

## **EVALUACION E INTERVENCION EN ADHERENCIA A PRESCRIPCIONES MEDICAS Y DE SALUD (1)**

**Javier Herruzo Cabrera**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
UNIVERSIDAD DE GRANADA (2)

### **RESUMEN**

*En este trabajo se presenta, en primer lugar, una revisión de los diferentes métodos que han sido utilizados para evaluar la adherencia a prescripciones médicas y de salud, especialmente en regímenes medicamentosos, sugiriéndose el uso simultáneo de varias, dadas las limitaciones que presentan cada uno por separado. En segundo lugar, se revisan las diferentes estrategias con las que se ha intervenido para a) prevenir la ausencia de adherencia a regímenes medicamentosos, b) para mejorarla, y c) para mantenerla a largo plazo. Estas se analizan a la luz de las Vs más relevantes que inciden sobre el cumplimiento de las prescripciones. Se enfatizan brevemente las implicaciones para la realización de un análisis funcional que permita generalizar los resultados obtenidos en estos trabajos sobre adherencia a regímenes medicamentosos a cada campo concreto de la salud en el que se vaya a intervenir.*

**PALABRAS CLAVE:** *Adherencia, prescripciones médicas, evaluación, intervención.*

### **SUMMARY**

*This paper presents, on the one hand, a general revision of the different and main used to evaluate the adherence to medical prescriptions, especially with respect to medications regimens. It is suggested the simultaneous use of several methods mainly because of the minor individual effect of each technique. On the other hand, different strategies are reviewed wich have been used, firstly, to lack of adherence to medications analized taking into account the most relevant variables responsible of the fulfilment of medical instruction. Implicationj of this functional analisis with regard to other medical interventions are briefly emphasized.*

**KEY WORDS:** *Adherence, prescriptions, evaluate, intervention.*

Definimos la adherencia o cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido (Epstein y Cluss, 1982). Pese a que durante bastante tiempo se ha considerado que es fácil conseguir que los pacientes cumplan los regímenes médicos o de salud, las primeras evaluaciones han puesto de manifiesto que la realidad es muy diferente. Aunque es difícil estimar la magnitud real del problema, dada la falta de una definición y medida única de la adherencia, parece ser que en EE.UU. (Sacket y Snow, 1979; citado por Peck y King, 1985), entre el 20 y el 30 % de los pacientes sometidos a tratamiento curativo a corto plazo fallan al llevarlo a cabo, mientras que si el régimen a corto plazo que se les prescribe es preventivo, fallan entre el 30 y el 40 % de los sujetos. Los mismos autores señalan que las prescripciones médicas a largo plazo no son seguidas por el 50 % de los sujetos, en el momento de comenzarlas, y el incumplimiento se incrementa conforme pasa el tiempo. Asimismo, entre el 40 y el 50 % de los pacientes no acuden a las citas médicas para recibir tratamiento curativo.

De entre los distintos tipos de regímenes y prescripciones de salud que pueda haber nos interesan aquellos que dependen unicamente del individuo para la consecución de su objetivo. Estos son muy variados y el tipo de conducta que implican puede también variar en cuanto a complejidad o coste de respuesta (desde ingerir simplemente una o unas píldoras hasta realizar complicados ejercicios a horas concretas del día, por ejemplo).

Aunque es fácil definir el comportamiento de adherencia, no hay, sin embargo, un criterio standard de los niveles de adherencia necesarios y la cantidad de cumplimiento adecuado de las prescripciones, ya que será diferente en función del tipo de tratamiento o régimen del que se trate. Algo similar ocurre al hablar de fracaso en la adherencia, que no nos referimos a un fenómeno unitario sino múltiple porque son varios los fallos que pueden producirse en el cumplimiento de los regímenes médicos, implicando problemas conductuales bastante diferentes. Por ejemplo, se pueden producir fallos por parte del sujeto a la hora de comenzar un tratamiento al aplicarlo -si lo hace en cantidades, momentos o por razones inadecuadas- o al concluirlo de forma incorrecta. También se pueden producir fallos al no restringir o cambiar de actividad o al no acudir a las citas para recibir tratamiento (Epstein y Cluss, 1982; Melamed, 1984; Reig, 1981). Por esto, convendría especificar siempre cómo se ha definido un fallo para conocer de cual de ellos se está hablando.

Dado que una prescripción o consejo se realiza para la prevención o el tratamiento de un problema, y se supone que estas prescripciones son adecuadas, la falta de adherencia debe tener como consecuencia directa el fracaso de los tratamientos, ya sean éstos preventivos o curativos. Tal y como señalan Epstein y Cluss (1982), la falta de cumplimiento de los tratamientos médicos tiene como efecto exacerbar los problemas o la progresión de la enfermedad, hace más frecuentes las emergencias, y puede llevar a que sea necesario prescribir drogas más potentes o tóxicas, o tratamientos mas intrusivos. No obstante, como expondremos más

adelante, hay que puntualizar que no existe una relación directa entre adherencia y efectos del tratamiento. En el caso de los tratamientos preventivos, cuando no se llevan a cabo las prescripciones, se puede producir una recaída en enfermedades que están bajo control, o la reaparición de enfermedades (p. ej. las infecciones Cabrero y Richart, 1988).

