

Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo

Silvia Fernández Rodríguez, M^a Luisa López González, Ángel Comas Fuentes, Eduardo García Cueto y Antonio Cueto Espinar
Universidad de Oviedo

Este estudio intenta categorizar los determinantes del cumplimiento farmacológico antihipertensivo en el modelo psicosocial A.S.E. (actitud, influencia social y autoeficacia). Es un estudio cualitativo, realizado mediante entrevista semiestructurada y grabada, con 44 pacientes (25 cumplidores y 19 incumplidores). Dos investigadores independientes realizaron un análisis temático de las respuestas, siguiendo el método de Burnard. El método se validó mediante el Índice Kappa. La información de los pacientes sugiere que los programas educativos deberían resaltar las ventajas del tratamiento, enseñar las habilidades que mejoran la adherencia, prever las dificultades y efectos secundarios, y enseñar a soslayarlos o manejarlos. Dichos programas deberían ser impartidos por sanitarios convencidos de la eficacia del tratamiento, buenos comunicadores y dispuestos a compartir responsabilidad con el paciente y a integrar en el programa a las personas influyentes de su entorno próximo. La información obtenida es útil para la educación 'a medida' y para el diseño de cuestionarios cuantitativos.

Categorization of psychosocial factors associated with adherence to antihypertensive drugs. This qualitative study tries to categorize the determinants of adherence to antihypertensive drugs in the A.S.E. model (attitude, social influence and self-efficacy). Data were obtained from the information of 44 patients (25 compliant and 19 noncompliant), by means of a semi-structured, recorded interview. Two independent investigators carried out a thematic analysis of the answers, following Burnard's method. The method was validated using the Kappa Index. The information from the patients suggests that educational programs should emphasize the advantages of treatment, teach the skills that improve adherence, foresee the barriers and secondary effects, and teach avoiding or managing them. These programs should be developed by health workers convinced of the effectiveness of the treatment, who are good communicators and willing to share responsibility with patients and to integrate in the program significant people in their personal environment. The information obtained is useful for tailor made education and to elaborate quantitative questionnaires.

Se acepta que existe hipertensión arterial (HTA) cuando la tensión sistólica es ≥ 140 y la diastólica es ≥ 90 mm de Hg. La HTA afecta a más del 40% de la población adulta española y es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. Su control inadecuado es común a distintos países y grupos sociales (Kaplan, 2000).

La prevalencia del descontrol se ha llegado a cifrar en al menos un 70% (Burnier, 2000). Un estudio español (Puras, Sanchís, Artigao y Divison, 1998) muestra que la HTA parece ser eficazmente controlada sólo en algo más del 10% de la población hipertensa y, aproximadamente, en la cuarta parte de los pacientes tratados.

A nivel individual, la falta de adherencia al tratamiento parece ser, a largo plazo, la principal causa del inadecuado control de la HTA (Mallion et al, 1995; Kaplan, 2000; Burnier, 2000; Waeber,

2000). Se observa una gran variabilidad en la prevalencia del incumplimiento, que en algunos estudios, en España (Piñeiro, Gil, Donis, Orozco, Pastor y Merino, 1998) y en otros países (Shaw, Anderson, Maloney, Jay y Fagan, 1995; Flack, Novikov y Ferrario, 1996), llega al 50%. Esta variabilidad en la prevalencia, en parte probablemente es debida a que medir de forma válida y fiable la conducta de cumplimiento es difícil; dificultad que se intenta superar incluso mediante sistemas electrónicos o MEMS (Medication Even Monitoring System) (Johnson, Hamilton, Fink, Lucey, Bennet y Lew, 2000). Por otro lado, se sabe que, para controlar adecuadamente la tensión arterial, el paciente debe tomar más del 80% de la medicación prescrita (Shaw et al, 1995). Por todo ello, en los últimos tiempos se han redoblado los esfuerzos para mejorar la adherencia al tratamiento y se han elaborado guías con este fin (Kaplan, 2000).

