



CORONAVIRUS DISEASE; COVID-19

TE QUIERES CURAR, ¿QUIERES CAMBIAR ALGO?

Seguimos con un formato diferente en nuestro Boletín, ahora que anuncian que ya llega la vacuna, son muchas las voces que dicen “pues yo no me la pienso poner”. Muertes, enfermos, reacciones de duelo, economía tambaleando, y cuando llega la vacuna, ¡no me la pongo! No merece comentario, como si de una buena faena taurina se tratara, lo mejor es decir ¡ole!

Pero dicho eso, hablemos del cambio, adherencia al tratamiento, cumplimiento terapéutico y motivación. En 1979, Haynes definía el **cumplimiento terapéutico** como la medida en que el comportamiento del paciente, en términos de tomar las medicaciones, seguir dietas o llevar a cabo cambios en el estilo de vida coincide con la prescripción clínica. Términos similares, muy utilizados, son **adherencia o adhesión al tratamiento**. Y como estamos en una etapa histórica premia el lenguaje “correcto”, hay quien señala que cumplimiento tiene connotaciones autoritarias o paternalistas mientras que adherencia otorga un papel más activo al paciente y una interacción más igualitaria. Ya saben, mucho cuidado con los términos, que hay gente muy sensible.

Siguiendo un modelo médico parece que al hablar de cumplimiento se hace referencia exclusiva al cumplimiento farmacológico. Sin embargo, el término cumplimiento engloba todas las recomendaciones de salud y no solo la toma de una medicación. Por último, aunque se ha dicho que se usan de modo indistinto, cumplimiento y adherencia no son términos equivalentes. La adherencia hace referencia expresa al grado en que el paciente acude a las visitas (solicitadas por él o programadas por el médico).

En cuanto al incumplimiento, Penzo (1990) señala que un paciente puede incumplir porque no ha entendido la prescripción, lo ha entendido pero no recuerda o, finalmente, lo ha entendido, lo recuerda y no lo hace. En términos generales, un 50% de los pacientes incumple las prescripciones farmacológicas y no llega al 20%

quienes siguen correctamente las recomendaciones sobre hábitos de salud (Carulla y Melgarejo, 2002).

Los factores que influyen en el cumplimiento del paciente son muy diversos. En relación con la ENFERMEDAD, la cronicidad del trastorno, la sintomatología y el estigma asociado al trastorno son los elementos más relevantes. Si la sintomatología tiene tendencia crónica (el paciente se adapta, se acostumbra), hay escasa percepción de los síntomas (falta de conciencia de enfermedad) y el trastorno conlleva escasa discapacidad (si estuviera mal, no haría todo lo que hago...), suele haber bajo cumplimiento. Los síntomas agudos, claramente percibidos y que provocan grave discapacidad mejoran el cumplimiento. El estigma (SIDA, anorexia...) dificulta el cumplimiento. También algunos aspectos del TRATAMIENTO influyen en el grado de cumplimiento. En lo que al farmacológico se refiere, la administración, posología, duración del tratamiento, mono o poli-terapia, eficacia, efectos adversos, lectura del prospecto (este aspecto hoy en día suele ir acompañado de una consulta inmediata con el Dr. Google), precio del fármaco, etc., influyen en el cumplimiento. **Si se trata de recomendaciones de salud, abandono de ciertos hábitos e instauración de otros, el grado de incumplimiento es mucho mayor.** El beneficio inmediato de viejos hábitos choca con nuevos comportamientos que reportarán beneficio a medio o largo plazo. Es bien conocida la función social de comer y beber, y no resulta extraño que cueste tanto cambiar hábitos en estos comportamientos que aun siendo muchas veces poco saludables se hallan altamente reforzados. La RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE, base de la asistencia sanitaria, es otro elemento de interés en el grado de cumplimiento. En la actualidad, una de las mayores corrupciones de la relación terapéutica es la que surge con la **idea consumista de la salud**. Algunos pacientes, tarjeta en mano, parecen actuar comprando salud, haciendo del rol de consumidor algo muy por encima del rol de enfermo. Parece que el modelo que proporciona mejores resultados, en general, es el modelo en el que prima la autonomía del paciente, el modelo centrado en el paciente, aquél en el que el enfermo participa en la toma de decisiones, alejado del modelo paternalista tradicional o centrado en el médico. Esta relación debe fundamentarse en la empatía: el paciente debe percibir una actitud de ayuda y colaboración. En el PACIENTE también hay elementos que influyen en el cumplimiento. El conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento (no debemos olvidar que la información que nosotros aportamos, no es la única, el paciente tiene “conocimientos” adquiridos en la calle, en libros, en Internet...), la comprensión de la información (un alto porcentaje de cuanto informamos a los

pacientes se comprende erróneamente) y el recuerdo (los pacientes olvidan asimismo gran parte de lo que se les dice) son elementos fundamentales. Las edades extremas favorecen también el incumplimiento. Las situaciones de estrés, las emociones negativas, las conductas de evitación en lugar del afrontamiento y en general las actitudes pasivas ante los problemas dificultan el cumplimiento. Determinadas actitudes y creencias sobre la salud influyen también de forma negativa (no soy partidario de pastillas, si como menos me pongo triste, si dejo de vomitar engordo, a mi eso no me pasa, para qué me voy a esforzar si no voy a curarme...) en el tratamiento. Fallos en el TERAPEUTA también llevan a un mal cumplimiento. Las creencias erróneas sobre el paciente, la falta de empatía, fallos en la entrevista y en la recogida de información, seguimientos inadecuados y cansancio profesional (*burnout*) son algunos ejemplos. Finalmente, fallos en el ENTORNO, socio-familiar y asistencial, del paciente pueden provocar incumplimiento. Falta de apoyo, demora asistencial, falta de pruebas, problemas de confidencialidad, etc. son elementos frecuentes que alteran el cumplimiento.

