

Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud*

Véronique Demarbre
Universitat Autònoma de Barcelona

En el presente artículo pretendemos explicar la relevancia del estudio de la adherencia terapéutica desde el modelo teórico de la autoeficacia de Bandura. Se presentan los principales resultados de los estudios empíricos que se han realizado sobre la relación entre expectativas y adherencia terapéutica.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, autoeficacia, expectativas de resultados, psicología de la salud.

In the present report we try to explain the relevance of the study about therapeutic compliance from the Bandura Self-efficacy theoretical model. We point out the main results of empirical studies we did about the relationship between expectancies and therapeutic compliance.

Key words: Therapeutic compliance, Self-efficacy, Outcomes expectancies, Health Psychology.

A pesar de los considerables esfuerzos desarrollados durante los últimos cincuenta años por los profesionales de la salud para intentar solucionar la problemática de la no-adherencia a los regímenes terapéuticos, ésta es aún una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. Por lo que respecta al conjunto de regímenes terapéuticos, las cifras hablan por sí solas: las tasas de incidencia de adherencia a las recomendaciones clínicas no suelen superar el 20 %, estimándose en torno al 50 % la tasa típica de adherencia (Meichenbaum y Turk, 1991). En el caso de las enfermedades crónicas, las consecuencias de la no-adherencia suelen repercutir severamente en la salud física y psicológica de los pacientes, en su ambiente familiar, y representa un coste muy serio para la sociedad (Cicero, Ramírez, Casanova, 1984; Demarbre, 1989; Epstein y Cluss, 1982; Johnston, 1983; Puente-Silva, 1984).

* Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB 89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

Dirección de la autora: Véronique Demarbre, Universitat Autònoma de Barcelona, Unitat de Psicologia Bàsica. Apartat postal 29. 08193 Bellaterra (Barcelona) España.

Como dato revelador del interés creciente de los profesionales de la salud por la adherencia terapéutica, se destaca que existen actualmente más revisiones teóricas sobre el tema que estudios empíricos originales, siendo estos últimos ya muy numerosos (Becker y Rosenstock, 1984). Algunas revisiones importantes en torno al tema, realizadas durante las décadas de los setenta y de los ochenta, pueden encontrarse en: Becker y Maiman (1975), Blackwell (1973, 1983), Cameron y Best (1987), Cristensen (1978), Demarbre (1989), DiMatteo y DiNicola (1982), Dishman (1988), Dunbar y Stunkard (1979), Epstein (1984), Epstein y Cluss (1982), Haynes, Taylor y Sackett (1979), Meichenbaum y Turk (1987), Puente-Silva (1984), Sackett y Haynes (1976), Shelton y Levy (1981). La reciente publicación del *Journal of Compliance in Health Care*¹ ha contribuido a incrementar aún más la popularidad de este tema. Tomada en su conjunto, la literatura empírica sobre la adherencia terapéutica revela tanto la existencia de discrepancias conceptuales como la carencia de metodología específica de evaluación (Demarbre, 1989; DiMatteo y DiNicola, 1982; Gordis, 1976, 1979). A pesar de estas limitaciones metodológicas, los investigadores en el campo de la Psicología de la Salud han intentado desarrollar diferentes modelos teóricos explicativos de la adherencia terapéutica. Sin embargo, hasta el presente no ha sido posible explicar y predecir de forma satisfactoria la conducta de adherencia terapéutica.

No se pretende, en este trabajo, ofrecer una revisión de los distintos modelos teóricos surgidos en torno a la adherencia terapéutica, sino intentar explicar la relevancia de uno de estos modelos para su estudio: la Teoría de la Autoeficacia de Bandura. Se presentarán, en este artículo, los principales resultados obtenidos de los estudios empíricos realizados por nuestro equipo de investigación sobre este tema. Pero antes de continuar, nos gustaría recordar en qué consiste la adherencia terapéutica.

