

Encuesta sobre adherencia terapéutica en España

f u n d a c i ó n
farmaindustria



INDICE

I. INFORME CUALITATIVO PREVIO	3
1. PRESENTACIÓN	4
2. CONCEPTO DE ADHERENCIA	5
3. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA	5
4. ANÁLISIS CUALITATIVO. LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	7
4.1 Percepción la falta de adherencia	7
4.2 Edad, sexo y situación socioeconómica e relación a la adherencia	8
4.3 El tipo de enfermedad y la falta de adherencia	9
4.4 Las características del tratamiento	11
4.5 Importancia del equipo asistencial en la adherencia	13
4.6 Impacto y coste económico de la falta de adherencia	14
4.7 Estrategias para combatir la falta de adherencia	14
5. CONCLUSIÓN (Cualitativo)	17
II. INFORME DE RESULTADOS (Encuesta)	19
1. Introducción	20
2. Objetivos	22
3. Metodología	23
4. Resultados	27
5. Conclusiones	52
6. Anexos	56

I. INFORME CUALITATIVO PREVIO

"Los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman" C. Everett Koop¹

"La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y las consecuencias de una adherencia inadecuada no son superfluas. Incluyen desde tratamientos innecesarios, pruebas adicionales y un aumento de la visita al profesional sanitario, hasta una mayor incidencia en mortalidad e ingresos hospitalarios. Todo ello convierte el incumplimiento en una de las fronteras que más separa la eficacia de la efectividad de un determinado fármaco. Los inquietantes datos sobre incumplimiento, que alcanzan hasta el 50% en enfermedades crónicas, son interpretados habitualmente como una simple dejación en la responsabilidad del paciente para con su propia salud. Lo cierto es, sin embargo, que se trata de realidades complejas que implican en algún grado a todos los profesionales sanitarios involucrados en el proceso asistencial".²

Nota metodológica

Este informe cualitativo es previo a la realización de la encuesta entre pacientes crónicos. Se ha elaborado a partir de 15 entrevistas en profundidad con profesionales sanitarios con el objeto de recoger sus percepciones y sus experiencias cotidianas en sus centros de trabajo. Además, se ha considerado la información sobre adherencia contenida en la documentación y bibliografía que se referencia y anexa.

Las entrevistas han sido realizadas en Madrid a partir de un guión abierto y grabadas en audio. Han participado en el estudio:

- 6 médicos de atención primaria
- 1 médico psiquiatra
- 5 enfermeros/as (en centros de salud)
- 3 farmacéuticos (oficinas de farmacia)

¹ Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353(5):487-97.

² Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Servicio Madrileño de Salud Comunidad de Madrid. Vol.13 N°8, 2006

1. PRESENTACIÓN

Según datos de la *Encuesta Nacional de Salud*, aproximadamente 16,5 millones de españoles declaran padecer algún tipo de enfermedad crónica y casi 26 millones han consumido algún medicamento en el plazo de las dos últimas semanas.³ Además, *“La evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente. La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, todos ellos factores de riesgo cardiovascular, continúan su tendencia ascendente. Desde 1993, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%”*⁴

Aunque los avances farmacológicos para el control de las enfermedades crónicas tienen una elevada eficacia demostrada por la evidencia de múltiples estudios, ésta se ve afectada por la dificultad para realizar un correcto cumplimiento del tratamiento, lo que se ha venido en denominar como falta de adherencia y que disminuye considerablemente la eficiencia de los tratamientos. Existe una amplia literatura científica que miden el grado de adherencia en distintas patologías y tratamientos, y que reportan distintas cifras de cumplimiento. Algunos estudios la sitúan para pacientes con enfermedades crónicas en el 50%⁵, aunque esta cifra varía mucho en función de la patología. El incumplimiento llega a ser del 75% en enfermedades psiquiátricas, del 70% en pacientes asmáticos, del 50% en pacientes con HTA, colesterol, o diabetes y puede disminuir hasta el 30% en patologías agudas⁶. En cualquier caso estas también cifras pueden tener unos rangos de variabilidad muy grandes dependiendo del estadio, la gravedad o el tipo de paciente.

Como se ve, la variabilidad en las cifras de adherencia se explica porque o bien se miden distintas patologías o tipos de pacientes o en lugares y condiciones diferentes, pero también porque se utilizan métodos diferentes. Así los métodos de medición de la adherencia van desde los procedimientos directos para, medir la concentración del principio activo en sangre, hasta métodos más indirectos y comúnmente utilizados como son las entrevistas o cuestionarios realizados a los pacientes como el test de Morisky-Green, el test de Batalla y el test de Haynes-Sackett⁷.

Lo que casi todos ellos evidencian es que con bajos índices de cumplimiento empeora considerablemente el control de la enfermedad. El

³ *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Instituto Nacional de Estadística.

⁴ *ENSE 2011-2012. Nota técnica. Principales resultados*.

⁵ Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Organización Mundial de la Salud, 2004.

⁶ Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria* 2001; 27(8):559-68.

⁷ 1 Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97

grado de cumplimiento y la efectividad de los tratamientos están íntimamente relacionados. Esta falta de efectividad supone también un impacto económico en el sistema asistencial.

“La no adherencia a los tratamientos farmacológicos provoca un coste estimado a los gobiernos europeos de 125.000 millones de euros anuales, y contribuye a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos cada año”⁸

2. CONCEPTO DE ADHERENCIA

Sin pretender profundizar en las definiciones y diferencias entre los conceptos de “cumplimiento” y “adherencia” terapéutica, podemos destacar el hecho comúnmente aceptado, y cada vez más, de que la adherencia supone un paso más allá del mero cumplimiento. En la conocida definición de Haynes, adoptada por la Organización Mundial de la Salud se define el cumplimiento (*compliance*) como:

“el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”^{9,10}

Esta definición se refiere a la forma más o menos estricta con la que el paciente cumple la prescripción médica en cuanto a los horarios y calendarios de las tomas (dosis, nº de veces, nº de pastillas, duración de los tratamientos, condicionantes alimentarios, etc.), es decir, la pauta terapéutica. El concepto de adherencia supone, además, un añadido; la implicación, el compromiso del paciente con su enfermedad, con su tratamiento y con su médico, en un proceso de continuo “feed back” en el que el flujo de información permite mejorar la eficiencia del tratamiento y el seguimiento del paciente. En este sentido el paciente forma parte activa del proceso, ya no se limita a obedecer las órdenes del médico y se requiere de una buena comunicación (y armonía) entre médico, enfermera y paciente.

3. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA

Los factores que determinan el mejor o peor cumplimiento también han sido estudiados, y concluyen en una multiplicidad de causas que han venido en denominarse como *Involvement Patient With Treatment* que van desde los aspectos psicosociales del paciente, el grado de formación, los mecanismos que dispone el sistema asistencial para el correcto seguimiento de los pacientes, hasta los efectos adversos de los tratamientos o las

⁸ Just what the doctor ordered: An EU Response to Medication Non-Adherence. 28 September 2010. Bibliothèque Solvay. Brussels

⁹ Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Hackett BC, Taylor PW, Roberts RS. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *The Lancet* 1975; 1:1205-7.

¹⁰ Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action, WHO 2003

condiciones materiales de la administración de los fármacos (número de pastillas, dosis diarias, condicionantes horarios y alimentarios).

En general se admiten como factores relacionados con la adherencia los siguientes:

Las características socio-demográficas del paciente, el sexo y la edad, aunque no sean especialmente relevantes si hay que tener en cuenta las situaciones de pérdida de memoria o de confusión con los envases que se genera en las personas mayores, o por el contrario, la dejadez o menor importancia que pueden dar personas más jóvenes. Por otro lado la edad avanzada se asocia con pluripatología y polimedicación que sin duda sí es un factor determinante en la falta de adherencia. Los niveles de instrucción o el nivel socioeconómico tampoco han sido muy destacados como factores influyentes, aunque habría que considerar su relación con un mejor conocimiento de la enfermedad en los pacientes con niveles de formación altos y clases sociales altas. En cualquier caso estas variables sí que tienen que ser tenidas en cuenta a la hora de abordar estrategias de actuación diferenciadas.

Otro grupo de factores que hay que considerar en el estudio de la adherencia son los relacionados con **las características de la enfermedad**, tales como la presencia o ausencia de sintomatología, el pronóstico y las expectativas de curación, el carácter crónico o agudo de la enfermedad, el tiempo de duración, etc.

El tipo de tratamiento es determinante en el mejor o peor cumplimiento¹¹. La variable fundamental es la complejidad del tratamiento en la medida en que interfieran con los hábitos y la vida cotidiana de los pacientes, es decir, el nº de fármacos, de dosis, y los condicionantes horarios, calendarios o alimentarios de la pauta. También la presencia de efectos adversos o la falta de eficacia. Obviamente los tratamientos farmacológicos muestran una mayor adherencia que los no farmacológicos, sobre todo los cambios en los hábitos de vida (ejercicio, dietas o tabaquismo).

La relación con el sistema asistencial es el cuarto grupo de factores determinantes de la adherencia¹². En primer lugar la disponibilidad o facilidad de accesos al sistema asistencial y posteriormente la buena comunicación y confianza mutua con su médico y enfermera son claves en la mejora de la adherencia. El que exista un seguimiento, control y continuidad entre los distintos niveles asistenciales (primaria, hospitalaria,...) coordinando los protocolos y pautas de tratamiento, resulta

¹¹ Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Organización Mundial de la Salud, 2004.

¹² Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? Aten Primaria 2001; 27(8):559-68.

fundamental a la hora de evitar los abandonos o un cumplimiento defectuoso.

Este último grupo de factores nos lleva a otros menos estudiados como son los que se refieren al **comportamiento, a las actitudes del paciente** ante su enfermedad y tratamiento y que tienen que ver con el concepto de adherencia que antes hemos visto. El compromiso del paciente, asumiendo su enfermedad y el esfuerzo por mejorar su situación, dependerán en gran medida de los apoyos (asistenciales y familiares) que disponga.