A continuación se exponen y analizan los diferentes métodos utilizados para evaluar la adherencia, siguiendo con el análisis de las estrategias diseñadas para conseguir una adherencia adecuada a la luz de las principales variables que influyen en la adherencia.

## Métodos de Evaluación de la Adherencia

El cumplimiento de los regímenes médicos se ha intentado evaluar de muy diversas maneras, aunque la mayor parte de ellas han sido diseñadas para estimar el cumplimiento de prescripciones sobre medicamentos. A continuación presentamos los principales métodos de evaluación que se recogen en la literatura.

### 1.- Observación de la conducta de adherencia

En la literatura revisada no encontramos la observación como método de evaluación de la adherencia, sino que aparecen solamente los autoinformes. No obstante, creemos que es esencial su inclusión, dado que los autoinformes son sólo una técnica de observación no sistemática, pudiéndose utilizar para evaluar la adherencia a prescripciones tanto otras técnicas de observación no sistemática como las de observación sistemática.

Entre las *no sistemáticas* podemos incluir tanto el informe sobre la adherencia que da el propio sujeto, como el que dan otras personas. El primero es el más utilizado a pesar de su escasa fiabilidad, aportando normalmente unos datos sobrestimados de la adherencia (Labrador y Castro, 1987; Epstein y Cluss, 1982). Puede, sin embargo servir para identificar algunos de los Ss que no cumplen las prescripciones (Masur y Anderson, 1988). El informe realizado por otras personas (miembros de la familia, amigos, etc.) parece presentar la misma problemática agravada por el hecho de basarse, normalmente, en observaciones intermitentes además de informales.

La observación sistemática de la conducta de adherencia puede ser realizada por el propio sujeto o por otros. Pero hablamos de observación sistemática porque hay una definición operacional previa de la conducta a observar y más de un observador. Se han utilizado, no obstante los autorregistros en solitario y en combinación, bien con la observación sistemática de otras personas o solamente con el informe de éstas (Herruzo y cols. revisión).

### 2.- Estimación del médico

Consiste en un juicio o estimación del médico acerca de si el paciente ha cum-

plido las prescripciones. Esta medida es una de las más inadecuadas ya que se basa en criterios idiosincrásicos y subjetivos, que en el mejor de los casos se basa en los resultados terapéuticos, que como se expone a continuación no correlacionan directamente con adherencia. Dunbar y Agras (1980), Epstein y Cluss (1982), y Masur y Anderson (1988) afirman que la estimación de la adherencia por parte del médico arroja los mayores índices de error por sobre-estimación de la adherencia.

### **3.- Resultados terapéuticos**

Los resultados terapéuticos valorados en cuanto a desaparición o mantenimiento de los síntomas y signos de la enfermedad no indican de forma fiable el cumplimiento del régimen. No existe una relación directa entre mejoría y cumplimiento, ya que el cambio puede deberse a la acción de otros factores no controlados, interacción con otros desconocidos, etc. Además, como indican Epstein y Cluss (1982), la adherencia al tratamiento ha demostrado tener efecto por sí sola sobre la mejoría de los síntomas, independientemente, del efecto placebo (Ver op.cit.). Añadamos también la posibilidad de que se produzcan errores clínicos o de inexactitud diagnóstica, que también alterarían la relación entre adherencia y resultados. Epstein y Cluss (1982) y Labrador y Castro (1987) afirman que su utilización como método de evaluación de la adherencia no es aconsejable. nosotros pensamos que al menos no se debe utilizar como único método de evaluación, llevándonos, además, lo expuesto, a adoptar una postura cautelosa y crítica sobre la efectividad terapéutica de determinados tratamientos.

### **4.- Medición del consumo de medicamentos**

Los métodos dirigidos a la medición del consumo de medicamentos han sido, sin duda, los más estudiados y desarrollados, llegándose a utilizar instrumentos de gran complejidad técnica. Los más simples son los basados en el recuento de tabletas, envases o dosis, sistemas que están sujetos a falsificación (Epstein y Cluss, 1982; Labrador y Castro, 1987). En general, suelen proporcionar una información sobreestimada de la adherencia al tratamiento (Dunbar y Agras, 1980), a la par que no nos informan del uso que el paciente hace de la medicación (Masur y Anderson, 1988). Los métodos mecánicos, dispensadores y dosificadores, siguen presentando el inconveniente de desconocer el uso que se ha dado al medicamento (Epstein y Cluss, 1982; Masur y Anderson, 1988). Por ello, resulta necesario completar estas medidas con otras como, por ejemplo, la observación por otros miembros de la familia, que controlen el uso que el paciente hace de la medicación.

### **5.- Evaluación bioquímica**

La evaluación bioquímica hace referencia a analíticas que pueden ir dirigidas a detectar la presencia, en la orina, en la sangre o en alguna secreción, tanto del

agente terapéutico mismo, como de algún marcador situado en dicho medicamento, o de sus productos metabólicos (Dunbar y Agras, 1980). Estos métodos han sido calificados de "directos" (Epstein y Cluss, 1982) y, durante mucho tiempo, se han visto como la mejor y más fiable alternativa a los señalados anteriormente. Pese a su mayor objetividad, estas medidas informan de que el medicamento ha sido tomado, pero no de cuando y cómo (Dunbar y Agras, 1980; Epstein y Cluss, 1982; Labrador y Castro, 1987). A esto hay que añadir que algunos medicamentos presentan problemas de absorción que dificultan la interpretación de los análisis bioquímicos (Dunbar y Agras, 1980). No obstante, pueden resultar especialmente válidos en algunas enfermedades como la diabetes en tanto que el objetivo del comportamiento de adherencia es conseguir unos niveles adecuados de la sustancia que se analiza (Glucosa, hemoglobina glucosilada).