La motivación se ha relacionado, obviamente, con la mejora en el cumplimiento. La motivación parece ser un factor clave en el cumplimiento. Las dimensiones fundamentales de la motivación son la preparación, predisposición y capacidad (Muehrer, 2000). Trabajar con la presión familiar o social en ausencia de motivación personal ni mantiene un tratamiento ni logra cambios en los hábitos de vida. Sin **motivación personal**, el cambio o no se da o no perdura. En la práctica clínica resulta muy interesante la clasificación que hacía Green (1992):

- Pacientes sin motivación personal.
- Pacientes con motivación pero sin habilidades para cuidarse.
- Pacientes motivados y que saben cuidarse pero que no cuentan con apoyo socio-familiar.

Pues bien, en estos tres grupos de pacientes podemos trabajar de forma diferente con el fin de mejorar el cumplimiento.

En el primer grupo suele trabajarse, con técnicas de *counselling*, sobre tres ideas:

- Consecuencias negativas de no hacer el tratamiento o de eliminar sus efectos con el incumplimiento.

- Las citadas consecuencias pueden ser graves.

- El beneficio del tratamiento es superior a los inconvenientes que pudiera conllevar.

En el segundo grupo se trabaja con dos elementos esenciales: la claridad en las recomendaciones (por ejemplo, por escrito) y la enseñanza de habilidades para llevarlas a cabo, y el apoyo grupal (y de asociaciones de pacientes y familiares).

En el tercer caso, se hace necesario trabajar con el entorno del paciente, familia, amigos, etc. para lograr su alianza.

En cuanto a programas terapéuticos para mejorar el cumplimiento, destacan las diferentes técnicas psicoeducativas y los programas cognitivo-conductuales. Tal vez, el modelo más trabajado es el de Prochaska y DiClemente, de 1994. Estos autores postulan que los cambios conductuales siguen una secuencia más o menos estandarizada, lo que ocurre también en relación con las recomendaciones terapéuticas. En esa secuencia señalan una serie de etapas:

-Precontemplación. La persona **no se plantea la necesidad de cambio**. Tras ello puede haber:

*desinformación (no sabe que padece un trastorno).

*sentimiento de no poder cambiar (no puedo comer eso...).

*no se quiere plantear el cambio (qué gano cambiando, es absurdo...).

En esta etapa vemos actitudes defensivas y gran resistencia a las presiones externas para el cambio. El abordaje consiste, básicamente, en dar más información y fomentar la autoeficacia del paciente (hacerle creer en su capacidad de cambio).

-Contemplación: La persona **tiene intención de cambiar** en los próximos seis meses. Hay mayor apertura a la información sobre los riesgos asociados a las conductas que es necesario cambiar. Esta etapa puede durar, sin pasar a la acción, muchísimo tiempo. Nuestra ayuda consistirá en ayudar a que el paciente desarrolle habilidades, apoyarle y ayudarle a desarrollar un plan de cambio proporcionándole material para ello.

-Preparación: **Planean algún cambio** de forma inmediata, por ejemplo en un mes. Ya han hecho algún esfuerzo en la dirección del cambio (por ejemplo, han intentado comer algún alimento prohibido). Debemos apoyar al paciente en su plan de cambio ya iniciado.

-Cambio: Hay **un paso a la acción** y, posteriormente un mantenimiento de la conducta nueva. Apoyar al paciente y prepararle ante posibles problemas son los elementos de intervención en esta etapa.

Finalmente, ante las Recaídas debemos trabajar con el paciente:

- Que conozca los motivos de la recaída.
- Información sobre el proceso de cambio, que no suele ser lineal.
- Planificar el próximo intento.
- Fomentar la autoconfianza y ofrecer apoyo incondicional.

La aplicación de la entrevista motivacional en el tratamiento de la anorexia nerviosa ha sido bien desarrollada en nuestro medio por Beato (1998). En la entrevista motivacional como psicoterapia fija cinco principios generales:

- Expresar empatía y aceptación a través de la escucha reflexiva y selectiva.
- Desarrollar la discrepancia entre la conducta presente y la amplitud de metas, entre autoconcepto y conducta.
- Evitar las argumentaciones, son contraproducentes.
- Prestar especial atención a las resistencias que pueden aparecer en el proceso.
- Apoyar la autoeficacia, esperanza y optimismo acentuando la propia responsabilidad en sus objetivos.

Debe tenerse muy presente que las prescripciones no suelen cumplirse estrictamente. Hay grados de cumplimiento y muy diferentes factores provocadores del incumplimiento terapéutico. Entre esos factores, los hay dependientes de la propia enfermedad, del terapeuta, del paciente, de la relación entre ambos, del tratamiento o del entorno. Entre los factores más relevantes hay que considerar la motivación (sin motivación personal, el cambio o no se da o no perdura). Durante todo el proceso terapéutico debemos fomentar el cumplimiento, hay para ello diferentes estrategias.

Pero hay algo más. ¿Puede motivarse a alguien que ni siquiera quiere estar motivado (por las razones que sean)? De eso hablaremos en el próximo Boletín.