales públicos y el 38% restantes a clínicas privadas. La duración de la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 10 minutos.

Los datos fueron sometidos a análisis factorial con rotación ortogonal vía varimax. De los 38 ítems iniciales, 10 fueron descartados debido a que cargaban en varios factores o sus cargas eran bajas. Se utilizó como criterio de retención, ítems que cargaban sobre .35 en un factor y menos de .20 en otro factor. De dicho análisis 9 factores emergieron que explicaron el 66.54% de la varianza, quedando la escala final conformada por 28 ítems. En la tabla 1 se muestran los resultados.

Es de hacer notar las semejanzas y diferencias en relación con la escala original. La subescala *Relaciones interpersonales* (factor 1) estaba conformada por 8 ítems y se mantuvieron 6 en la versión venezolana. La subescala Normas (factor 2: *Aceptación de Normas* y factor 3: *Normas*) originalmente poseía 6 ítems los cuales se distribuyeron en dos factores claramente diferenciados como puede notarse en la Tabla 1. La subescala *Apoyo/barreras* (factor 4) estaba constituida por 4 ítems de los cuales 3 se mantuvieron y un ítem que correspondía a la subescala de Beneficios/costo se incorporó (Mi tratamiento es demasiado problemático para poder seguirlo). La subescala beneficios/costos, eficacia (factor 5) tenía 8 ítems y se mantuvieron en el factor solo los ítems correspondientes a *Eficacia*. La subescala de *Intenciones* (factor 6) estaba conformada por 4 ítems de los cuales solo 2 cargaron en dicho factor. Las subescalas de *Severidad* (factor 7) y *Susceptibilidad* (factor 8) originalmente tenían 4 ítems cada una, la versión venezolana quedó constituida por dos ítems para cada una. Finalmente, emergió otra subescala (factor 9), conformada por un ítem que originalmente pertenecía a Beneficios/costos (Cumplir con mi tratamiento es mejor que no cumplirlo) y otro a Intenciones (Yo intento seguir mi plan de tratamiento); a esta subescala se le denominó *Conducta*.

Los indicadores de consistencia interna determinados por el alfa de Cronbach (.87 .55) y de homogeneidad de los ítems (SpearmanBrown) (.87 .54) son adecuados. La subescala Conducta presenta los más bajos indicadores y la subescala de Normas los más altos.

Para validar el cuestionario y profundizar en los correlatos psicosociales asociados al cumplimiento del tratamiento, se utilizó una muestra de 402 pacientes (231 de sexo femenino y 171 de sexo masculino) distribuidos de la siguiente manera: 93 diabéticos, 129 con trastornos cardiovasculares, 44 con cáncer, 81 con padecimientos respiratorios y 55 con trastornos gastrointestinales. Además del cuestionario CDA, se les administró el MOTISAL y el VASAL para medir la *motivación hacia la salud* y el *valor asignado a la salud*, respectivamente. Para evaluar el cumplimiento al tratamiento médico se utilizó una escala de 5 ítems que mide la tendencia general del paciente para cumplir con las recomendaciones médicas, permitiendo la comparación de pacientes con diferentes regímenes de tratamiento. A la variable medida se le denominó Percepción Subjetiva de Adherencia (PSA). Es importante señalar que en el estudio de DiMatteo y otros (1993) no se incluyó la variable motivación hacia la salud y la muestra del estudio estuvo conformada por pacientes con diferentes tipos de cáncer y obesos.

Teniendo como base los hallazgos de estudios previos y las hipótesis planteadas por DiMatteo y colegas (1993), se hipotetizó que: (1) las intenciones a cumplir el tratamiento estarían determinadas por las normas y las creencias asociadas a la susceptibilidad y severidad así como por la percepción de eficacia, el valor asignado a la salud y la motivación hacia la salud y (2) el cumplimiento del tratamiento o percepción subjetiva de adherencia estaría determinado por las intenciones, relaciones interpersonales y el apoyo versus barreras para cumplir. Dichas hipótesis

fueron puestas a prueba mediante análisis de regresión múltiple. Los resultados son reportados en las Tablas 2 y 3. Como se puede observar, en el caso de las intenciones, el sentido de eficacia resultó ser un predictor significativo para las muestras de diabéticos, cardíacos y con cáncer. La motivación hacia la salud predijo en los diabéticos y en la muestra de trastornos gastrointestinales junto con normas y, el valor asignado a la salud fue el único predictor significativo en la muestra de pacientes con problemas respiratorios. En el caso de la muestra total, eficacia y motivación hacia la salud fueron los dos predictores significativos. Estos resultados presentan similitudes con el estudio de DiMatteo y colegas quienes encontraron en tres muestras que las intenciones fueron predichas significativamente solo por el sentido de eficacia.

Para el cumplimiento del tratamiento, en todas las muestras, las intenciones resultaron ser un predictor significativo. Relaciones interpersonales emergió en la muestra de cardíacos, diabéticos y con cáncer. El apoyo fue significativo en las muestras de diabéticos, cardíacos y con trastornos gastrointestinales. Para la muestra total, los tres predictores significativos en orden de importancia fueron apoyo, relaciones interpersonales e intenciones. En el estudio de DiMatteo, también el apoyo y las relaciones interpersonales mostraron el mayor poder predictivo, e intenciones resultó significativo solo en una muestra.