La encuesta realizada que presentamos, recoge precisamente datos sobre esta realidad desde el punto de vista de los pacientes, sus actitudes y comportamientos en relación con su tratamiento y con su médico. En este informe preliminar se recogen también las valoraciones subjetivas de médicos, enfermeras y farmacéuticos a partir de su experiencia cotidiana.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO. LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

4.1 Percepción de la falta de adherencia

Como contexto de la encuesta a pacientes realizada y complemento de los datos que aporta, es interesante también conocer cuál es la percepción, necesariamente subjetiva, que tienen los médicos, enfermeras y farmacéuticos sobre el volumen, la magnitud la falta de adherencia, de acuerdo a su experiencia en sus propios centros de trabajo.

Estimar esta dimensión cuantitativa, a partir de la experiencia profesional es complicada por cuanto se basa fundamentalmente en la verbalización que hacen sus pacientes, lo que lleva a pensar que hay una notable distancia entre lo que estos afirman y lo que ocurre en la realidad. Existe una gran dispersión de las percepciones que se reflejan en expresiones como *"bastante común"*, *"baja"* o *"no muy alta"* que no aportan gran información. Cuando se les pide una estimación cuantitativa sobre la falta de adherencia en sus pacientes, refieren cifras de entre el 15% al 30%. En cualquier caso distinguen entre abandono del tratamiento, que es poco frecuente, y los incumplimientos en la pauta marcada, a causa de olvidos, falta de interés, inconstancia, (*"lo dejan y lo vuelven a tomar"*) o confusiones en las tomas, que es lo que realmente les preocupa, especialmente en algunos colectivos, como las personas mayores.

Aunque en algunos casos la falta de adherencia se mantiene más o menos constante, la tendencia en los últimos años es a aumentar ligeramente, y lo explican en parte por cuestiones económicas. La crisis está incidiendo en la falta de adherencia en algunas capas sociales, aunque también es cierto que otros profesionales restan importancia a este hecho. También se ha citado como posible aumento de esta tendencia el cada vez mayor cuestionamiento de los tratamientos como consecuencia de una mayor información que no proviene de su médico, sino que proviene de otros medios como internet, televisión, prensa, radio, etc.

"Ahora la gente joven viene a consultarte si este tratamiento es el adecuado o no, (...) ahora mismo se cuestiona por parte de la población más joven los tratamientos. No existe tanto la relación yo ordeno y el paciente obedece"

No obstante creemos que estas percepciones sobre el incremento de los incumplimientos pueden estar influidas por el hecho de que cada vez más se registran y se detectan datos que antes no se medían y pasaban ocultos, lo que llevaría a una percepción sesgada de la realidad.

4.2 Edad, sexo y situación socioeconómica en relación a la adherencia

Aunque las relaciones entre características sociales y pautas de adherencia a los tratamientos no son claras ni lineales, si hay indicios de ello. La primera pista la ofrece un experto (médico) que ha vivido la experiencia de un traslado desde un Centro de salud situado en una ciudad dormitorio del Área Metropolitana de Madrid a otro situado en un distrito de clase media alta, con población envejecida: en este último refiere una falta de adherencia a los tratamientos muy inferior al anterior:

"(...) no sé muy bien por qué, quizás porque aquí hay más nivel cultural y conocen mejor la importancia del tema."

Según la edad se aprecia que los mayores presentan comportamientos marcados por los olvidos y las confusiones en las tomas, mientras que los jóvenes, que no sufren ese problema, tienden en cambio a cuestionar en mayor medida los tratamientos y restar importancia al correcto cumplimiento. La conclusión que alcanza buena parte de los expertos, es que la falta de adherencia es más elevada entre los jóvenes que entre los mayores, salvo en aquellos casos en los que la edad lleva aparejado un proceso de deterioro cognitivo.

Una contradicción algo paradójica se produce en la relación entre adherencia y clase social o estatus económico. Así las personas más instruidas y con más formación, aunque comprenden mejor y disponen de más canales de información sobre los medicamentos, también son más críticos y tienden a poner más en cuestión los tratamientos. Las personas menos instruidas, por su parte, son más proclives a sufrir confusiones.

La conclusión es que la clase social y las condiciones socioeconómicas no tienen un efecto claro o directo sobre la falta de adherencia terapéutica en España, lo que se asocia también con la existencia de un sistema sanitario gratuito que no supone una barrera a la adherencia. A pesar de ello, se han encontrado casos de pacientes que no han podido seguir un tratamiento por falta de medios económicos. Un problema específico, lo constituyen algunas minorías, más o menos marginales, que tienen que atender el personal sanitario.

"Aquí hay gente que no sabe leer y reconocen los medicamentos por los colores de las cajas o las pastillas y pueden estar tomando mal las pautas por eso"

“Los gitanos son un mundo aparte. Ellos no creen en la medicina. A veces se la toman, a veces no. Es muy difícil cambiar los hábitos con ellos. Con otras culturas el problema es de comunicación pero una vez resuelto es más fácil”

La influencia del entorno familiar es común en opinión de los expertos. La cohesión social que genera el grupo familiar es determinante, por el contrario los casos de soledad o aislamiento social son uno de los factores que más influyen en la falta de adherencia sobre todo en la falta de seguimiento y control de la enfermedad. Si en estos casos se añaden situaciones de deterioro cognitivo, la adherencia sólo es posible con un programa de seguimientos y cuidados por parte del sistema asistencial, sobre todo de enfermería. Una idea compartida por los profesionales es que las mujeres se adhieren mejor a los tratamientos, con independencia de cuál sea su edad; además, las mujeres se responsabilizan en mayor medida de la enfermedad, no solo de la suya, sino también de las del resto del entorno familiar.

*“(la mujer) es la que viene a consulta y arrastra al marido”.
“El entorno familiar es fundamental, que el paciente esté arropado, tenga cuidados básicos”*

El perfil de paciente con alto riesgo de falta de adherencia sería:

“Un paciente solo, con nivel socioeconómico y de formación bajo, con poco apoyo familiar y pocos recursos sociales”.

En la situación contraria se encuentran las capas sociales medias o altas, en zonas caracterizadas por un envejecimiento muy acusado, con una importante proporción de personas por encima de los 80 años, con un entorno familiar adecuado o que viven con cuidadores, sobre los que recae la responsabilidad de vigilar los tratamientos. En estos casos...

“El cumplimiento del tratamiento recae en ellos y es a quien hay que formar para que sean interlocutores válidos”

4.3 El tipo de enfermedad y la falta de adherencia

Las características de la enfermedad es quizás el hecho más determinante en la adherencia a los tratamientos. Un perfil típico de situación en la que en la falta de adherencia constituye un serio problema y respecto del que hay un consenso total entre los expertos, se refiere a las enfermedades asintomáticas que requieren tratamientos largos; se cita de forma reiterada las dislipemias o la hipertensión arterial y, en menor medida, la diabetes. Se trata de enfermedades que “no duelen” y de las que, por tanto, es más difícil tomar conciencia de ellas.

La excepción la constituyen estas mismas enfermedades cuando el tratamiento surge como consecuencia de una situación de crisis; entonces el seguimiento del tratamiento es mucho más estricto.

“Todo depende de si ha habido un susto antes. Si el comienzo del tratamiento ha sido por un infarto, a partir de ahí la adherencia al tratamiento es total. Si

no ha habido susto, sobre todo de forma inversamente proporcional a la edad, la gente deja más de tomar la medicación"

En el caso de estas enfermedades asintomáticas varios expertos señalan que la falta de adherencia evoluciona con la enfermedad. Al principio se toma mejor la medicación porque se tiene fresca la información: se explican los efectos de una enfermedad no tratada, se insiste en el cumplimiento, etc. Pero en las enfermedades crónicas, con el tiempo, hay una relajación

"Fallan más cuando llevan muchos años que al principio".

En estas enfermedades los problemas de adherencia están asociados, además, a la posibilidad de controlar los niveles de colesterol, la tensión y la glucosa. Se observa en este sentido también cierta picaresca: Los periodos en los que se realizan las analíticas de sangre y orina para el seguimiento y control de la enfermedad, coincide con mejoras en el cumplimiento de la medicación.

En el caso de estas enfermedades son varios los expertos que apuntan a la especial dificultad que plantean tratamientos no farmacológicos que implican cambios en los hábitos de vida, tales como el abandono del tabaco o el alcohol o cambios en la alimentación, realmente difíciles de llevar a cabo. Es en estos casos en los que la falta de adherencia es más frecuente:

"Cambiar hábitos es complicadísimo. El del tabaco, aunque todos sepan que tiene unas causas de muerte impresionantes,...es muy complicado dejarlo"

Por el contrario, en el caso de las enfermedades agudas la falta de adherencia al tratamiento es mucho menor. Ello se debe básicamente a algo tan obvio como que al ser enfermedades "que duelen" existe una mayor conciencia de su existencia. También influye el hecho de que en estos casos el resultado del tratamiento se percibe de forma evidente y rápida, lo que influye en la adherencia.

Sin embargo, un caso particular en el que los rápidos resultados del tratamiento inciden negativamente en la adherencia lo constituyen los antibióticos, ya que, en ocasiones, cuando un paciente empieza a sentirse mejor abandona antes de lo previsto el tratamiento prescrito, con las negativas consecuencias de generación de resistencias que ello conlleva.

"En los hospitales se están viendo serios problemas por todos los excesivos tratamientos con antibióticos no correctamente prescritos o no correctamente cumplidos".

En general, se plantea que la falta de adherencia es mayor en las enfermedades menos graves (o que son percibidas así) y también en aquellas que conllevan una medicación múltiple o compleja en un contexto pluripatológico, donde existe una mayor probabilidad de olvido de las tomas.

La enfermedad psiquiátrica en general (y en particular la que conlleva un trastorno de la personalidad) constituye un caso particular por la falta de conciencia de la enfermedad. Un experto cifra la falta de adherencia en trastorno mental grave en torno a un 50%

“Más de la mitad de mis pacientes en algún momento de su vida tienen un abandono de la medicación”

En el caso concreto de la enfermedad psiquiátrica la familia y el disponer de un apoyo asistencial de seguimiento y control sólidos juegan un papel fundamental en la adherencia al tratamiento.