En conclusión parece ser que no podemos afirmar que haya una técnica claramente superior a las demás en el sentido de que solventa todos los problemas a la vez, por lo que, teniendo en cuenta las limitaciones específicas de cada una de ellas, es preferible recurrir a la utilización de varias simultáneamente, que permitan validar y fiabilizar la información que aporta cada una por separado.

### **VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA**

Las prescripciones médicas generalmente están compuestas, bien por una serie de instrucciones que han de seguirse con una secuencia determinada, sea o no a lo largo del tiempo, o bien por una instrucción más simple que ha de ser ejecutada repetidas veces en diferentes momentos, por lo que podemos decir que las Vs que controlan la adherencia estarán muy relacionadas con las Vs que controlan el seguimiento de instrucciones en general, que sería el componente esencial de la conducta de adherencia. Creemos que las Vs más relevantes que afectan a las diferentes condiciones que han de darse para que se cumpla una prescripción médica son (un análisis más detallado de éstas aparece en Luciano y Herruzo, revisión): el estado motivacional del S; los aspectos aversivos de la situación de consulta (tiempo de espera para ser visitado, trato al paciente, etc); la comprensión de las prescripciones (y por lo tanto la adaptación de la exposición de la prescripción al repertorio verbal del paciente); la historia de interacciones entre el paciente y la persona que le da la prescripción (u otra a la que generalice bien por modelos o por reglas); la especificación de las consecuencias de seguir las prescripciones y de no seguirlas; incompatibilidad entre las actividades diarias del S y la emisión de la R de adherencia; complejidad de las acciones que implica la conducta de adherencia en relación a la presencia o no en el repertorio del S de las habilidades necesarias para ejecutar tales acciones; historia o repertorio de seguir instrucciones y por último, tipo (sociales o no, aversivas o reforzantes) y distribución temporal (inmediatas o demoradas) de las contingencias sobre la primera y sucesivas emisiones de la R de adherencia y el repertorio de autocontrol que tenga el individuo.

## **Estrategias de intervención en adherencia a prescripciones médicas**

En la literatura encontramos tres tipos principales de estrategias cuyo fin es conseguir una adecuada adherencia del paciente al régimen médico que se le haya prescrito. Nos referimos a estrategias que se dirigen bien a prevenir la falta de adherencia, a incrementar una adherencia baja o bien a conseguir el mantenimiento a largo plazo de la adherencia. A continuación nos vamos a detener en la descripción y análisis de cada una de ellas a la luz de las Vs principales que afectan al comportamiento de adherencia, en tanto que en la literatura aparecen, generalmente, tan sólo descripciones de éstas.

### **Estrategias dirigidas a prevenir la falta de adherencia a las prescripciones médicas**

Este tipo de estrategias inciden sobre el comportamiento de adherencia a prescripciones médicas tratando de incrementar la probabilidad de que el paciente, en primer lugar, acuda a la consulta y, en segundo lugar, comprenda adecuadamente las prescripciones que se le dan, mediante la reducción de los aspectos aversivos de la situación de consulta. Esto es llamado por Dunbar, Marshall y Howell (1979) creación de un ambiente positivo y organizado, lo que se ha comprobado que previene el número de abandonos de los regímenes prescritos. Se han utilizado en concreto (Dunbar, Marshall y Howell, 1979; Labrador y Castro Saez, 1987; Costa y López, 1986; Cabrero y Richart, 1988; Dunbar y Agras, 1980):

- Trato afectuoso al paciente
- Dedicación, por parte del médico, del tiempo, atención y empatía adecuados a los pacientes (Ver Costa y López, 1986).
- Minimización de los tiempos de espera a través de la atención cuidadosa de los programas domiciliarios de los pacientes.
- Envío de los "recordatorios" a su debido tiempo
- Ser visto siempre por el mismo médico
- Supervisión por colaboradores
- Estrategias educativas, que consisten en dar información detallada al paciente sobre su enfermedad, las consecuencias de las mismas, el tratamiento y la importancia del cumplimiento de las prescripciones para el éxito de la terapia.

Se ha comprobado que este tipo de estrategias, por sí solas, tienen efecto sólo cuando el régimen es a corto plazo (entre algunos días y unas semanas) (Dunbar, Marshall y Howell, 1979; Carpenter y Davis, 1976; Fdez Parra, 1988).

Que el sujeto acuda a la consulta y comprenda adecuadamente las prescripciones no implica que vaya a llevarlas a cabo. Como Carpenter y Davis (1976) señalan en un estudio epidemiológico de ejercicios para la rehabilitación de artritis reumatoide, los pacientes que tenían una mejor "comprensión de la enfermedad" fueron los que peor cumplieron las prescripciones. Por tanto, parece necesario

complementar estas estrategias con algunos componentes más, que cubran el resto de las condiciones que se apuntaban como necesarias para probabilizar el cumplimiento. En este sentido, se podrían utilizar a nivel preventivo, las estrategias diseñadas para incrementar la adherencia que presentaremos en el próximo apartado.