La adherencia puede ser estudiada en el marco teórico de distintos modelos que tratan de explicar la conducta humana en general, y la de adherencia al tratamiento en particular (Grueninger, Goldstein y Duffy, 1989; Willey, 1999; Waeber et al, 2000; Nichols-English, 2000). Uno de tales modelos es el Modelo A.S.E. (Actitud + Influencia Social + Auto-Eficacia), diseñado a partir de

las teorías de Fishbein y Ajzen (1975). Según dicho modelo, un paciente adherente debería tener: a) una actitud positiva hacia el cumplimiento farmacológico, porque habría percibido más ventajas que desventajas en él; b) una influencia social que le incite a la adherencia, procedente del entorno sanitario y de su más cercano entorno social; c) una autoeficacia suficiente, esto es, se percibiría a sí mismo capaz de tomar la medicación como le ha sido prescrita. Si los tres determinantes citados se orientan a la adherencia, el paciente tendría intención de cumplir el tratamiento, y probablemente lo haría, si, además, dispone de las habilidades necesarias y carece de obstáculos –o es capaz de superarlos– para lograrlo.

Otras variables, como la edad, sexo, nivel socio-económico-cultural, personalidad, etc., se asociarían a la conducta de adherencia a través de los determinantes citados, por ello no se han incluido ni estudiado en este trabajo. Tampoco han sido tomadas en consideración algunas técnicas específicas asociadas al control de la tensión arterial, por ejemplo las técnicas de relajación muscular que han demostrado su eficacia tanto en pacientes medicados como no medicados (Amigo, Fernández, González y Herrera, 2002), porque no están ampliamente implantadas.

La literatura científica es consistente acerca de la asociación entre los determinantes del modelo ASE y la conducta de cumplimiento (Martínez, 1993; Fishman, 1995; Grueninger, 1995), y de otras conductas implicadas en el control de la tensión arterial, como la alimentación (Burg, Lechner y de Vries, 1995).

La conducta de adherencia al tratamiento farmacológico y de sus determinantes según un modelo psicosocial es un campo del conocimiento no suficientemente explorado en nuestro sistema sanitario, y en el marco de la Atención Primaria de Salud, nivel en el que la adherencia puede mejorarse (Shea, Misra, Ehrlich, Field y Francis, 1992).

Para diseñar protocolos de intervenciones educativas eficaces, destinadas a aumentar la prevalencia del cumplimiento, se precisan estudios cuantitativos que clarifiquen los determinantes de la adherencia en los hipertensos españoles, que permitan la clasificación de los pacientes y que orienten la naturaleza de las intervenciones, para que se adecúen a las necesidades de tales pacientes. Estos estudios cuantitativos demandan instrumentos de medida adecuados, esto es, cuestionarios que categoricen de forma precisa las variables que integran los determinantes de la conducta. Para su construcción, no basta que teóricos expertos diseñen un cuestionario ad hoc: el investigador puede imaginar las ventajas y desventajas percibidas por el paciente, pero sólo este puede citarlas, en orden de importancia. Algo parecido puede decirse acerca de quién es la persona del entorno sanitario o del entorno social que tiene una mayor influencia sobre cada paciente. La investigación cualitativa –cuya importancia está siendo reconocida en la investigación de los problemas de salud, después de un período más o menos oscuro (McKinlay, 1992; Harding y Gantley, 1998; Mays y Pope, 2000)–, además de para estudiar la realidad social puede servir para proporcionar adecuadas categorizaciones a variables subjetivas implicadas en los determinantes de una conducta (Miles y Huberman, 1984), para adaptar el vocabulario de una encuesta al propio del grupo-diana y para descubrir cómo ve el problema el paciente (Krueger, 1991).

Sobre las bases teóricas anteriores, el objetivo de nuestro estudio fue obtener información útil para: Categorizar las variables que integran los determinantes de la conducta ‘cumplimiento farmacológico’ del paciente hipertenso, según el modelo A.S.E.; Generar hipótesis acerca de las asociaciones entre determinantes y

conducta, susceptibles de plantearse y corroborarse posteriormente en estudios cuantitativos.

Método

Participantes

Se incluyeron en el estudio pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial y con tratamiento farmacológico (cumplido o no, y prescrito durante al menos un año) de no más de 2 fármacos antihipertensivos, con aptitud psicológica para ser entrevistados y con edades comprendidas entre los 35 y los 75 años.