4.4 Las características del tratamiento

El otro gran factor relacionado con la adherencia es el tipo y las características del tratamiento. Cuanto mayor es la complejidad del tratamiento, mayor es la posibilidad de que se dé una falta de adherencia. En este sentido una medida que redundaría muy positivamente en el seguimiento de los tratamientos sería su simplificación (*“Siempre es más fácil tomar una pastilla al día que tres”*). Abundando en esta cuestión, parte de la investigación de la industria farmacéutica va en la línea de la simplificación de los tratamientos ya sea en dosis/día o nº de pastillas, o formas de administración. La evidencia científica pone de manifiesto la importancia de simplificar tratamientos. Se busca el tratamiento de “pastilla única”.

“Creo que las farmacéuticas sacan cada vez más monodosis con mayor facilidad de cumplimiento para facilitar que el individuo realmente llegue a término y cumplirlo bien”

En muchos casos también se asocia la falta de adherencia a los tratamientos a la existencia de efectos secundarios de carácter adverso. Los expertos, aunque conscientes de ello, le dan una importancia relativa pues consideran que se trata de algo minoritario y marginal, que afecta a pocos pacientes, con excepción de algunos tratamientos como los relacionados con las enfermedades mentales en las que sí tienen una gran incidencia.

“La intensidad de los efectos secundarios va a influir mucho en la adherencia en estos casos”

Ya se ha comentado como aquellos tratamientos cuyos resultados no se ven de inmediato son susceptibles de una mayor falta de adherencia. Ello guarda relación también con el tipo de enfermedad, ya que los tratamientos cuyos resultados se ven menos en el corto plazo son aquellos referidos a enfermedades crónicas y asintomáticas

“Cuando hay que esperar varias semanas a que hagan efecto a veces abandonan el tratamiento”

Más dudas existen en cuanto a la influencia que atribuyen al coste de los tratamientos. Algunos expertos minimizan el problema, poniendo de relieve que los pacientes tienden siempre a priorizar la salud por encima de cualquier otra consideración o recurriendo a ejemplos de tratamientos no cubiertos por la Seguridad Social, como los anticonceptivos, que se siguen consumiendo igual. Sin embargo, no faltan profesionales que apuntan a este problema como un elemento a tener en cuenta en un contexto de crisis económica.

“En mi zona, no hay bolsas de pobreza como para llegar a estos términos. Yo he podido tener 4 ó 5 personas que no ha hecho el tratamiento. Pero sí sé de otra gente que trabaja en otros puntos de Madrid (...) gente que no se toma las medicinas porque no tiene dinero para comprarlas”

Los tratamientos no farmacológicos cumplen un importante papel en el control y prevención de las enfermedades crónicas. Como ya se apuntó antes, la adherencia a pautas que implican cambios en hábitos de vida es mucho más difícil de conseguir que a los tratamientos farmacológicos. De hecho se denuncia que los pacientes prefieren el consumo de fármacos a realizar cambios en las pautas vitales que serían necesarias para el tratamiento de la enfermedad.

“La cultura del esfuerzo ya no existe en este país, y yo creo que en general en todos los países ricos. El acceso a todo tipo de medios, que es la pastilla que además cuesta poco porque te lo subvenciona la seguridad social, hace que tiremos por ese camino”

Las opiniones de los expertos se muestran divididas en cuanto al impacto que ha supuesto el tratamiento con genéricos sobre la falta de adherencia. Algunos expertos se muestran muy contundentes en la existencia de una relación entre la prescripción de genéricos y el incumplimiento de los tratamientos, hasta el punto que algunos han señalado como la llegada de los genéricos ha supuesto una auténtica crisis en la adherencia. Esta situación se debe básicamente a la confusión que en el paciente generan los cambios de nombre, de envase o de color, la forma o el tamaño de las pastillas.

“Cada día es una pastilla de distinto tamaño, a veces distinto color y distinto envase y las personas mayores se lían mucho. Hay que intentar prescribir siempre lo mismo (y la farmacia tiene que pedirla) o con el nombre comercial. Pero es en gente mayor, en el resto no hay problemas”

En ocasiones estos cambios afectan también al cambio de genérico, ya que no todas las oficinas de farmacia disponen de los mismos genéricos. Este hecho es más notorio en periodos de vacaciones cuando se cambia de residencia.

También se alude a como los propios profesionales han visto la obligación de prescribir los genéricos como una imposición que no ha tenido en cuenta su opinión profesional, lo que se traduce en desconfianza y rechazo, que son percibidos también por los pacientes, lo que disminuye su confianza en el tratamiento con genéricos. Así lo expresa un farmacéutico:

“A los especialistas no les gustan los genéricos y se lo transmiten al paciente. A nosotros, si ponen marca le damos la marca, si ponen genérico, no podemos hacer otra cosa”

Otros profesionales, por el contrario, no creen que el paso de la marca al genérico haya supuesto una disminución significativa de la adherencia a los tratamientos.

“Las confusiones debidas al cambio de nombre y aspecto de las cajas de medicamento, aunque sí puedan afectar a la adherencia, lo hacen de forma

marginal y con una tendencia a la normalización a medida que los pacientes se han ido habituando"

4.5 Importancia del equipo asistencial en la adherencia

El discurso con más consenso en la opinión de los expertos y en la literatura científica es el que se refiere a la importancia alcanzar una relación de confianza entre el médico y el paciente para lograr una buena adherencia a los tratamientos. Se requiere establecer una comunicación exhaustiva con el paciente que implica una explicación sobre la enfermedad, y el porqué se está pautando un determinado tratamiento. También se deben hacer alusiones a las posibles consecuencias derivadas de su incumplimiento.

"Te diría que es casi el 80% (del éxito de la adherencia). Al final uno se toma una medicación si conoce la enfermedad, si conoce el tratamiento y, sobre todo, si confía en quien se lo prescribe....confianza que se consigue teniendo en cuenta el criterio del paciente, escuchando a la persona"

Por otra parte, esta necesidad de comunicación e información implica un cierto cambio en la relación médico-paciente ya que se basa en la sustitución de una relación paternalista por otra más informada. Ello es fundamental sobre todo en algunos colectivos

"Ahora mismo, sobre todo con la gente joven, tenemos que abandonar el modelo paternalista que no va a ningún lado (...). Se obtienen mejores resultados cuando el paciente es activo, toma conciencia de su enfermedad y pone los remedios"

Este rol de información y comunicación lo debe asumir, en opinión de los profesionales, tanto el equipo médico como el farmacéutico y debe incluir también la información acerca de los posibles efectos adversos de los tratamientos, para evitar que su aparición conlleve su abandono.

"Hay que comunicar muy bien lo que podría pasar, y que los posibles efectos secundarios que pueden tener (...) porque (...) hay mucha gente que puede empezar a tomarlo y pensar que es una intolerancia y dejar de tomarlo"

El personal de enfermería desempeña un doble papel para lograr una mejor adherencia. Por una parte, se sitúa en una posición más cercana al paciente que el médico, lo que implica en muchas ocasiones que el paciente tiene mayor facilidad para establecer una relación de confianza con su enfermero/a que con su médico, al que percibe como más lejano y que en muchas ocasiones dispone de muy poco tiempo para su atención

"Yo me he encontrado que mienten un poco más al médico, pero en consulta de enfermería se relajan"

Normalmente recae sobre el personal de enfermería la tarea de seguimiento y control de la enfermedad, especialmente en el caso de los pacientes polimedicados o crónicos, lo cual constituye un instrumento fundamental para evaluar la adherencia.

Otro punto a destacar sobre el papel que desempeña la enfermería, se refiere al incremento de la educación sanitaria de la población, aspecto que resulta importante para hacer que el paciente tome conciencia de la enfermedad y de la forma de afrontarla (*“Cuanto más conocimiento tenga de su proceso mayor es el grado de aceptación de ese proceso”*)

También los farmacéuticos tienen un papel específico en el esfuerzo por lograr una mejor adherencia, en concreto se mencionan dos cuestiones. En primer lugar, su posición a la hora de evitar confusiones derivadas de los tratamientos con genéricos, ya que son los que tienen que ilustrar al paciente acerca del hecho de que un mismo medicamento pueda variar de aspecto o de formato, en función del laboratorio. Por otra parte, hay farmacéuticos que apuntan a la realización de un servicio personalizado de dosificación (o pastilleros personalizados) que puede resultar muy útil especialmente en el caso de los enfermos polimedicados.

“Nosotros en la farmacia lo que estamos haciendo es un servicio personalizado de dosificación. Eso significa que los pacientes que quieren nos traen las recetas y nosotros se lo hacemos de forma que en unas bolsitas les metemos las tomas, desayuno-comida-cena”

4.6 Impacto y coste económico de la falta de adherencia

La falta de adherencia a los tratamientos terapéuticos, se vincula con un incremento de la morbilidad, consecuencia de la pérdida de eficacia terapéutica (eficiencia), que se traduce en recaídas, complicaciones y resistencia a los fármacos. En el caso de enfermedades agudas, puede llevar a convertirlas en crónicas. También se asocia con posibles complicaciones médicas y, en consecuencia, con un aumento de los ingresos hospitalarios y del gasto sanitario. Probablemente ni pacientes ni facultativos son verdaderamente conscientes del gran impacto de la falta de adherencia en el incremento del gasto sanitario:

“No sabemos lo que cuesta una analítica, una radiografía o una medicación. Si lo supiéramos cuidaríamos más el sistema, seríamos más cumplidores todos”

Especial impacto tiene la falta de adherencia en dos casos concretos: los antibióticos y las vacunas. En el caso de los antibióticos, provoca resistencias. En relación a la vacunas, cuando no se produce la cobertura deseada, puede derivar, como actualmente estamos viendo, en un incremento de casos de enfermedades que dábamos por superadas.