Todas estas estrategias, que se han valorado principalmente con regímenes medicamentosos, en la medida en que se refieren al funcionamiento de los servicios de salud, son generalizables a los demás problemas y tópicos de la salud en los que se requiere adherencia por parte del paciente. No obstante, los resultados obtenidos a través de éstas técnicas son, todavía, poco concluyentes y se precisan valoraciones más controladas.

### **Estrategias dirigidas al incremento de una baja adherencia a las prescripciones médicas**

Aunque en la literatura las técnicas utilizadas con estos objetivos aparecen clasificadas como "Técnicas basadas en el control de estímulos y técnicas basadas en el refuerzo" (Epstein y Cluss, 1982; Labrador y Castro, 1987) nosotros pensamos que dicha clasificación puede inducir a equívocos en tanto que sabemos que toda interacción conductual se articula en tres componentes: los factores de control, la respuesta y las consecuencias, por lo que queremos hacer explícito que todas estas técnicas implican a la vez tanto factores de control como consecuencias, siendo posible que lo que realmente ocurra sea que unas técnicas enfatizan más los elementos antecedentes de la interacción, otras los componentes consecuentes, y otras, ambos. Esta es la razón por la que renunciamos a hacer una clasificación de la forma indicada de estas técnicas, centrándonos, pues, en especificar tanto la descripción de la técnica en sí, como analizando a la luz de las variables que inciden sobre la adherencia e indicando además los componentes de la interacción que enfatizan.

#### **a) Recordatorios**

Consisten en recordar de alguna forma al paciente su próxima cita con el médico o su régimen. Con este propósito se han utilizado llamadas telefónicas o cartas recordando las citas (habiéndose mostrado ambas igualmente efectivas) (Dunbar, Marshall y Hovell, 1979). También ha sido utilizada una técnica de autocontrol consistente en colocar carteles que señalan la presencia de los medicamentos o el programa de tomas. Se han mostrado efectivos en regímenes de corta duración en tanto que su prolongación les hace perder efectividad (Cabrero y Richart, 1988). Esta pérdida se produce a medida que el cartel pierde la característica de estimulación novedosa en ese contexto, dejando de provocar Rs de orientación en el S, dada la ausencia de contingencias diferenciales de una ocurrencia a otra (Luciano y Herruzo, op, cit). Su efectividad puede incrementarse sí periódicamente

cambiamos ciertas características del cartel como colocación, color, tamaño, etc. Los recordatorios serán suficientes cuando la única variable que dificulte la adherencia sea el olvido de que ha de realizar la prescripción. Cuando haya un coste de R. alto en la emisión de la R. de adherencia, probablemente hará falta recurrir a otras técnicas.

**b) Incrementar los aspectos agradables o saliencia de las pastillas.**

Esta técnica ha consistido en hacer más agradable el sabor de las pastillas que se han de tomar. Sin embargo, su efectividad ha sido muy reducida (Epstein et al. 1981). En realidad lo que han tratado de hacer es reducir los aspectos estimulares aversivos condicionados e incondicionados de las píldoras, que al ser inmediatos, afectan negativamente a la adherencia porque probabilizan conductas de evitación y escape.

**c) Resaltar la importancia de la adherencia**

Mc Kenney y otros (1973) implicaron como consejero a un farmacéutico para un estudio con pacientes hipertensos. Los pacientes visitaban con regularidad al farmacéutico durante los 5 meses que duró el estudio, y en las visitas éste siguió de cerca al paciente (aclaración de dudas, consejos, etc). La adherencia se evaluó mediante un contador automático de pastillas y se pudo observar que el 87 % del grupo experimental se adhirió al régimen prescrito, mientras que el grupo control sólo lo hizo un 16 %. Como indican Dunbar y Agras (1980), las contingencias sociales administradas por el farmacéutico pueden dar razón de los resultados de este estudio, más que el sólo hecho de aconsejar la adherencia.

**d) Autorregistro de los síntomas**

Esta técnica consiste en registrar la presencia o ausencia de ciertos síntomas relacionados con la enfermedad. Carnahan y Nugent (1975) utilizaron esta estrategia con pacientes hipertensos, alcanzando éxito en la mejora de la presión sistólica pero no en la diastólica. Sin embargo, Epstein et al. (1982) informa de otros estudios en los que se ha obtenido poco éxito con estas técnicas (Johnson et al., 1978; Epstein et al, 1981). Desde nuestro punto de vista, el efecto dependerá de las propiedades funcionales (contingencias condicionadas) que haya podido adquirir la verbalización (privada o pública) de la presencia del síntoma en la historia individual de interacciones del S.

**e) Autorregistro del tratamiento**

Consiste en anotar, el propio S., las conductas producidas en relación al tratamiento. Romanczyk (1974) comparó esta técnica con la anterior en un progra-



ma de pérdida de peso, resultando el autorregistro del tratamiento (ingesta de alimentos en este estudio) más efectivo que el registro de los síntomas (que en este estudio fue pérdida de peso).