Procedimiento

Se utilizaron dos formas de selección, una oportunista y otra activa. La selección oportunista se realizó cuando acudieron en demanda de Atención Primaria de Salud al Centro de Otero, en Oviedo. Este nivel permitió encuestar a 25 pacientes, casi todos cumplidores del tratamiento. A partir del paciente 21 se obtuvo información redundante, por lo que –siguiendo a Pope (2000)– con el paciente número 25 se dio por agotado este nivel de selección. Mediante selección telefónica activa se captaron pacientes considerados poco cumplidores o incumplidores por el personal sanitario. Se obtuvieron así otros 19 pacientes: a partir del número 14 se empezó a obtener información redundante, por lo que se consideró cerrado este nivel de información.

Los pacientes fueron clasificados en 2 grupos: los cumplidores (que afirmaban cumplir ‘siempre’ o ‘casi siempre’ el tratamiento) y los no cumplidores (que decían cumplir el tratamiento ‘algunas veces’ o ‘rara vez’). Aunque se intentó, fue imposible conseguir incumplidores radicales, que no cumplieran ‘nunca’ el tratamiento.

Para la recogida de datos se utilizó una entrevista semiestructurada, con la ayuda de un listado de preguntas, en su mayoría abiertas, destinadas a recoger información sobre: a) La ‘actitud’ del paciente, a partir de las ventajas y desventajas percibidas en el cumplimiento. b) La ‘influencia social’, a su vez integrada por: la ‘norma social’ o conducta que, en su opinión, se espera de él; la ‘conducta percibida’ en otros pacientes que se encuentran en sus circunstancias; la ‘presión social’ directa que sobre él ejercen las personas de su entorno para que tome la medicación y, finalmente, el ‘apoyo social’ o influencia positiva que le dispensan para que se adhiera al tratamiento. c) La ‘autoeficacia’ o autoevaluación de cuán capaz se siente de realizar el cumplimiento. d) Las ‘barreras’ que encuentra y las ‘habilidades’ que –estima– necesitan, tanto él como el personal sanitario, para lograr la adherencia al tratamiento.

Cada entrevista oral, individual y confidencial, duró unos 20 minutos y fue grabada en magnetófono por una única enfermera entrenada, ajena al centro. La inteligibilidad y validez de las preguntas del listado se evaluó en 5 pacientes, antes de proceder a la recogida definitiva de la información.

Análisis de datos

Se ha utilizado el método de análisis del contenido temático procedente de la grabación, y se han listado las categorías obtenidas para cada variable, en orden de frecuencia, siguiendo el método de Burnard (1991).

Dos personas han llevado a cabo el estudio de concordancia entre observadores (una de ellas no implicada en la recogida de los

datos). La repetibilidad inter-observador en la categorización de las variables ha sido estudiada mediante el Índice Kappa (Muñiz, 1998), y calculado con el programa SPSS, versión 10.0.

Resultados

En total se han analizado más de 16 horas de información grabada, proporcionada por un total de 44 pacientes: 26 mujeres y 18 hombres, 25 cumplidores y 19 incumplidores.

Consideradas todas las categorías de las variables en su conjunto, la repetibilidad inter-observador obtuvo un Índice Kappa = 0,95. Estudiando aisladamente las categorías de cada determinante, el rango del Índice Kappa osciló entre [0,83 y 1]: fue mínimo para la variable ‘desventajas del cumplimiento’ y máximo para la ‘persona con mayor capacidad para motivar al paciente’.

La tabla 1 muestra el listado de ventajas y desventajas percibidas por los pacientes, las cuales, según la teoría, configuran su actitud positiva o negativa hacia el cumplimiento. El control de la HTA es la principal ventaja, y los efectos secundarios la principal desventaja.

La tabla 2 agrupa las categorías de las variables que componen el determinante ‘Influencia Social’. Ninguno de los pacientes cumplidores dijo sentirse presionado para tomar la medicación, por ello, los datos de presión social directa se refieren exclusivamente a los no cumplidores, quienes se sienten presionados fundamentalmente por sus médicos, en el entorno sanitario, y por sus parejas, en el entorno sociofamiliar.