4.7 Estrategias para combatir la falta de adherencia

En España, ya desde hace años la adherencia a los tratamientos o la mejora de los cumplimientos forman parte de algunas de las estrategias que en política sanitaria diseñan las administraciones y que con mayor o menor éxito se van implementando en las diferentes Comunidades Autónomas. Entre ellas destacan las políticas destinadas al paciente crónico de edad avanzada, con pluripatología y polimedicado. Desgraciadamente muchas de estas estrategias, protocolos y programas se desarrollan finalmente en cada centro dependiendo en gran medida de la implicación que tengan los profesionales sanitarios de ese centro. Entre los

participantes en este estudio (en Madrid), se han mencionado algunos planes y programas que ya están implementados en determinadas zonas sanitarias. También plantean algunas sugerencias sobre estrategias encaminadas a este objetivo.

En atención primaria destacamos el Programa del Anciano Polimedocado, una iniciativa para mejorar la adherencia, que se revisa de forma periódica la medicación del mayor y se le somete a un cierto seguimiento acerca de cómo se la toma, cuándo, si la deja de tomar cuando se encuentra mejor, etc.

“Una vez al año le hacemos venir con una bolsa en la que meten todos los fármacos que tienen en casa y comprobamos que lo que tenemos en historia clínica coincide con lo que el paciente verbaliza y trae. Nos podemos encontrar con serias sorpresas”

Este procedimiento se acompaña de la existencia de diversos dispositivos que ayudan al paciente a manejar su medicación: pastilleros semanales, etiquetas identificativas en las cajas con dibujos (ayuda a población analfabeta) e incluso sistemas personalizados que preparan en la farmacia con población con serio riesgo de falta de adherencia. También se plantea la utilización de las nuevas tecnologías para aplicarlas al seguimiento y control de la adherencia.

“Se ponen alarmas en el móvil, (...) o también proponemos que los hijos se hagan un grupo de whatsapp para estar todos informados”

Los objetivos de estas estrategias pasan necesariamente por elevar la formación, no sólo de pacientes, sino también del personal sanitario. Programas de formación que tienen siempre como premisa el hecho de que los pacientes tienen que tomar conciencia sobre su enfermedad. En algún centro se señala la existencia de programas para la salud dirigidos a diferentes enfermos como hipertensos, diabéticos... *“Y eso sí mejora la adherencia, porque al paciente se le explica, se le informa”*

Destaca nuevamente en este punto la labor del personal de enfermería,

“Incluso se celebraban semanas específicas, cursos... por ejemplo uno para el buen uso de los inhaladores, campañas en los colegios, todos los lunes a los diabéticos hacen un paseo con la auxiliar y hacen ejercicio...”

Se puede hacer mucho más en el seguimiento y control personalizado de los pacientes, por ejemplo, con visitas a domicilio. Aunque sólo se han puesto en práctica en casos puntuales para situaciones de urgencia, son buenas iniciativas para mejorar la adherencia. No suponen un coste excesivamente elevado, en algunos centros de salud ha habido experiencias positivas en este sentido.

El farmacéutico también juega un importante papel. Por una parte cumple una función de asesoramiento que ya se ha señalado repetidamente, pero además puede ejercer una forma más directa de control por una doble vía:

- Utilizando las posibilidades que abre la receta electrónica para controlar el consumo de las medicinas por el paciente.
- Utilizando sistemas personales de dosificación, preparando pastilleros de uso personal.

“Nosotros realizamos sistemas personalizados de dosificación (pastilleros) para una residencia y para algún cliente. Tú le das lo que te tienes que tomar, es gente mayor y es la forma que se lo tomen seguro”

5. CONCLUSIÓN

De la realización de 15 entrevistas con profesionales sanitarios de Madrid, podemos concluir, a modo de aproximación cualitativa que:

- Realizar una estimación, siquiera sea aproximada, de la magnitud de la falta de adherencia terapéutica resulta muy complicado. Ello es debido en parte al hecho de que el concepto de falta de adherencia engloba realidades muy diferentes, que van desde el abandono total del tratamiento, a simples olvidos o confusiones en las tomas.
- Tampoco definen claramente un perfil de paciente de riesgo: los más jóvenes cuestionan más los tratamientos e infravaloran la enfermedad, en consecuencia, tienden más a abandonarlo; los mayores se confunden con más frecuencia u olvidan las tomas. Las mujeres se caracterizan por ser más cumplidoras de los tratamientos, tanto de los propios como los del resto de miembros de la familia, de cuyo control se encargan.
- El tipo de enfermedad es determinante en la falta de adherencia, que es mucho más acusada cuando se trata de enfermedades asintomáticas, crónicas y en las que los efectos del tratamiento son menos visibles a corto plazo.
- La complejidad del tratamiento y la existencia de efectos secundarios adversos son factores que inciden en la falta de adherencia. Una simplificación en la administración de los tratamientos es percibida como una medida muy importante para mejorar los cumplimientos
- Aunque hay diferentes valoraciones, los fármacos genéricos presentan un doble problema en relación con la adherencia terapéutica: por una parte provocan confusiones debidas al diseño de los envases y a los cambios en el aspecto del medicamento en función del laboratorio fabricante y, por otra, generan una cierta desconfianza en el tratamiento, inspirada en ocasiones por los propios profesionales sanitarios, que redundan en una mayor falta de adherencia.
- El factor fundamental, en el que coinciden todos los profesionales, es el establecimiento de un clima de confianza entre el equipo médico y el paciente, confianza que se debe establecer a partir de una comunicación abierta, lejos de relaciones paternalistas propias de otras épocas en la que el acceso a la información era más difícil.
- Existe una clara conciencia de los elevados costes para el sistema sanitario que conlleva la falta de adherencia terapéutica traducida en pérdida de eficacia y en el aumento en los ingresos hospitalarios y en el gasto.

Anexo

Documentación adicional utilizada

- Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud 2003.
<http://www1.paho.org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adherencia-Largo-Plazo.pdf>
- Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Vol.13 N°8, 2006
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
- Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 29–N.º 2-2005 Dr. Orueta Sánchez R
http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf
- Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cubana Salud Pública v.30 n.4 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004 Libertad Martín Alfonso
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-346620040004000008&script=sci_arttext
- IV Jornadas de Excelencia en Farmacia Hospitalaria. Febrero 2014 La adherencia, nuevo paradigma en la relación farmacéutico-paciente Aspectos metodológicos de la adherencia terapéutica. Olatz Ibarra
http://www.fundacionsalud2000.com/system/attachments/4091/original/3_Aspectos_metodol%C3%B3gicos_de_la_adherencia.pdf?2014-06-30%2016:56:46%20+0200
- Adherencia en las Enfermedades Crónicas. 54 Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Septiembre, 2009 Dr. José Ramón Ara
<http://www.sefh.es/54congresoInfo/documentos/ponencias/1030.pdf>

Encuesta sobre adherencia terapéutica en España



II. INFORME DE RESULTADOS

I. Introducción

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, aproximadamente 16,5 millones de españoles declaran padecer algún tipo de enfermedad crónica y casi 26 millones han consumido algún medicamento en el plazo de las dos últimas semanas.^[1] Además, *“La evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente. La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, todos ellos factores de riesgo cardiovascular, continúan su tendencia ascendente. Desde 1993, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%”* ^[2]

Aunque los avances farmacológicos para el control de las enfermedades crónicas tienen una elevada eficacia demostrada por la evidencia de múltiples estudios, ésta se ve afectada por la dificultad para realizar un correcto cumplimiento del tratamiento, lo que se ha venido en denominar como falta de adherencia y que disminuye considerablemente la eficiencia de los tratamientos. Existe una amplia literatura científica que miden el grado de adherencia en distintas patologías y tratamientos, y que reportan distintas cifras de cumplimiento. Algunos estudios sitúan la falta de adherencia en el 50%. Lo que casi todos ellos evidencian es que con bajos índices de cumplimiento empeora considerablemente el control de la enfermedad. El grado de cumplimiento y la efectividad de los tratamientos están íntimamente relacionados.

^[1] Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Instituto Nacional de Estadística.

^[2] ENSE 2011-2012. Nota técnica. Principales resultados.

I. Introducción (cont.)

Los factores que determinan el mejor o peor cumplimiento también han sido estudiados, y concluyen en una multiplicidad de causas que han venido en denominarse como *Involvement Patient With Treatment* que van desde los aspectos psicosociales del paciente, el grado de formación, los mecanismos que dispone el sistema asistencial para el correcto seguimiento de los pacientes, hasta los efectos adversos del tratamientos o las condiciones materiales de la administración de los fármacos (número de pastillas, dosis diarias, condicionantes horarios y alimentarios).

El presente informe recoge precisamente datos sobre esta realidad desde el punto de vista de los pacientes, sus actitudes y comportamientos en relación con su tratamiento y con su médico, pero también las valoraciones subjetivas de médicos, enfermeras y farmacéuticos a partir de su experiencia cotidiana.

II. Objetivos

El objetivo de esta encuesta es medir el grado de adherencia de los pacientes crónicos a los tratamientos farmacológicos, poniéndolo en relación con las distintas variables de tipo socio-demográfico, asistencial o clínico. Adicionalmente se quiere conocer las actitudes y comportamientos de los pacientes ante el cumplimiento del tratamiento, clasificándolos según unos "perfiles tipo", de tal forma que se puedan establecer estrategias de comunicación y sensibilización para mejorar su adherencia.

Objetivos específicos:

- Características sociodemográficas de los pacientes crónicos.
- Patología crónica percibida y diagnosticada (principal y secundarias).
- Hábitos de vida saludables y factores de riesgo (tabaquismo, sedentarismo, dieta...).
- Grado de conocimiento de la enfermedad y de los tratamientos.
- Tratamientos farmacológicos: Grupos terapéuticos, dosis.
- Tratamientos No farmacológicos: Modificación de los hábitos de vida (dieta, ejercicio...)
- Grado de cumplimiento terapéutico. Aplicación del test Morisky-Green (*).
- Grado de satisfacción con el tratamiento. Problemas declarados para el correcto cumplimiento. Modificaciones en la medicación (prescripción o dispensación).
- Actitudes de los pacientes en el cumplimiento terapéutico. Clasificación en 5 grupos de pacientes (*cluster analysis*) según sus actitudes ante la enfermedad, el tratamiento y la asistencia o el seguimiento que recibe de su médico.