Existen numerosas definiciones de la adherencia terapéutica (Haynes, 1979; Puente-Silva, 1984). Algunos autores prefieren hablar de cumplimiento terapéutico. Desde nuestra perspectiva la adherencia terapéutica se refiere al grado de coincidencia entre la conducta indicada por el terapeuta (p. ej. tomar fármacos, seguir una dieta, realizar ejercicios físicos, dejar de fumar, etc.) y la conducta del paciente cuando ejecuta las prescripciones terapéuticas.

Entre las diferentes líneas de investigación que existen sobre el tema de la adherencia terapéutica, nos hemos interesado concretamente por los estudios empíricos que buscan identificar los factores moduladores de esta variable. La Teoría de la Autoeficacia (TAE) de Bandura (1977, 1978, 1982, 1986) nos parece muy interesante en este sentido, porque proporciona un posible esquema integrador de los mecanismos psicológicos involucrados en la adquisición y el mantenimiento de las conductas de salud (Bandura, 1986, 1992; O'Leary, 1985, 1992; Villamarín, 1987, 1990). Hasta el momento, la TAE ha generado una gran cantidad de estudios empíricos en el campo de la Psicología de la Salud. Los efectos moduladores de las expectativas sobre las conductas de salud han sido demostrados en varias ocasiones, y en campos muy distintos (Bandura, 1992). Recordemos que las expectativas de eficacia constituyen el concepto central de la TAE que Bandu-

1. *Journal of Compliance in Health Care*, Raymond Ulmer, Editor. Noncompliance Institute of Los Angeles, 1888 Century Park East, Suite 8000, Los Angeles, California 90067.

ra define en términos de juicios individuales sobre la capacidad propia para ejecutar determinados comportamientos (Bandura, 1977, 1982, 1986). Como parte integrante de la TAE, el autor define también otro concepto importante, las expectativas de resultados, en términos de juicios individuales sobre las posibles consecuencias de dicho comportamiento. En su versión más reciente, el autor afirma que los juicios de autoeficacia tienen el poder de determinar, aunque parcialmente, el comportamiento individual, y postula de forma clara la existencia de una dependencia de las expectativas de resultados respecto de la autoeficacia, aunque precisa que tal dependencia no significa que los resultados imaginados no tengan influencia reguladora sobre el comportamiento (Bandura, 1986). Otro factor importante de la TAE se refiere a los juicios de eficacia interactiva, es decir, los juicios que los individuos emiten sobre la eficacia de los demás, cuando estos últimos deben realizar determinados comportamientos. Dichos juicios de eficacia interactiva contribuyen a limitar, o facilitar, la acción de los demás. Una revisión exhaustiva sobre la TAE y sus principales aplicaciones, podrá encontrarse en Villamarín, 1987.

De acuerdo con Bandura, O'Leary (1985) refuerza la presunción de que las expectativas de eficacia son factores predictivos de la intensidad y la persistencia del esfuerzo, cuando el individuo se enfrenta con diferentes problemas relacionados con su salud. Por otra parte, las expectativas de eficacia influyen en los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales (Bandura, 1986). En base a los postulados de la TAE de Bandura (1982, 1986), es posible plantearnos algunas hipótesis sobre la relación entre la autoeficacia relativa al cumplimiento de las prescripciones y la adherencia terapéutica. A la hora de cumplir las prescripciones terapéuticas, podemos suponer que los pacientes con autoeficacia alta tendrán una actitud más positiva, se esforzarán más y persistirán más en sus esfuerzos para conseguir curarse, que los individuos con autoeficacia baja. En caso de que no mejore su salud, no por ello dejarán de cumplir necesariamente las prescripciones terapéuticas; puede que intensifiquen sus esfuerzos para cumplir, o puede que intenten cambiar su entorno (p. ej. cambiando de hospital o de médico). Comparativamente, podemos suponer que los individuos con autoeficacia baja se desanimarán más fácilmente si no consiguen rápidamente una mejoría de su salud y que no se esforzarán tanto para cumplir las prescripciones terapéuticas. Cuando los pacientes con baja autoeficacia toman conciencia de que no mejoran, a pesar de que estén cumpliendo las prescripciones, entonces tienden a resignarse. La situación en la que los pacientes se perciben a sí mismos como incapacitados, pero ven a otros pacientes similares que han conseguido mejorar su salud gracias a sus esfuerzos puede llevarles al desánimo y a la depresión.