Al explorar la autoeficacia, todos los pacientes cumplidores se percibían a sí mismos autoeficaces. Los incumplidores no se sentían autoeficaces y las razones en las que basaban su falta de autoeficacia para cumplir el tratamiento fueron respectivamente: el olvido, la falta de voluntad y el miedo a los efectos secundarios. La tabla 3 muestra las principales barreras para el logro del cumpli-

miento terapéutico y algunas de las habilidades o capacidades, tanto de los pacientes como de los sanitarios, con repercusión en la adherencia al tratamiento: entre las barreras destacan los viajes y

Orden de frecuencia de cita en cumplidores	Categorías de la variable ‘ventajas’	Orden de frecuencia de cita en NO cumplidores
1	Controlo mi presión sanguínea	1
2	Me siento mejor	2
3	Prevengo otras enfermedades	3
4	Me siento más tranquilo/a	-
5	Tengo una mejor calidad de vida	-
6	Reduzco mi miedo a las consecuencias de la hipertensión	-
7	Expreso mi confianza en el fármaco	-
Categorías de la variable ‘desventajas’		
1	Ninguna	1
2	Posibles efectos secundarios	-
3	Limitaciones en la comida y el alcohol	-
4	Disminución de la vitalidad	-
5	Sensación de dependencia del fármaco	5
-	Efectos secundarios padecidos ya	2
-	Percepción del tratamiento como innecesario en la actualidad	3
-	Pérdida de eficacia del fármaco cuando ‘realmente’ sea necesario	4
-	Sentimiento de dependencia de los médicos	6
-	Disgusto por las consultas periódicas de control	7

Orden de frecuencia de cita en cumplidores	Categorías de la variable ‘norma social percibida’: personas significantes que desean que el paciente cumpla el tratamiento	Orden de frecuencia de cita en NO cumplidores
1	Hijos(as)	2
2	Cónyuge o pareja	1
3	Hermanos (as)	-
4	Yernos o nueras	3
5	Médicos	4
6	Especialistas	6
7	Amigos	7
8	Nadie	-
-	Enfermeros	5
Categorías de la variable ‘conducta de cumplimiento percibida en otros hipertensos’		
1	Amigos	2
2	Hermanos (as)	3
3	Cónyuge o pareja	7
4	Primos	3
5	Otros miembros de la familia	1
6	Madre o padre	6
7	Abuela (o)	7
8	Nadie	8
-	Suegra (o)	4
-	Cuñada (o)	5
Categorías de la variable ‘apoyo social’: persona del entorno próximo, que le motiva *		
1 (2)	Nadie	6
2 (5)	Hijos (as)	2 (2)
3 (4)	Cónyuge o pareja	1 (1)
4 (6)	Hermanos (as)	-
5	Padre o madre	-
6	Yernos o nueras	3 (3)
7 (7)	Amigos	4 (6)
-	Compañeros de trabajo	5 (7)
Categorías de la variable ‘apoyo sanitario’: persona del entorno sanitario, que le motiva *		
1 (1)	Médicos (as)	1 (4)
2	Nadie	3
3 (3)	Enfermeras (os)	2 (5)
4	Otros pacientes	-
5	Trabajadores administrativos	-
Categorías de la variable ‘presión social directa’: persona que más presiona al no cumplidor, para que tome la medicación		
	Médicos (as)	1**
	Enfermeras (os)	2**
	Cónyuge o pareja	1***
	Hijos (as)	2***
	Compañeros de trabajo	3***
* Entre paréntesis, lugar que ocupa en el listado de ‘personas con mayor capacidad de motivación’, en el entorno socio-sanitario, considerado conjuntamente. **En el entorno sanitario. *** En el entorno social.		

la depresión; la memoria del paciente y la habilidad del sanitario para dar consejo encabezan el listado de las capacidades.

Las mismas capacidades que los pacientes demandan a los sanitarios, las estiman necesarias también en las personas de su entorno socio-familiar, grupo en el que añadieron una categoría más: ‘preguntarles frecuentemente si han tomado la medicina’.

Todos los participantes no cumplidores manifestaron que realmente tenían intención de empezar a tomar los fármacos antihipertensivos como les habían sido prescritos, *en el plazo del mes siguiente al de la entrevista*. Es decir, se autoclasificaron como ‘preparados para la acción’, en el marco de los estadios del proceso de cambio de conducta propuesto por Prochaska y DiClemente (1984).