(*) Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24:67-74

III. Metodología

Fase preliminar:

Se han realizado **15 entrevistas en profundidad** (con un guión abierto y grabadas en audio) con profesionales sanitarios de Madrid para conocer las valoraciones subjetivas sobre los condicionantes, sociales, demográficos, clínicos y ambientales de la adherencia en su experiencia profesional. Han participado en el estudio:

- 6 médicos de atención primaria
- 1 médico psiquiatra
- 5 enfermeros/as
- 3 farmacéuticos de oficinas de farmacia

Encuesta de adherencia:

Se ha realizado una encuesta de opinión a partir de una muestra representativa de la población residente en España que padece alguna enfermedad crónica, con las siguientes características técnicas:

III. Metodología (cont.)

- Universo: Población residente en España que padece alguna enfermedad crónica.
- Muestra: Se han realizado **1.400 entrevistas**. El tamaño de la muestra viene determinado por el nivel de error máximo que se admite en los resultados y en la posibilidad de obtener suficiente significación estadística en las submuestras resultantes al segmentar la muestra total por variables.
- Margen de error: $\pm 2,7\%$. Nivel de confianza: 95,5% ($K=2$) en las condiciones de máxima incertidumbre ($p=q=50\%$).
- Tipo de encuesta: Telefónica mediante sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*)
- Distribución: Estratificación previa según distribución proporcional a la población por Comunidades Autónomas y tamaños de municipios.
- Selección: Totalmente aleatoria a partir del censo telefónico de hogares, con control de las desviaciones por cuotas de sexo y edad. En situaciones de incapacidad, en las que no se está en condiciones de comprender la entrevista, la persona que respondió fue un familiar a su cargo.
- Cuestionario: Elaborado ad hoc para este estudio y adaptado para entrevista telefónica de 15 minutos de duración. (Se anexa en el informe)

III. Metodología (cont.)

En el cuestionario se aplica el test de Morisky - Green, validado para diversas enfermedades crónicas. Aunque inicialmente fue desarrollado para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial, posteriormente se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica *sí/no*, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Las preguntas, son:

TEST de Morisky - Green	SI	NO
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	1	2
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	1	2
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	1	2
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	1	2

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

En el cuestionario también se aplica una batería de frases de actitudes para la clasificación en grupos según su comportamiento ante la adherencia (Cluster analysis). Se preguntó por algunos de los ítems de los test validados más utilizados: test MARS (*Medication Adherence Report Scale*) y el MUAH-questionnaire (*Maastrich Utrecht Adherence in Hypertension questionnaire*)

III. Metodología (cont.)

➤ Trabajos de Campo:

Realizado por un equipo de entrevistadores con sistemas automatizados asistidos por ordenador: CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*); selección de la muestra, llamadas, filtros, preguntas, grabación de respuestas y tabulación preliminar. Fechas del trabajo de campo: 25/11/2015 al 15/12/2015

➤ Tratamiento de datos:

Los cuestionarios, una vez procesados y depurados, dan lugar a un fichero de datos y una tabulación estadística consistente en las distribuciones de frecuencia (n y %) de todas las preguntas del cuestionario cruzadas con las variables de clasificación. El tratamiento incluye la realización de los test de significación estadística necesarios para la comparación de variables, (Chi², t de Student.)

- ❑ Instituto responsable: *Sociología y Comunicación S.L.*
- ❑ *Director: Alfredo del Campo*
- ❑ Equipo técnico: Nieves Pombo, Marina Onetti, José Pombo, Mónica Montori

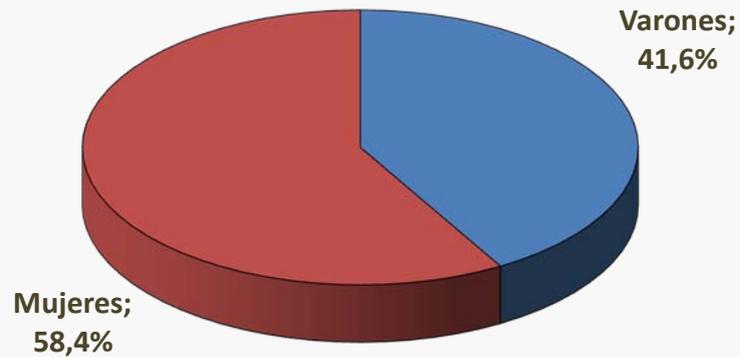
Encuesta sobre adherencia terapéutica en España

RESULTADOS

Perfil socio-demográfico

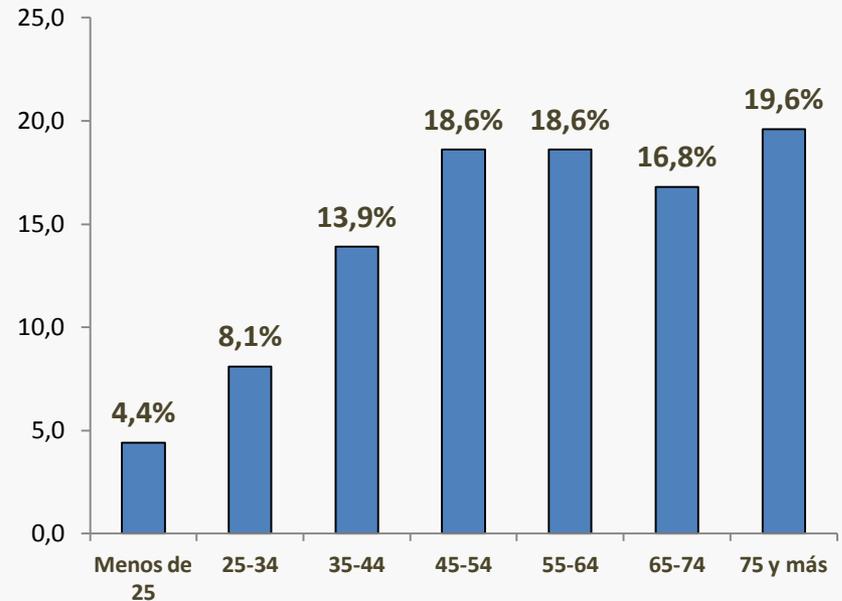
La encuesta se ha realizado sobre una muestra de 1.400 personas representativas de la población española con enfermedades crónicas. El 58% han sido mujeres y el 42% de varones. Han participado personas de distintas edades, estando la muestra muy repartida por los diferentes grupos de edad, con excepción de los más jóvenes en los que la enfermedad crónica es mucho menor.

SEXO



(n=1.400)

EDAD

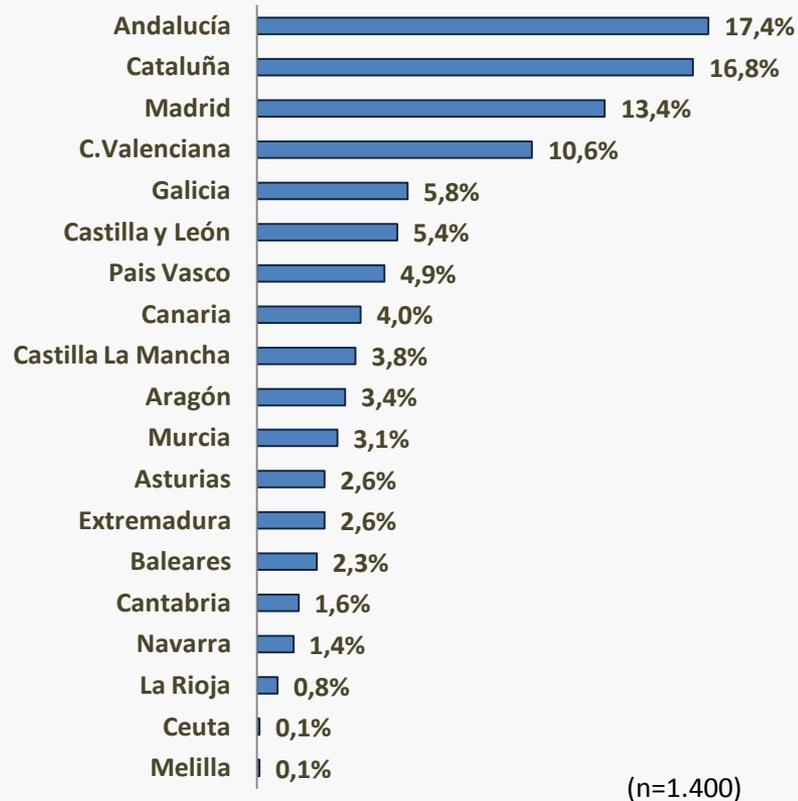


(n=1.400)

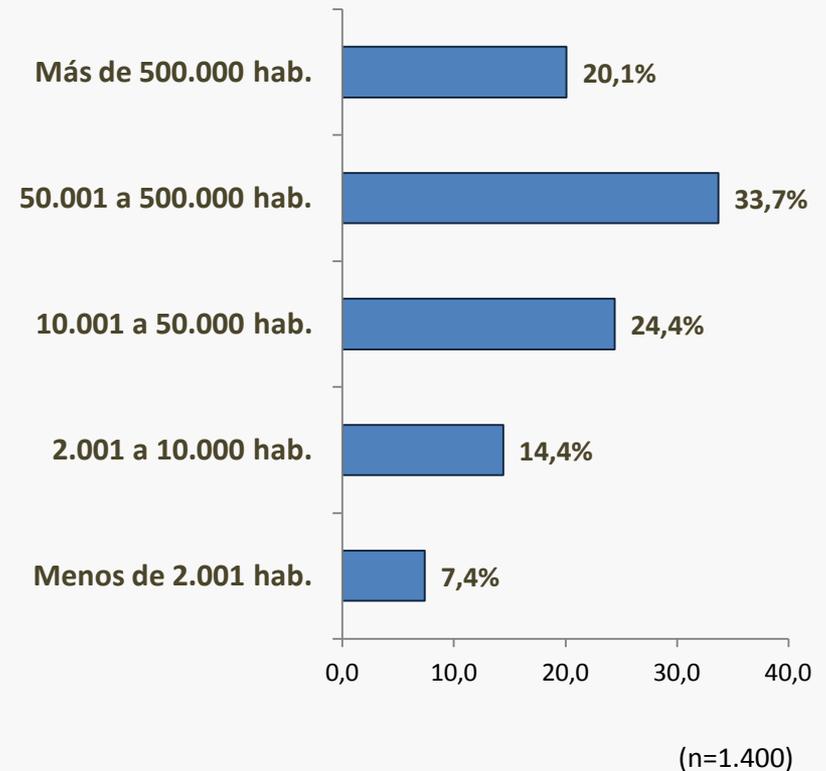
Distribución territorial

Han participado pacientes de toda España. Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y la Comunidad Valenciana son las más representadas en la muestra. También están igualmente representados los residentes en distintos tamaños de municipios; hábitats rurales (22%), urbanos (58%) y metropolitanos (20%)