Resumiendo, esta investigación sugiere que las intenciones de cumplir con las recomendaciones están fundamentalmente determinadas por el sentido de eficacia. La motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, así como las normas son otras variables relevantes dependiendo del tipo de padecimiento. Los hallazgos también sugieren, que la adherencia al tratamiento está fuertemente asociada con la percepción del apoyo social, la calidad de las relaciones interpersonales con el personal de salud y las intenciones a seguir el tratamiento. Así, pareciera que la reducción de las barreras asociadas con la adherencia, el incremento del apoyo a las conductas de adherencia y una adecuada interacción médico-paciente tienen una importancia sustancial para mejorar el seguimiento de las recomendaciones médicas. En otras palabras, se trata de factores más prácticos que puramente psicológicos. Por otra parte, si las intenciones, como lo plantea la teoría de la acción razonada y en el presente estudio corroborado, son antecedentes esenciales para la acción, es necesario prestar atención a sus determinantes, tales como la motivación hacia la salud, el valor asignado a la salud, las normas y fundamentalmente al sentido de eficacia del paciente.

REFERENCIAS

- Becker, M. y Maiman, L. (1975). Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Becker, M. y Rosenstock, I. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe y A. Mathews (Eds.), *Health Care and Human Behavior* (pp. 175-208) CA: Academic Press.
- Baines, D. (1992). Issues in cultural sensitivity: Examples from the Indian peoples. In D. M. Becker, D. Hill, J. Jackson (Eds.), *Health behavior research in minority populations: Access, design, and implementation*. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood institute.
- Christense, A., Moran, P., y Wiebe, J. (1999). Assessment of irrational health beliefs. Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 18, 169-176.
- Cluss, P. y Epstein, L. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. In P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in Health Psychology*. New York: Wiley.
- Deci, E y Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Di Matteo, M., Hays, R., Gritz, E., Bastani, R. (1993). Patient adherence to cancer control regimens. *Psychological Assessment*, 5, 102-112.
- DiMatteo, M. (1990). *The psychology of health, illness, and medical care: An Individual perspective*. California Books/ Cole Publishing Company.

- DiMatteo, M. Sherlourne, C., Hays, R., Ordway, L. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12, 93-102.
- Horwitz, R. y Horwitz, S. (1993). Adherence to treatment and health outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 153, 1863-1868.
- Hunt, E. y MacLeod, C. (1979). Cognition and information processing in patient and physician. In G. Stone, F. Cohen y N. Adler (Eds.), *Health Psychology: A Handbook*. San Francisco: Jossey Bass.
- Johnson, S. (1992). A longitudinal analysis of adherence and health status in childhood diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 537-553.
- Kaplan, R. y Simon, H. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self prediction. *Annals of Behavioral Medicine*, 12, 6671.
- Kulik, K. y Carlino, P. (1987). The effects of verbal commitment and treatment choice on medication compliance in a pediatric setting. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 367-376.
- Leventhal, H., Meyers, D., y Nerez, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology*, Vol II. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Zimmerman, R. y Gutmann, M. (1984). Compliance: a self regulation perspective. In D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H. Y Diefenbach, M. (1991). The active side of of illness cognition. In J. Skelton y R. Croyle (Ed.), *Mental Representation in Health and Illness*. New York: SpringerVerlag.
- Macia, D. y Méndez F. (1998). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En *Manual de Psicología de la Salud*. Miguel Angel Simón (Ed.) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Manne, S. (1993). Treatment adherence difficulties among children with cancer: The role of parenting style. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, 47-62.
- Milgrom, H., Bender, B., Ackerson, L., Bowry, P., Smith, B., Rand, C. (1996). Noncompliance and treatment failure in children with asthma. *Allergy Clin. Immunol*, 98, 1051-1057.
- Polonsky, W., Anderson, B., Lohrer, P. y Aponte, P. (1994). Insulin omission in women with IDDM. *Diabetes Care*, 17, 1178-1185.
- Putnam, D., Finney, J., Barkley, P., Bonner, M. (1994). Enhancing commitment improves adherence to a medical regimen. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 191-194.
- Rosenstock, I. (1989). Enhancing patient compliance with health recommendation. *J. of Pediatric Health Care*, 2, 67-72.
- Rusbult, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 172-186.
- Ryan, R. Plant, R. y O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Sarafino, E. (1998). *Health Psychology*. Third edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Steel, D., Jackson, T. y Gutmann, M. (1990). Have you been taking yours pills? The adherence monitoring sequence in the medical interview. *The Journal of Fam. Pract.*, 30, 294-299.
- Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: Perception of risk factors and susceptibility. *Health Psych.*, 3, 431-457.
- Williams, G., Rodin, G., Ryan, R., Grolnick, W. y Deci, E. (1998) Autonomous regulation and long term medication adherence in adult outpatients. *Health Psych.*, 17, 269-276.
- Williams, G. y Deci, E. (1996). Internalization of biopsychosocial values by medical students: A test of self determination theory. *J. of Personality and Social Psychology*, 70, 767-779.