Dunbar (1977) utilizó esta estrategia con pacientes que habían mostrado una adherencia escasa a la ingesta de medicamentos para reducir el colesterol. Detectó un curioso efecto consistente en que, mientras al principio no hubo diferencias en la adherencia entre un grupo que registró la administración de los síntomas y otro control, los primeros fueron, a lo largo de los 6 meses, incrementando su adherencia hasta que en esa fecha las diferencias eran significativas y también la correspondiente reducción del colesterol.

Sin embargo, tanto Mahoney (en Dunbar, Marshall y Hovell, 1979) como Masur y Anderson (1988), apuntan que los efectos del autorregistro son de vida corta. Desde nuestro punto de vista, creemos que la realización y el mantenimiento del autorregistro muestra una gran variabilidad ya que, su realización depende de las propiedades reforzantes que puede tener tal actividad debido, bien a las contingencias pasadas de dicha conducta (directas, por modelos o por reglas verbales), o bien por contingencias sociales y explícitas por el inicio y mantenimiento de tal actividad. Sin un análisis controlado (en los estudios experimentales) de tales interacciones no es de extrañar la aparición de tal variabilidad y lo más grave, la elección del albedrío u otro concepto parecido para dar razón de los efectos de tales técnicas.

### **j) Contratos conductuales**

Los contratos conductuales o de contingencias son acuerdos que se establecen entre dos o más personas, que especifican una serie de contingencias que se administrarán por la emisión de unas conductas a unos niveles muy concretos según los criterios prefijados por ambas partes. Hay una tendencia bastante generalizada a considerarlos como una técnica de autocontrol por sí misma como algo distinta de los demás, pero el uso de los contratos implica varios componentes unidos como (modificado a partir de Dunbar, 1977):

- Implicar al paciente en la planificación del régimen.
- Permite aclarar puntos y detalles del tratamiento que no se hayan entendido.
- Se establece un compromiso público, casi siempre por escrito, lo que incrementa la probabilidad de su cumplimiento.
- Implica reforzamiento y/o castigo social tanto por la conducta verbal como por la no verbal.
- Es normal implicar al cónyuge o a personas cercanas en la administración de contingencias sociales.

Se han conseguido buenos efectos con éstos en diversos campos terapéuticos como obesidad, ingesta regular de disulfiram por alcohólicos (Dunbar, Marshall & Hovell, 1979) etc, y es una técnica ampliamente utilizada en la clínica psicológi-

ca (Jones, 1978). Su efectividad inmediata depende de unas Vs bien definidas en el contrato y de su consecución. Sin embargo, si estas Vs o criterios fuerzan el repertorio habitual del S, no es probable su efectividad. Así, el análisis de repertorios y contingencias del problema, a la par que las consecuencias habituales del S, son factores clave para probabilizar el éxito. El problema más señalado de esta técnica, como el de otras, es el mantenimiento y generalización, aspectos que trataremos más adelante.

#### **f) Reforzar la reducción de síntomas**

Epstein y cols. (1981), realizaron un estudio con pacientes insulino dependientes sobre adherencia a la prescripción de control diario de la glucosa en orina. Reforzando a los pacientes que mostraban en el análisis de orina un nivel inferior de glucosa a una cantidad predeterminada, consiguieron un incremento en el cumplimiento de la prescripción citada. Como se puede ver, en este trabajo se administraron consecuencias sociales, no por el cumplimiento de las prescripciones, sino por los resultados terapéuticos, hecho que como indicamos más arriba, no tiene por qué estar relacionado directamente, por lo que es conveniente no utilizar esta técnica en solitario.

#### **g) Feedback del nivel del medicamento en sangre**

Eney y Golsdtein (1976), aunque no asignaron aleatoriamente los sujetos a los grupos, y el seguimiento fue muy corto, consiguieron un aumento de la adherencia y mejora de los síntomas con pacientes asmáticos, dándoles *feedback* del nivel en sangre del medicamento. Gibber et al. (1970) obtuvieron los mismos resultados con pacientes epilépticos. Sin embargo, no midieron de otra manera la adherencia, en tanto que el *feedback* no tiene por qué indicar que el medicamento se ha ingerido en la manera prescrita. Hay que tener en cuenta que el *feedback* puede actuar funcionalmente de manera diferente como contingencias condicionadas de reforzamiento o castigo en sujetos con historias diferenciales o en el mismo S en circunstancias distintas por lo que sería conveniente estar atentos al papel funcional que el *feedback* (de un tipo u otro) juega en cada caso y situación para interpretar su eficacia a la luz de tal información, y en caso de ausencia de tal papel funcional, actuar bien condicionándolo o bien eligiendo otra técnica alternativa.

#### **h) Reforzar el seguimiento correcto de las prescripciones**

Bigelow et al. (1976) recompensaron a alcohólicos por asistir a la clínica e ingerir su "fármaco antiabuso". El programa tuvo éxito, pero presenta deficiencias metodológicas.

Por otro lado, Epstein y Masek (1978) devolvieron a los pacientes parte de

un depósito realizado con anterioridad, por seguir el tratamiento. Se obtuvo el doble de éxito respecto a un grupo en el que se realizó autorregistro. Hay que señalar, sin embargo, que la duración de este trabajo, como los mismos autores señalan, fue deasido corta.