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS



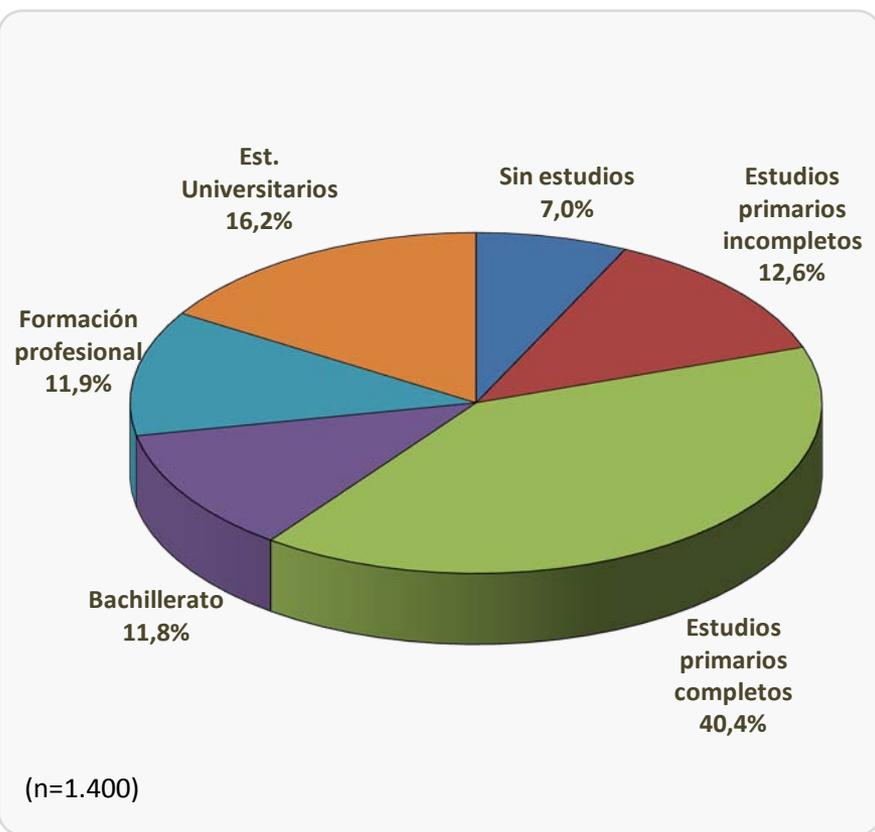
TAMAÑO DE MUNICIPIO



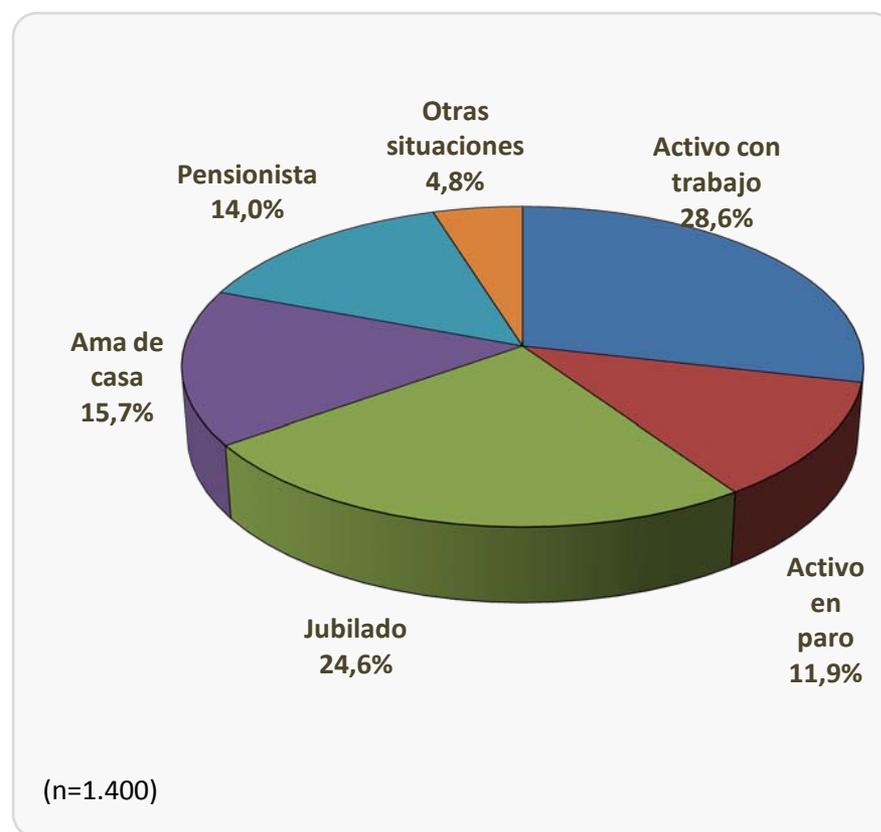
Perfil socio-demográfico

El nivel de formación y la situación laboral se ven afectados por la edad que a su vez se relaciona con la condición de enfermos crónicos. Así, gran parte de la muestra son personas inactivas (59%), ya sean jubilados (25%) o pensionistas (14%). El nivel de formación es bajo. El 60% de los encuestados tiene estudios primarios o menos que primarios. También hay que destacar que el 15% viven solos, y la media de miembros por hogar es de 2,69.

NIVEL DE ESTUDIOS



SITUACIÓN LABORAL



D.6. ¿Me podría decir qué estudios 'reglados' o formación escolar ha completado Vd.?

D.7. ¿Puede indicarme su situación actual de actividad (trabajando, jubilado...)?

Hábitos de salud

El indicador de hábitos saludables se construye a partir de las variables, tabaquismo, sedentarismo, régimen alimentario e ingesta de alcohol. El 48% tiene “buenos” hábitos saludables, el 31% son sólo aceptables y un 21% cabe calificarlos de “malos”. Tienen mejores hábitos saludables que los demás -de forma significativa- las personas de edades intermedias comprendidas entre los 45 y 65 años (48,1%) o elevadas –mayores de 65 años- (52,4%), que viven en pareja (52,0%) y que son más adherentes a los tratamientos (51,5%).

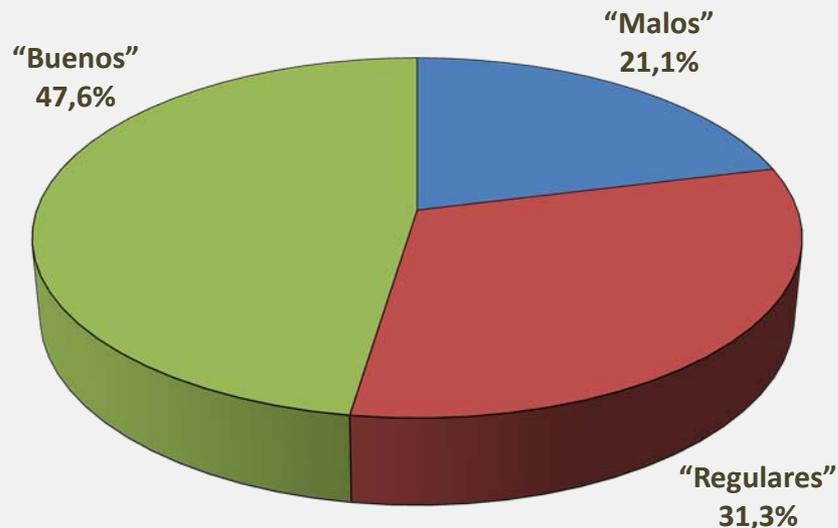
Puntuaciones para elaborar el indicador de hábitos de salud

- ❑ **Sedentarismo:**
“Hago ejercicio físico regularmente” (2), “Paseo todos o casi todos los días” (2), “A veces doy un paseo, pero no regularmente” (1), “No suelo hacer ejercicio” (0)
- ❑ **Alimentación:**
“Llevo una dieta prescrita por el médico” (2), “Procuro comer cosas sanas, pero no hago dieta” (1), “Como de todo” (0)
- ❑ **Tabaquismo:**
“Fuma” (0), “Fuma muy ocasionalmente, menos de 1 cigarrillo al día” (0), “No fuma” (2)
- ❑ **Ingesta de alcohol:**
“Bebe alcohol habitualmente” (0), “Bebe alcohol ocasionalmente” (1), “No bebe nunca o casi nunca” (2)

Puntuación

- “Malos” hábitos de vida: < 3
- “Regulares” hábitos de vida: 3-5
- “Buenos” hábitos de vida: > 5