Los pocos estudios empíricos realizados sobre el tema indican que tanto la autoeficacia como las expectativas de resultados pueden ser variables determinantes del grado de adherencia a las prescripciones terapéuticas. Esto ha sido comprobado en trastornos de salud tan distintos como la enfermedad pulmonar crónica obstructiva (Kaplan, Atkins, y Reinsch, 1984), la enfermedad «periodontal» (Beck y Lund, 1981), la hipertensión (Brathwaite, 1983; Hoeschler, Lichstein, y Rosenthal, 1986), el acné (Flanders y McNamara, 1984) y la obesidad (Weinberger y Agras, 1984). Una revisión sobre los estudios que consideran las variables

de las expectativas y de la adherencia puede encontrarse en Demarbre (1989). Seguidamente nos limitaremos a exponer los resultados de dos trabajos realizados por nuestro equipo de investigación, en laboratorio, en los cuales se analizó la relación entre expectativas y adherencia terapéutica, en el campo de las cefaleas tensionales y migrañosas.

En una primera investigación realizada por Demarbre, (1989), nos planteamos como objetivo principal analizar el poder predictivo de las expectativas de autoeficacia y de las expectativas de resultados sobre la adherencia a las prescripciones terapéuticas en un tratamiento comportamental para la cefalea tensional, sobre una muestra de dieciséis estudiantes voluntarios. El tratamiento consistió en la aplicación combinada de técnicas de biorretroalimentación electromiográficas y de un entrenamiento en relajación. El procedimiento duró un total de ocho semanas: dos de pretratamiento, cuatro de tratamiento y dos de postratamiento. Las expectativas fueron evaluadas en cinco ocasiones a lo largo del procedimiento terapéutico: dos veces en el pretratamiento, una vez en la mitad del tratamiento, y dos veces en el postratamiento. Para el control de la adherencia terapéutica se utilizó el sistema de fichas de autorregistro que los sujetos tenían que entregar de forma regular. (Una descripción más detallada relativa al procedimiento seguido en esta investigación puede encontrarse en Demarbre, 1989; Demarbre, 1990; Demarbre, Villamarín y Bayés, 1992.)

Para verificar el poder predictivo de las expectativas evaluadas en el pretratamiento sobre la adherencia global al procedimiento, realizamos una serie de análisis de regresión uni y multifactoriales. En los estudios de regresión simple, las expectativas de resultados relativas al cumplimiento de las prescripciones predijeron mejor la adherencia ($R=0.77$; $R^2=0.600008$; $SIG.0.00040$) que la autoeficacia relativa a dicha conducta ($R=0.56932$; $R^2=0.32413$, $F=6.71397$; $SIG.0.02130$). En el análisis de regresión múltiple paso a paso (*Stepwise* del SPSSX), consideramos conjuntamente los dos tipos de expectativas. El porcentaje de varianza de la adherencia explicado por estas dos variables fue del 59.26 %, aunque el 59.24 % de la adherencia global fue explicado por las expectativas de resultados, y sólo el 0.02 % por la autoeficacia.

Los resultados de nuestro trabajo verificaron el poder de predictividad de las expectativas de resultados relativas al cumplimiento evaluadas en el pretratamiento sobre la adherencia global a las prescripciones terapéuticas. Nuestros resultados coincidieron con los obtenidos por Hoeschler, Lichstein, y Rosenthal (1986).