Azrin y Powel (1969) utilizaron interacciones de reforzamiento negativo. Un aparato que administraba las pastillas hacia sonar una alarma (que podía ser evitada si se tomaba la medicación en su momento), y de la que se escapaba, una vez comenzaba a sonar, extrayendo del dispositivo la correspondiente píldora. Como ya se indicó anteriormente, este tipo de dispositivos no controlan el uso que el paciente da a la pastilla.

Davidson (1982) obtuvo una mejora a largo plazo del cumplimiento de las prescripciones pediátricas empleando una economía de fichas. Este tipo de intervención presenta el problema de la escasa generalización a la que suele conducir.

En última instancia, podemos decir que los efectos del reforzamiento social son extremadamente positivos cuando implicamos para su administración a amigos, compañeros o familiares del paciente, como lo demuestra la experiencia clínica (Dunbar, 1979). Creemos que ocurre así, sencillamente porque es más probable que sea contingente a aspectos del tratamiento, y porque esas personas que interactúan normalmente con el S acaban convirtiéndose en factores de control (estímulos discriminativos), lo cual resulta poco intrusivo.

### **i) Adaptación del régimen al paciente (tailoring)**

Consiste en adaptar el tratamiento a las características del estilo de vida del paciente. Por ejemplo, si el paciente tiene por costumbre lavarse los dientes dos veces al día, la medicación se le prescribirá en dos tomas, haciéndolas coincidir con los momentos de los lavados dentales (Dunbar & Agras, 1980; Cabrero y Richart, 1988; Skinner y Vaughan, 1986).

Los resultados conseguidos mediante esta técnica son esperanzadores, pero poco concluyentes aún (Dunbar & Agras, 1980). Pensamos que su efectividad se debe a que establecemos verbalmente conductas que ya están en el repertorio del paciente bajo control del contexto en que ha de emitirse la R, como factores de control de la conducta de adherencia. De esta manera, reducimos la incompatibilidad entre el seguimiento de las prescripciones y las actividades normales del S (Es una cuestión de costo de R. Ver Luciano y Herruzo, revisión). Al hacer contingente a la conducta de adherencia una actividad de alta frecuencia, estamos aplicando contingencias que incrementarán la probabilidad de emisión de la conducta de adherencia (según el principio de Premack (1962)).

### **J) Seleccionar el tratamiento más probablemente exitoso**

Se han utilizado dos modalidades de esta estrategia en función de que sea el médico o el paciente quien juzga cual es el tratamiento que con mayor probabili-

dad se seguirá. En la primera modalidad, la efectividad o acierto en la elección dependerá del grado de análisis efectuado de la vida del S por el terapeuta (del repertorio que tenga, por lo tanto). Creemos que lo más apropiado sería introducir *cambios paulatinos* (moldeamiento hacia una conducta terminal) en la vida del paciente, de manera que la probabilidad de cumplimiento de la prescripción sea máxima, en tanto que reducimos el coste de R y facilitamos la aparición de contingencias de reforzamiento lo más inmediatas posible. En este sentido, encontramos un buen ejemplo en el trabajo de Dunbar y Agras (1980), en el que a un obeso hipertenso se le prescribiría primero una medicación para combatir la hipertensión, y cuando este tratamiento fuese exitoso se pasaría a prescribir un régimen de comidas, que resulta más difícil de seguir que lo primero. Asimismo, si es un obeso que vive sólo, se le puede poner en contacto con un grupo de apoyo. También resulta interesante citar aquí el trabajo de Mace et al. (1988), en el que se introdujeron instrucciones con alta probabilidad relativas al tratamiento, obteniendo un incremento de la adherencia al tratamiento.

En la segunda modalidad, es el paciente el que toma la decisión (Cabrero y Richart, 1988). Como antes, la elección correcta o no, dependerá del conocimiento que el S tenga del tratamiento y sobre su propia disponibilidad conductual. Como Epstein y Cluss (1982) afirman, ésta no se ha utilizado en solitario, sino formando con otras un paquete de tratamiento (con pacientes hipertensos) por lo que no podemos emitir un juicio sobre su efectividad. Sin embargo, debe entenderse no como una técnica de tratamiento, sino como la persona que elige el tratamiento.

### **Estrategias dirigidas al mantenimiento de la adherencia a las prescripciones médicas**

Desafortunadamente, la gran mayoría de las intervenciones fracasan al ser retiradas, cuando el mantenimiento es uno de los aspectos y metas principales que debería perseguir todo programa de intervención. El mantenimiento, constituye un problema cuando las prescripciones han de cumplirse durante un periodo de tiempo, al menos, moderadamente largo, que se hace especialmente extenso en las enfermedades crónicas. La dificultad principal la constituye, además del efecto del cansancio o saciedad que puede aparecer ligado a la repetición en el tiempo de una misma R o grupo de Rs (que ya de por sí reduce la probabilidad de mantenimiento), las consecuencias que normalmente implican estos tipos de tratamiento: son consecuencias que aparecen a largo plazo. Como indicamos en otro trabajo (Luciano y Herruzo, revisión), el mantenimiento del cumplimiento de las prescripciones es un problema de autocontrol, bien sea de evitación de las consecuencias aversivas a largo plazo que implica la no adherencia, o por las consecuencias positivamente reforzantes a las que lleva la adherencia, ya que no se producen consecuencias diferenciales inmediatas a la conducta/v/no adherencia. La solución de