El futuro análisis de datos cuantitativo debería indagar si, como apunta nuestro estudio, los cumplidores perciben más ventajas que los incumplidores. De confirmarse este dato, los programas educativos deberían tratar de aumentar en los pacientes la percepción de las ventajas del tratamiento, con todos los argumentos a su alcance.

También han sido siete las categorías obtenidas para la variable ‘desventajas’ pero, como cabía esperar, ahora son los incumplidores los que perciben más desventajas que ventajas y, además, hay una diferencia cualitativa importante entre las desventajas enumeradas por unos y otros: los cumplidores citan ‘posibles efectos secundarios’, mientras que los no cumplidores se refieren en segundo lugar a los ‘efectos secundarios padecidos’. Estos últimos, además, perciben que el tratamiento es innecesario en la actualidad. Este hecho podría ser debido a un esfuerzo insuficiente del personal sanitario para transmitir la trascendencia de la hipertensión arterial no tratada y sus consecuencias para la salud.

La sensación de ‘dependencia al fármaco’ es difícil de manejar, aunque quizá fuese menos intensa en pacientes con tratamientos monodosis: las desventajas citadas en el lugar sexto y séptimo traducen el disgusto por depender del médico y podrían evitarse en parte fomentando el autocontrol una vez que los pacientes hayan sido bien instruidos en él.

La investigación previa sustenta estos hallazgos. Al padecimiento de efectos secundarios se le ha asociado con la no adherencia (Shaw et al, 1995; Waber et al, 2000) por eso es muy importante la prescripción de fármacos bien tolerados y virtualmente libres de efectos secundarios (Black, 1999), y porque se ha demostrado que distintos fármacos inducen distinto nivel de cumplimiento (Flack et al, 1996). Hay estudios que propugnan terapias monodosis para mejorar la adherencia (Feldman, Bacher, Campbell, Drover y Chockalingam, 1998), especialmente en pacientes no cumplidores (Burnier, 2000). El estudio MACH1 probó que sólo un 20% de pacientes omitió el 20% de las tomas de un tratamiento monodosis suministrado en dispensadores electrónicos (Mallion et al, 1995). Un estudio de tendencias inserto en el Programa MONICA encontró que las monoterapias acumulaban la mayor parte del aumento de las tasas del tratamiento antihipertensivo en el período 84-95 (Gasse, Stieber, Doring, Keil y Hense, 1999). Por otro lado, que el médico comparta la responsabilidad con el paciente informado y formado, que le permita autocontrolar tanto su tensión como su adherencia al tratamiento, podría disminuir la sensación de dependencia del médico: también hay hallazgos que avalan la asociación entre estas decisiones y una mejor adherencia (Feldman et al, 1998; Waeber, 2000).

El determinante ‘influencia social’ del modelo A.S.E., aconseja buscar la complicidad de las personas del entorno del paciente, importantes para él, a fin de lograr entre todos la adherencia al tratamiento. Las categorías obtenidas por nuestro estudio en esta variable, sugieren que los programas educativos para pacientes hipertensos deberían contemplar la posibilidad de desarrollar actividades grupales que incluyeran a sus seres queridos más significantes. Los miembros del personal sanitario ocupan sólo el cuarto o quinto lugar en el listado de ‘personas significantes que desean que cumpla el tratamiento’. Puede que los allegados hayan sido citados antes que los sanitarios por razones afectivas, pero también cabría pensar que los pacientes no perciben con la intensidad debida que su unidad médico-enfermera *desea* que cumpla el tratamiento.

Tabla 3

Barreras y habilidades asociadas con el cumplimiento farmacológico

Orden de frecuencia de cita en cumplidores	Categorías de la variable ‘Barreras para el cumplimiento’	Orden de frecuencia de cita en NO cumplidores
1	Ninguna	–
2	Viajar	4
3	Tomar otras medicinas además de las antihipertensivas	5
4	Miedo a los efectos secundarios	6
5	Depresión y/o falta de energía	2
–	Falta de accesibilidad para la receta (frecuencia de visitas al centro)	3
–	Falta de accesibilidad para la receta (tiempo de espera en la consulta)	7
–	Coste del tratamiento sin receta	8
–	Olvido	1
Categorías de la variable ‘Habilidades o capacidades del paciente, necesarias para el cumplimiento’		
1	Ninguna habilidad especial	1
2	Buena memoria	2
–	Fuerza de voluntad	3
–	Guardar el fármaco en lugar visible	4
3	Tomar el fármaco siempre con el desayuno	–
Categorías de la variable ‘Habilidades del personal sanitario, necesarias para el cumplimiento’		
1	Ninguna habilidad especial	3
2	Saber dar al paciente el consejo apropiado	1
3	Saber motivarles para cumplir el tratamiento	2