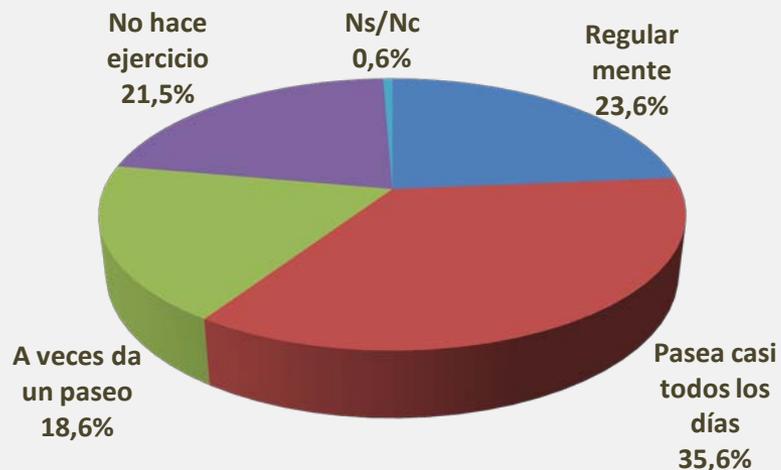
INDICADOR DE HÁBITOS DE SALUD



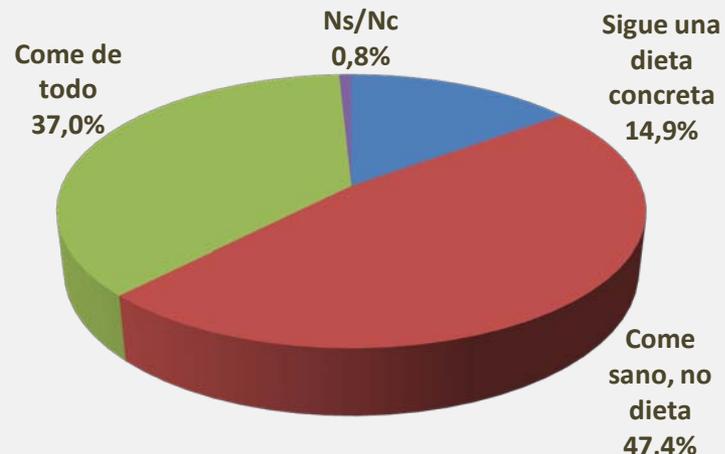
(n=1.400)

Hábitos de salud

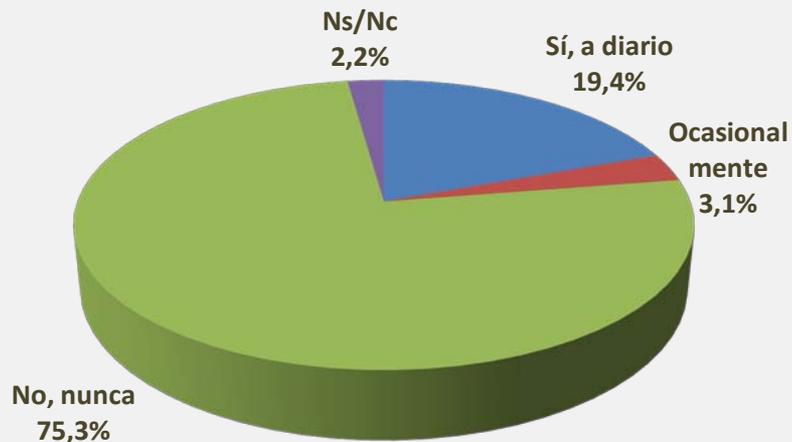
¿REALIZA EJERCICIO FÍSICO?



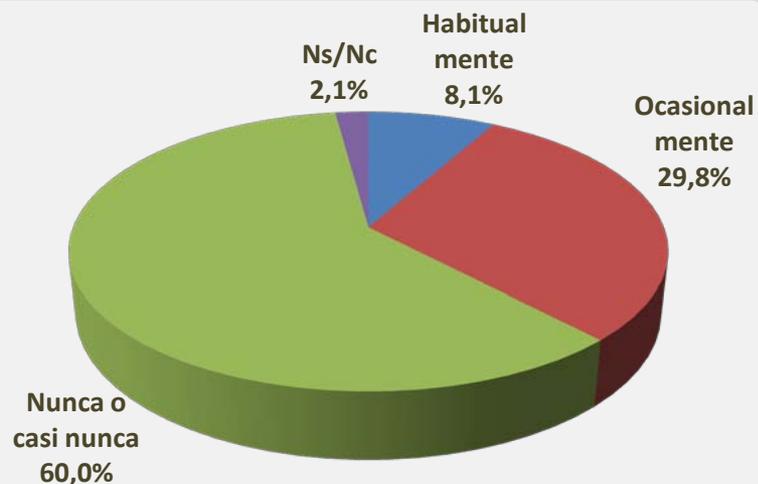
RÉGIMEN DE ALIMENTACIÓN



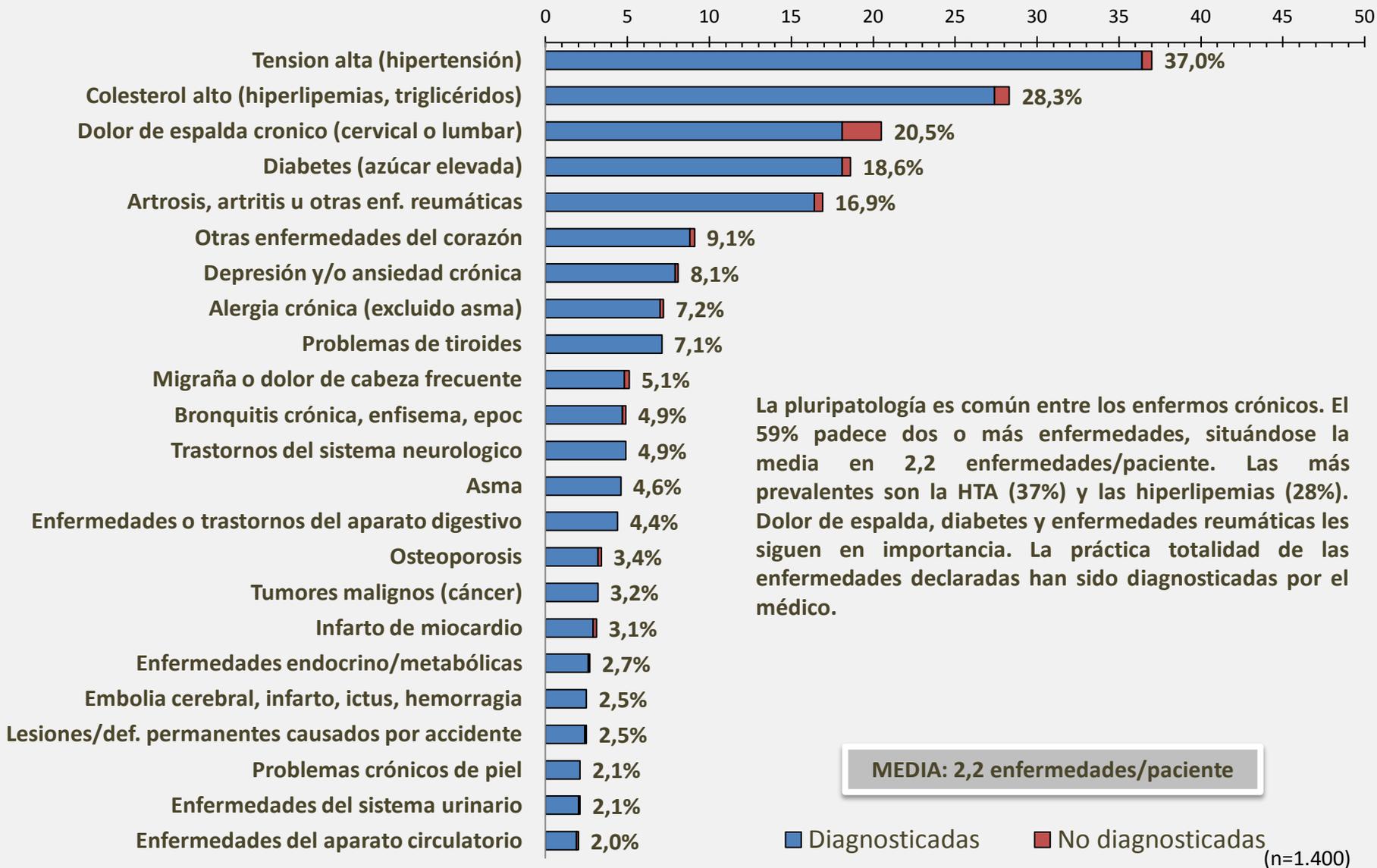
¿FUMA?



¿BEBE ALCOHOL HABITUALMENTE?