este problema vendrá de la mano de la aplicación de contingencias sociales *inmediatas* que puedan mantener la conducta en cuestión hasta que aparezcan las consecuencias reforzantes a largo plazo, reduzcan la de no adherencia (p. e. comer alimentos prohibidos para un hipertenso). Estas contingencias habrá que programarlas adecuadamente, procurando que sean naturales (optar por la atención y alabanzas de gente de su entorno antes que por una economía de fichas) y desvaneciéndolas adecuadamente. Esto daría razón de por qué han resultado exitosos los programas que implican al cónyuge (Dunbar, Marshall y Hovell, 1979). El cónyuge actuaría fundamentalmente en estos casos como estímulo discriminativo y administrador de contingencias lo menos intrusivas posible. Por ejemplo, Brownell (1977) informa que en un programa de pérdida de peso, los Ss que recibieron ayuda de su esposa bajaron su peso significativamente más que los que no la recibieron. Estas diferencias entre ambos grupos no se hicieron evidentes al terminar el tratamiento, sino tras seis meses de seguimiento.

En resumen, se hace necesario ampliar la investigación en este campo específico, de forma que se puedan detectar aquellas variables que incidan directa o indirectamente sobre el mantenimiento y la generalización de los logros conseguidos mediante un determinado tratamiento. Hace falta plantearse la adherencia como un problema casi siempre de autocontrol (especialmente con adultos), diseñando procedimientos que incluyan en la intervención elementos dirigidos específicamente a probabilizar el mantenimiento y la generalización (en tanto que esta constituye un problema en los tratamientos largos porque el paciente puede ausentarse de su contexto habitual por vacaciones u otras razones). No obstante, no ha sido objetivo de este trabajo tratar los aspectos de generalización.

Por último, *a modo de conclusión general*, podemos afirmar que no ha aparecido hasta este momento un método compleamente satisfactorio para la evaluación de la adherencia a prescripciones médicas por lo que se aconseja utilizar varios en combinación, de forma que puedan solventarse con los demás las limitaciones que cada uno presenta por separado. Esta cuestión que habrá que valorarla en cada caso, en función del tipo de conducta que estemos tratando de medir, buscando siempre la mayor objetividad o fiabilidad de las medidas. Respecto a las técnicas de intervención hemos dibujado varias líneas de actuación: en primer lugar, de cara a la prevención, se pueden introducir cambios en las instituciones sanitarias que faciliten la creación del "ambiente positivo y organizado" que indicábamos en el apartado correspondiente, haciendo especialmente consciente al personal sanitario (bien sea a través de cursillos de formación o mediante la introducción, en sus respectivos curricula, del estudio de la importancia de la adherencia) de la relación que puede tener el trato que dan a los pacientes con la comprensión y adherencia a las prescripciones. En segundo lugar, se puede concluir que resulta necesario plantearse el problema de la adherencia a nivel preventivo, interviniendo de la manera menos intrusiva posible de cara a ésta. Para ello, se hace necesario un análisis funcional de la conducta de adherencia en cada campo concreto de la salud en que se vaya a intervenir de forma que se incida de antemano so-

bre aquellas Vs que van a actuar negativamente sobre la probabilidad de adherencia a las prescripciones médicas, adaptándose a las características particulares de cada caso. Esto nos permitirá aprovechar los avances logrados por técnicas concretas en intervenciones para mejorar la adherencia a tipos concretos de prescripciones. De cara a la consecución de este fin, sería bueno que las publicaciones sobre intervenciones incluyesen claras definiciones operacionales de las técnicas que utilizan, hasta que haya un acuerdo en cuanto al punto de referencia o el significado de cada técnica, dado que se puede estar utilizando la misma etiqueta para referirse a técnicas diferentes. Por último, se sugiere que se haga uso de los conocimientos que ya tenemos (por. ej. Stakes y Baer, 1977; Luciano, 1988) sobre las Vs que probabilizan la generalización (aunque no se trata específicamente en este artículo) a distintos contextos y el mantenimiento de los logros obtenidos mediante una intervención, a la hora de diseñar programas de intervención que promuevan la adherencia, en tanto se sigue investigando, dentro de cada parcela del campo de la salud (ya que, hasta ahora, la mayoría de las investigaciones versan sobre adherencia a prescripciones sobre medicamentos) las Vs que resulten necesarias y suficientes para probabilizar el mantenimiento y generalización.

## Bibliografía

AZRIN, N. H. y POWELL, J. (1969): The use of response priming to improve prescribed self-medication. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2. 39-42.

BIGELOW, G., STRICKLER, D., LIEBSON, I. & GRIFFITHS, R. (1976): Maintaining disulfiram ingestion among outpatient alcoholics: A security-deposit contingency contracting procedure. *Behav. Res. Ther.* 14. 378-381.

BROWNELL, K. D. (1977): The effect of spouse training and partner cooperativeness in the behavioral treatment of obesity. En DUNBAR Y AGRAS (1980).

CABRERO, J. y RICHART, M. (1988): *La psicología en los centros de salud comunitaria*. Valencia: Promolibro.