Discusión

La repetibilidad interobservador valida el método utilizado y es excepcionalmente alta para el conjunto de las categorías, que es lo que interesa al objetivo del estudio. Que la coincidencia sea más baja, aunque igualmente aceptable, en la adscripción de las categorías a los distintos determinantes del modelo, tiene importancia menor; lo realmente interesante es lograr la exhaustividad en las categorizaciones totales, y la repetibilidad en conjunto es muy alta.

Los pacientes han encontrado siete ‘ventajas’, que serán útiles para categorizar esta variable, aunque en el cuestionario cuantitativo deberá añadirse la opción ‘otras’, en esta y en el resto de las variables, previendo la posible omisión de alguna categoría.

Uno de los elementos que integran la influencia social positiva para la adherencia al tratamiento es el efecto *modelling* o acción de imitar la conducta que otros exhiben. Habría que estudiar cuantitativamente este asunto, porque las respuestas alcanzadas en el estudio cualitativo no parecen consistentes con la teoría: los no cumplidores citan más gente adherente conocida que los cumplidores. Quizá subyacen diferencias cualitativas en las personas citadas ('amigos' en primer lugar en los cumplidores frente a 'otros miembros de la familia', en general, en los no cumplidores), que pudieran explicar la inconsistencia.

Las categorías de la variable 'persona del entorno próximo que le motiva para el cumplimiento' también aportan información útil para el diseño de la educación grupal. Es lógico que los cumplidores citen con mayor frecuencia 'nadie', porque si asumen su responsabilidad espontáneamente no suscitan intervenciones motivadoras del entorno, como sucede con los no cumplidores.

Especial reflexión merece la motivación que el paciente percibe procedente del entorno sanitario: los médicos y enfermeros, por ese orden, motivan al paciente para el cumplimiento. En el listado de las 'personas con mayor capacidad de motivación', los enfermeros gozan de relevancia escasa entre los no cumplidores; este hecho debería ser mejor explicado, a través de investigaciones cuantitativas. Las diferencias cualitativas entre cumplidores y no cumplidores también son interesantes y susceptibles de ulterior investigación en profundidad: médicos y enfermeros parecen tener capacidad de motivar a los cumplidores, pero las personas más motivantes para los incumplidores proceden del entorno familiar cercano –sobre todo pareja e hijos– no del sanitario. Este hallazgo, si se confirma, sustentaría de nuevo la educación grupal que involucrara al entorno del paciente.

En relación con la «persona que presiona al paciente para que tome la medicación», los cumplidores no se sienten presionados y los incumplidores perciben que sus médicos y sus parejas son los que más les presionan, aunque parece que con escaso éxito.

Consistentemente con la teoría del modelo A.S.E., los no adherentes encuentran más «barreras para la conducta de cumplimiento» que los cumplidores. Por otro lado, las principales barreras de estos últimos son objetivas (viajar, tomar otras medicinas), mientras que las de los no adherentes son subjetivas o psicológicas (olvido, depresión). El olvido fue la segunda causa de incumplimiento en un estudio realizado en España (Piñeiro, Gil, Donis, Orozco, Pastor y Merino, 1997) y las habilidades de ritualización y recuerdo se han asociado con el mejor cumplimiento (Feldman et al, 1998). La enseñanza de técnicas para recordar la toma del fármaco ha sido uno de los métodos más eficaces para conseguir la adherencia al fármaco, con pacientes en los últimos estadios del proceso de cambio (Willey, 1999). Los pacientes advierten que los cambios de ambiente en general y los viajes –sobre todo por vacaciones– en particular, tienen alto riesgo de incumplimiento: este hallazgo ha sido puesto de relieve por otros autores (Piñeiro et al, 1998).