En una segunda investigación realizada por Planes (1991) con diez pacientes migrañosos, se exploró la relación entre las expectativas, evaluadas en el momento de iniciar la intervención terapéutica (autoeficacia relativa al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y expectativas de resultados relativas al tratamiento), y la adherencia a la práctica de la relajación. Tanto en la fase de tratamiento (de 45 días de duración) como en el seguimiento (de 25 a 130 días de duración), la prescripción recomendada fue la misma: los sujetos disponían de un «calendario» en el cual debían señalar (con una cruz) los días que practicaban la relajación. Los resultados de los estudios correlacionales indicaron una relación de tipo directo entre la autoeficacia evaluada antes del inicio del trata-

miento y la adherencia en la fase de tratamiento ($R=0.67$; $p<0.023$); la autoeficacia fue la única variable significativamente correlacionada con la adherencia durante el tratamiento, en comparación con las expectativas de resultados. No se observó ningún tipo de relación entre las expectativas evaluadas en el pretratamiento y la adherencia en el seguimiento. Una posible explicación de que no se haya podido establecer algún tipo de relación entre las expectativas de resultados y la adherencia terapéutica podría deberse a que dichas expectativas se referían a los resultados generales del tratamiento (la mejora de la migraña) mientras la adherencia se evaluó a través de una conducta terapéutica muy específica dentro de lo que era el tratamiento en sí.

Como conclusión, y tomados en su conjunto, los resultados obtenidos en los estudios de laboratorio presentados se ajustan al postulado de la TAE de Bandura sobre el poder predictor de las expectativas sobre las conductas de salud. Si los resultados obtenidos en estos estudios llegasen a confirmarse en posteriores investigaciones de campo, sería posible identificar los pacientes con riesgo de no adherencia, gracias a la formulación de preguntas simples sobre las expectativas. Ello abre perspectivas interesantes desde el punto de vista clínico, ya que permitiría dirigir mejor nuestros esfuerzos a la hora de aplicar determinadas estrategias psicológicas para incrementar la adherencia terapéutica. No cabe duda de que la identificación de los pacientes no-adherentes y la intervención psicológica para controlar dicha conducta puede contribuir a mejorar el pronóstico de todos aquellos pacientes para los cuales su enfermedad resulta conflictiva (patologías crónicas, cardiopatías, cáncer, trasplantes, etc.), a mejorar el ambiente familiar dañado por situaciones de no-adherencia y finalmente, a disminuir el enorme costo socioeconómico debido a sus consecuencias negativas.

REFERENCIAS

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 12-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs. Trad. cast. (1987): *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy Mechanism in Psychobiologic Functioning. In Ralf Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought Control of Action*. Hemisphere Publishing Corporation.
- Beck, K.H. & Lund, A.K.. (1981). The effects of health threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 401-415.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with and medical recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Becker, M.H. & Rosenstock, I.M.. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe & A. Mathews (Eds.), *Health care and human behavior*. New York: Academic Press.
- Blackwell, B. (1973). Patient compliance. *The New England Journal of Medicine*, 289, 249-253.
- Blackwell, B. (1983). Medical intelligence. *The New England Journal of Medicine*, 289, 249-252.
- Brathwaite, N.A. (1983). Relationship between psychosocial variables and adherence to medication regimens by black hypertensive men. University of Maryland, Supervisor: Dr Robert H.L. Feldman. In *Dissertation Abstract International*, 44, april 1984.