CARNAHAN Y NUGENT (1975): The effects of self-monitoring by patients on the control of hypertension. *The American Journal of Medical Sciences*, 269. 69-73.

CARPENTER, J. O. y DAVIS, L. J. (1976): Medical recommendations followed or ignored? Factors influencing compliance in arthritis. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 57: 241-246.

COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986): *Salud Comunitaria*. Barcelona. Martinez Roca.

DAVIDSON (1982): en Dunbar, Marshall y Hovell (1979).

DUNBAR, J. (1977): Adherence to medication: An intervention study with poor adherers. En DUNBAR Y AGRAS (1980).

DUNBAR, J. M. & AGRAS, W. S. (1980): Compliance with medical instruc-

cions. En J. M. Ferguson & C. B. Taylor (Eds.): *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. Jamaica NY: Spectrum Publications.

DUNBAR, J., MARSHALL, G. y HOVELL, M. (1979): Behavioral strategies for improving compliance. En HAYNES, R. B., TAYLOR D. W. y SACKETT, D. L. (Eds): *Compliance in Health Care*.

ENEY, R. D. y GOLDSTEIN E. O. : Compliance of chronic asthmatics with oral administration of teophyllin as measured by serum and salivary measures. *Pediatrics*. 1976, 57. 513-517.

EPSTEIN, L. H. y CLUSS, P. A. (1982): A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of consulting & clinical Psychology*, 50, 950-971.

EPSTEIN, L. H. et al (1981): The effects of targeting improvements in urine glucose on metabolic control in children with insulin dependent diabetes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 165-367.

EPSTEIN, L. H. y MASEK, B. J. (1978): Behavioral control of medicine compliance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11. 1-9.

FERNANDEZ PARRA, A. (1988): Desarrollo de habilidades de cepillado dental en niños mediante procedimientos de intervención conductual. *Avances en Psicología Clínica latinoamericana*, 6. 77-94.

GIBBERD, F., DUNNE, J., HANDLEY, A. y HAZELMAN, B. (1970): Supervision of epileptic patients taking phenytoin. *British Medical Journal*, 1. 147-149

JOHNSON, A. L., TAYLOR, D. W., SACKETT, D. L., DUNNET, C. W. y SHINIZU (1978): Self-recording of BP in the management of hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 119. 1034-1039.

JONES (1978): En DUNBAR, J., MARSHALL, y HOVELL (1979) Op.cit.

LABRADOR, F. D. y CASTRO, L. (1978): La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5. 157-164.

LUCIANO, M. C. (1988): Un análisis de los comportamientos para la adquisición, eliminación, mantenimiento y generalización del comportamiento en personas retrasadas en su desarrollo. En LUCIANO, M. C. y GIL ROALES-NIETO, J. : *Análisis e intervención conductual en retraso en el desarrollo*. Serv. Publ. Univ. Granada.

LUCIANO, M. C. y HERRUZO, J. (revisión): A functional Analysis of the Most Relevant Variables Involved in Adherence Behavior or Rule Following. Enviado para revisión a *Journal of Applied Behavior Analysis*.

MACE, F. C., HOCK, M., LALLI, J., WEST, B., BELFIORE, P., PINTER, E. y BROWN, D. K. (1988): Behavioral momentum in the treatment of noncompliance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21. 123-141.

MASUR (1981): Adherence to health care regimens. En C. K. PROKOP Y L. A. BRADLEY: *Medical Psychology Contribution to Behavioral Medicine*. New York: Academic. 441-470.

MASUR, F. T. y ANDERSON, H. (1988): Adhesión del paciente al trata-

miento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 103-126.

MCKENNEY y otros (1973): The effects of clinical pharmacy services on patients with essential hypertension. *Circulation*, 48, 1104-1111.

MELAMED, B. G. (1984): Health collaboration for health and science. En B. L. Hammonds & C. J. Schneider (Eds.) *Psychology & health*. Washintong: APA.

PECK, C. L. y KING, N. J. (1985): Compliance and the doctor-patient relationships. *Drugs*, 30, 78-84.

PENDLETON (1979): Assesing the comunication difficulty in general practice consulation. En Osborne, Gruneberg y Eiser: op. cit. 205-212.

PREMACK (1962) Reversibility of the reinforcement relation. *Science*, 186, 255-257.

REIG, A. (1981): Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 99-160.

ROMANZYCK, R. (1974): Self Omonitiring in the treatment of obesity: Parameters of reactivity. *Behav. Ther.* 5, 531-540.

SACKET y SNOW (1979): En PECK, C. L. y KING, N. J. (1985): Compliance and the doctor-patient relationship. *Drugs*, 30, 78-84.

SKINNER, B. F. y VAUGHAN, M. E. (1986): *Disfrutar la vejez*, Edición española: Barcelona. Martinez Roca.

STOKES, T. F. y BAER, D. M. (1977): An implicit Technology of Generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 349-367.

### Notas

(1) El autor agradece a la Prof. Dr. M. Carmen Luciano Soriano, su apoyo, dirección y valiosos comentarios en la preparación de este trabajo. Agradezco, asimismo, a Antonio Fernández Parra sus comentarios sobre la parte de Evaluación.

(2) Dirección: Javier Herruzo Cabrera. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Filosofía y Letras (Edif. B). Campus de Cartuja. 18011 Granada.