De las cinco categorías de 'habilidades necesarias para el cumplimiento', cabría estudiar cuantitativamente la hipótesis que de la investigación cualitativa parece desprenderse: los no cumplidores invocan principalmente habilidades psicológicas frente a las habilidades en relación con el ritual de la toma, que mencionan los cumplidores.

En lo que respecta a las 'habilidades del personal sanitario', 'ninguna' es mencionada en primer lugar por los cumplidores, pero ambos grupos demandan consejo y motivación por parte de los

profesionales de la salud. La literatura científica (Black, 1999; Burnier, 2000) también sustenta la importancia del personal sanitario en la conducta de adherencia, a través de su empatía y su capacidad para compartir responsabilidades con el paciente, y su habilidad para aconsejarle y motivarle. Algunos estiman que una pobre relación médico-paciente es uno de los principales factores de incumplimiento, y que es tan necesaria la motivación del paciente para cumplir el tratamiento como la del médico para esforzarse en conseguirla (Waeber, 2000). La actitud positiva del médico hacia la terapia es también condición *sine qua non*: En este sentido, un reciente estudio multicéntrico sueco, que incluyó a más de 1.000 pacientes y 200 médicos, reveló que la estimación de los pacientes sobre el beneficio del tratamiento era superior a la de sus doctores (Kjellgren, Ahlner, Dahlof, Gill, Hedner y Saljo, 1998).

No olvidemos que la conducta del médico es el factor asociado al cumplimiento más fácilmente controlable por el propio médico. Y tampoco obviemos el hecho de que el farmacéutico pertenece al sistema sanitario y puede contribuir a evaluar y mejorar la adherencia (Nichols-English et al, 2000).

En relación con las limitaciones de nuestro estudio, para evitar en lo posible el sesgo de complacencia en las respuestas, la enfermera que realizó las entrevistas no pertenecía al centro de salud del que fueron seleccionados los pacientes. No obstante, el riesgo de complacencia sería especialmente alto en la pregunta que explora la conducta del paciente, las preguntas acerca de la influencia y motivación del personal sanitario –quizá la de más alto riesgo– y la que explora el estadio de cambio. En las preguntas sobre influencia-motivación de los sanitarios no parece haberse producido sesgo de complacencia, como cabe deducir de las respuestas, en las que el personal de enfermería no encabeza el listado de la clasificación. Por las respuestas de complacencia nuestro estudio podría tener un sesgo en la clasificación de cumplidores/no cumplidores, a favor de los cumplidores, y otro en la clasificación del estadio de cambio. Esta última, sobre todo, debe ser contemplada con muchas reservas. La investigación cuantitativa con criterios de adherencia externos y objetivos deberá aclarar estas limitaciones en el futuro.

Los pacientes radicalmente no cumplidores no están representados en el grupo entrevistado, pero probablemente tampoco son frecuentadores de las consultas de Atención Primaria de Salud, ni dan opción al sistema sanitario para evaluarlos e intervenir educativamente en ellos. Sin embargo, el cuestionario que se elabore con los datos de esta investigación cualitativa podría ser adecuado sólo para incumplidores parciales, que, por otro lado, son la mayoría abordable.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, las categorías encontradas, si se confirman en otras investigaciones análogas, pueden servir de base en futuras investigaciones cuantitativas, para elaborar los cuestionarios adaptados a la realidad del grupo-diana, para evaluar los determinantes de la conducta de adherencia en ellos y, finalmente, para diseñar y evaluar la eficacia de programas de intervención educativa, adaptados al estadio de cambio del paciente. Esto es: en los primeros estadios se aconseja trabajar sobre todo la actitud (importancia de la HTA y beneficios del tratamiento), con el apoyo social del entorno, en tanto que, en los estadios finales, la eliminación de barreras y el entrenamiento de habilidades son las intervenciones más eficaces (Willey, 1999). Es decir: cada intervención educativa debe ser hecha «a medida» de las necesidades de cada paciente individual (Nichols-English et al, 2000).