- Cameron, R. & Best, A. (1987). Promoting Adherence to Health Behavior Change Interventions: Recent Findings from Behavioral Research. *Patient Education and Counseling*, 10, 139-154.
- Cicero, R. y Ramírez Casanova, E. (1984). Implicaciones y repercusiones para el paciente neurológico por falta de cumplimiento a su tratamiento. En F.G. Puente-Silva, (Ed.), *Adherencia terapéutica (Implicaciones para México)*, 19-35.
- Cristensen, D.B. (1978). Drug-taking compliance: A review and synthesis. *Health Services Research*, 13, 171-187.
- Demarbré, V. (1989). *Expectativas y adherencia en el tratamiento del dolor de cabeza tensional mediante técnicas de biorretroalimentación*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Demarbré, V. (1990). Importancia de la adherencia a las prescripciones terapéuticas en los procesos de adaptación humana. En II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos (Eds.), *Comunicaciones: Psicología y salud: Psicología de la salud*, 5, 86-90. Valencia.
- Demarbré, V., Villamarín, F. & Bayés, R. (1992). Attentes prédictives de l'adhérence aux prescriptions thérapeutiques dans le traitement comportemental de la céphalée de tension. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2, 15-23.
- DiMatteo, M. R. & DiNicola, D.D. (1982). Achieving Patient Compliance. *The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon Press.
- Dishman, R.K. (Ed.) (1988). *Exercise Adherence: Its Impact on Public Health*. Champaign Illinois: Human Kinetics Books.
- Dunbar, J.M. & Stunkard, A.J. (1979). Adherence to diet and drug regimen. In R. Levy, B. Rifkind, B. Dennis & N. Ernst (Eds.), *Nutrition, lipids, and coronary heart disease*. New York: Raven Press.
- Epstein, L.H. (1984). The Direct Effects of Compliance on Health Outcome, *Health Psychology*, 3, 385-393.
- Epstein, L.H. & Cluss, P.A. (1982). A Behavioral Medicine Perspective on Adherence to long-term Medical Regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 950-971.
- Flanders, P. & McNamara, J.R. (1984). Prediction of Compliance With and Over-the-Counter Acne Medication. *The Journal of Psychology*, 118, 31-36.
- Gordis, L. (1976). Methodological issues in the measurement of patient compliance. In D.L. Sackett & R.B. Haynes (Eds.), *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gordis, L. (1979). Conceptual and methodologic problems in measuring compliance. In R.B. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (Eds), *Compliance in health care* (pp. 23-45). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In R.B. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 1-10). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W. & Sackett, D.L. (Eds) (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hoeschler, T.J., Lichstein, K.L. & Rosenthal, T.L. (1986). Home Relaxation Practice in Hypertension Treatment: Objective Assessment and Compliance Induction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 217-221.
- Johnston, D.A. (1983). The discontinuance of maintenance in neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: Drugs and social consequences. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 5, 339-352.
- Kaplan, R.M., Atkins, A.J. & Reinsch, S. (1984). Specific Efficacy Expectations Mediate Exercise Compliance in Patients with COPD. *Health Psychology*, 3, 223-242.
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1987). *Facilitating Treatment Adherence. A Practitioner's Guidebook*. New York: Plenum Press.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and Health. *Behavior Research and Therapy*, 23, 437-451.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and Health: Behavioral and Stress- Physiological Mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.
- Planes, M. (Mayo 1991). *La influencia de diversos tipos de expectativa en el cumplimiento terapéutico*. Comunicación presentada al II Congreso Internacional «Latini Dies», Sitges.
- Puente-Silva, F.G. (Ed.) (1984). ¿Qué es la adherencia terapéutica? En F.G. Puente-Silva (Ed.), *Adherencia Terapéutica (Implicaciones para México)* (pp. 1-18).
- Sackett, D.L. & Haynes, R.B. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Shelton, J.L. & Levy, R.L. (1981). *Behavioral Assignments and Treatment Compliance*. Illinois: Research Press.
- Villamarín, F. (1987). *Verificación de la Teoría de la Auto-eficacia de Bandura mediante técnicas de biorretroalimentación*. Tesis doctoral no publicada. Universitat Autònoma de Barcelona.

Villamarín, F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 45-64.

Weinberger, E. & Agras, W.S. (1984). *The weight reduction efficacy questionnaire*. Manuscrito policopiado. University of Standford. Stanford.