Referencias

- Amigo I, Fernández A, González A, Herrera J. (2002). Muscle relaxation and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Psicothema*, 14, 47-52.
- Black HR. (1999). Will better-tolerated antihypertensive agents improve blood pressure control? JNC VI revisited. *Am J Hypertens*, 12 (12 Pt 3), 225S-30S.
- Burg J, Lechner L, de Vries H. (1995). Psychosocial Determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite*, 25, 285-96.
- Burnard P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Educ Today*, 11, 461-6.
- Burnier M. (2000). Long-term compliance with antihypertensive therapy: another facet of chronotherapeutics in hypertension. *Blood Press Monit*, 5 Suppl 1, S31-4.
- Feldman R, Bacher M, Campbell N, Drover A, Chockalingam A. (1998). Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Can J Public Health*, 89 (5), 16-8.
- Fishbein M, Ajzen I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research*. Addison-Wesley: Reading MA.
- Fishman T. (1995). The 90-Second intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. *Pub Health Rep*, 110, 173-8.
- Flack JM, Novikov SV, Ferrario CM. (1996). Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *Eur Heart J*, 17 Suppl A, 16-20.
- Gasse C, Stieber J, Doring A, Keil U, Hense HW. (1999). Population trends in antihypertensive drug use: results from the MONICA Augsburg Project 1984 to 1995. *J Clin Epidemiol*, 52 (7), 695-703.
- Grueninger UJ, Goldstein MG, Duffy FD. (1989). Patient education in hypertension: five essential steps. *J Hypertens Suppl*, 7 (3), S93-8.
- Grueninger V. Arterial Hypertension: lessons from patient education. (1995). *Patient Educ Couns*, 26, 37-55.
- Harding G, Gantley M. (1998). Qualitative methods: beyond the cookbook. *Family Practice*, 15, 76-9.
- Johnson BF, Hamilton G, Fink J, Lucey G, Bennet N, Lew R. (2000). A design for testing interventions to improve adherence within a hypertension clinical trial. *Control Clin Trials*, 21 (1), 62-72.
- Kaplan NM. (2000). Guidelines for the management of hypertension. *Can J Cardiol*, 16 (9), 1147-52.
- Kjellgren KI, Ahlner J, Dahlof B, Gill H, Hedner T, Saljo R. (1998). Patients' and physicians' assessment of risks associated with hypertension and benefits from treatment. *J Cardiovasc Risk*, 5 (3), 161-6.
- Krueger RA. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Ed Pirámide.
- Mallion JM, Dutrey-Dupagne C, Vaur L, Genes N, Renault M, Baguet P et al. (1995). Comportement des patients ayant une hypertension arterielle legere a moderee vis-a-vis de leur traitement. Apport du pilulier electronique. *Ann Cardiol Angeiol*, 44 (10), 597-605.
- Martínez A. (1993). *La observancia en el tratamiento de la hipertensión arterial*. Barcelona: Ed Doyma.
- Mays N, Pope C. (2000). Qualitative research in Health Care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320, 50-2.
- McKinlay JB. (1992). Health Promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Can J Pub Health*, 83suppl1, S11-9.
- Miles M, Huberman A. (1984). *Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods*. California: Sage Publications Inc.
- Muñiz J. (1998). *Teoría clásica de los test*. Madrid: Pirámide.
- Nichols-English G, Poirier S. (2000). Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J Am Pharm Assoc*, 40 (4), 475-85.
- Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. (1997). Factores implicados en el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Atención Primaria*, 20 (4), 180-4.
- Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. (1998). Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino-dependientes y dislipemias. *Med Clin*, 111, 566-7.
- Pope C, Ziebland S, Mays N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*, 320, 114-6.
- Prochaska J, DiClemente C. (1984). *The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy*. Illinois: Down Jones-Irwin.
- Puras A, Sanchís C, Artigao LM, Divison JA (1998). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in a Spanish population. *Eur J Epidemiol*, 14(1), 31-6.
- Shaw E, Anderson JG, Maloney M, Jay SJ, Fagan D. (1995). Factors associated with noncompliance of patients taking antihypertensive medications. *Hosp Pharm*, 30 (3), 201-7.
- Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. (1992). Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *Am J Public Health*, 82 (12), 1607-12.
- Waeber B, Burnier M, Brunner HR. (2000). How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *J Cardiovasc Pharmacol*, 35 Suppl 3, S23-6.
- Willey C. (1999). Behavior-changing methods for improving adherence to medication. *Curr Hypertens Rep*, 1 (6), 477-81.