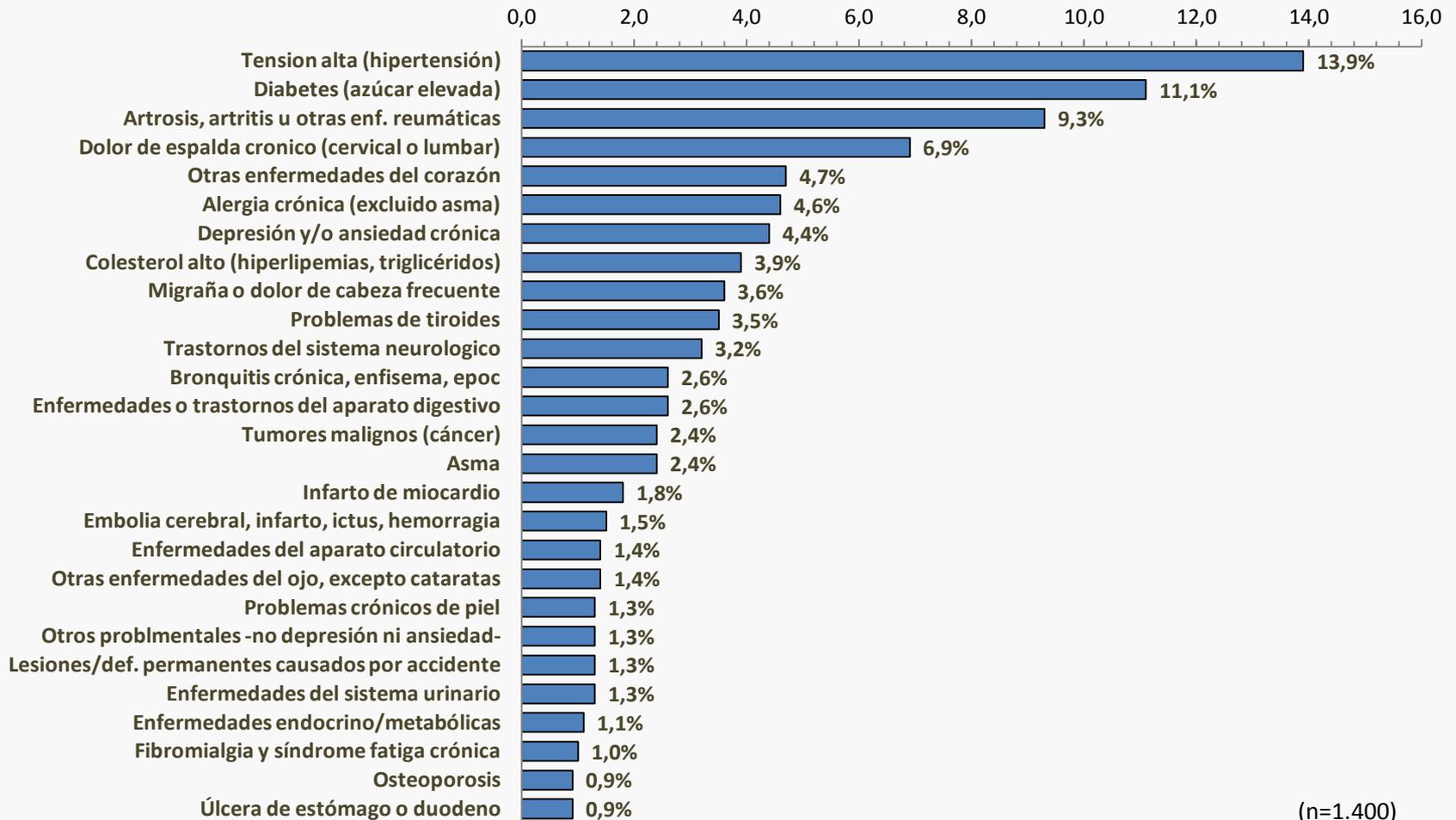
Morbilidad crónica y diagnóstico médico



P.1. ¿Qué **enfermedades** o problemas de salud. De tipo crónico (es decir, que no sean ocasionales, que los tenga desde hace algún tiempo) padece Vd.? (**espontáneo**)
P.2 -.¿Le ha sido **diagnosticada por el médico**?

Enfermedad principal

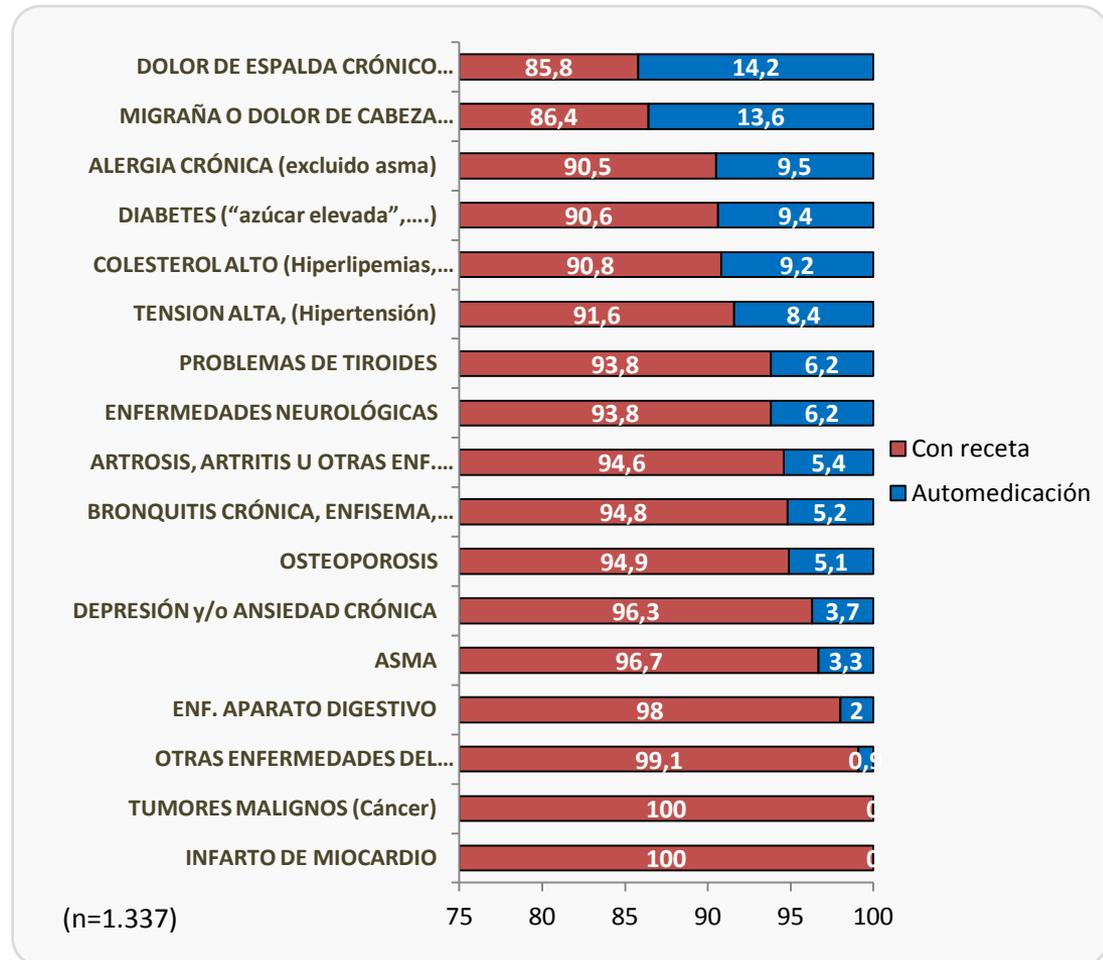
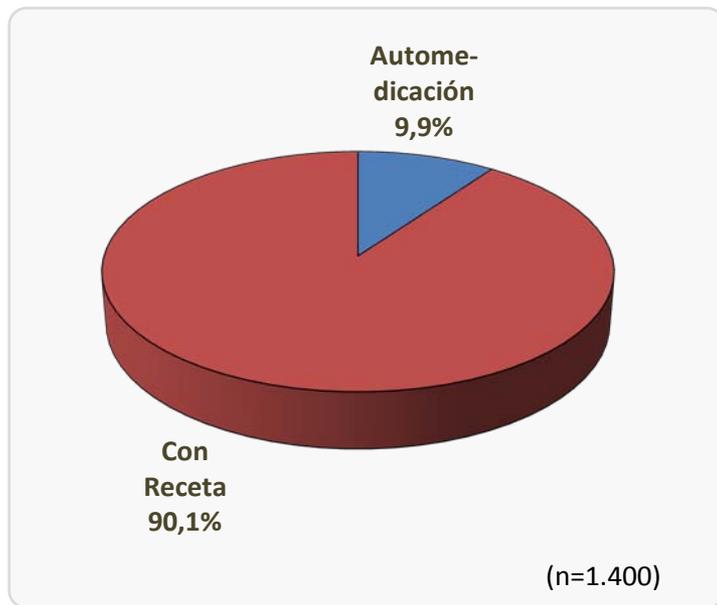
Pedimos a los entrevistados que determinaran cuál era la enfermedad que más les preocupaban. Las enfermedades principales son aquellas que, siendo más prevalentes, preocupan más a quienes las padecen bien porque cursan con dolor o se perciben con un mayor riesgo. En concreto la diabetes (11%) y la artrosis (9%) o el dolor de espalda (7%) y las enfermedades del corazón (5%), aunque la HTA sigue liderando el “ranking” de enfermedad principal. El colesterol elevado pierde importancia al no ser percibido como enfermedad principal.



(n=1.400)

Automedicación

La práctica totalidad de los enfermos crónicos (95,5%) toman medicamentos (pastillas, sobres, jarabes, inyecciones...) para tratar una media de 2,1 enfermedades. El promedio de automedicación sin receta o prescripción médica es del 9,9% aunque varía según la enfermedad, siendo menor en aquellas con una mayor gravedad. La automedicación resulta significativamente mayor entre los jóvenes (15,2%), los menos cumplidores (12,3%) y con peores hábitos saludables (13,2%), con menos pastillas/día (12,4% si sólo toman una y 11,6 cuando toman dos o tres) y con estudios superiores (16,4%).

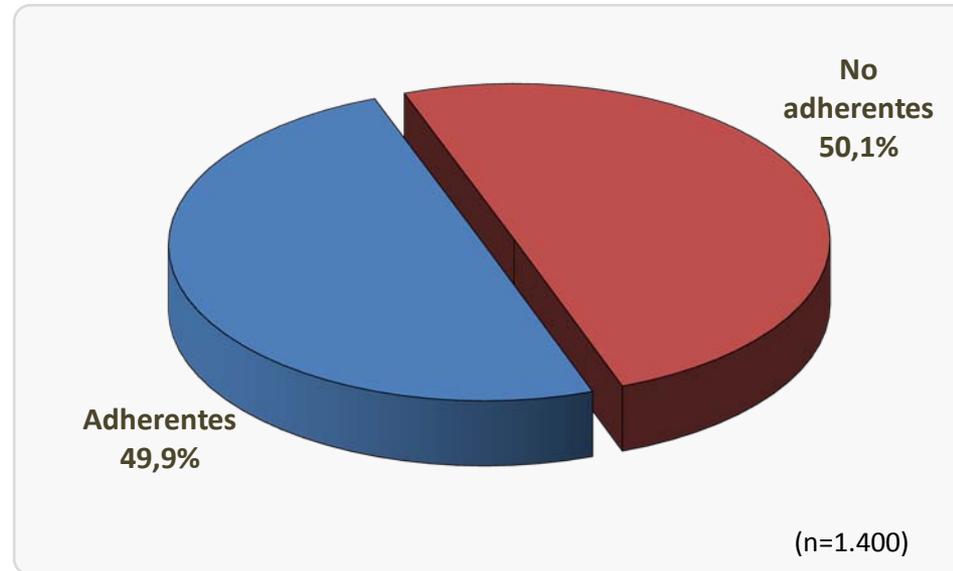


P.3. ¿ Esta Vd. tomando medicamentos (pastillas, sobres, inyecciones...) para su ... (citar enfermedades citadas en P.1).....?

P.4 - ¿Le han sido **recetadas por el médico?**

Adherencia terapéutica

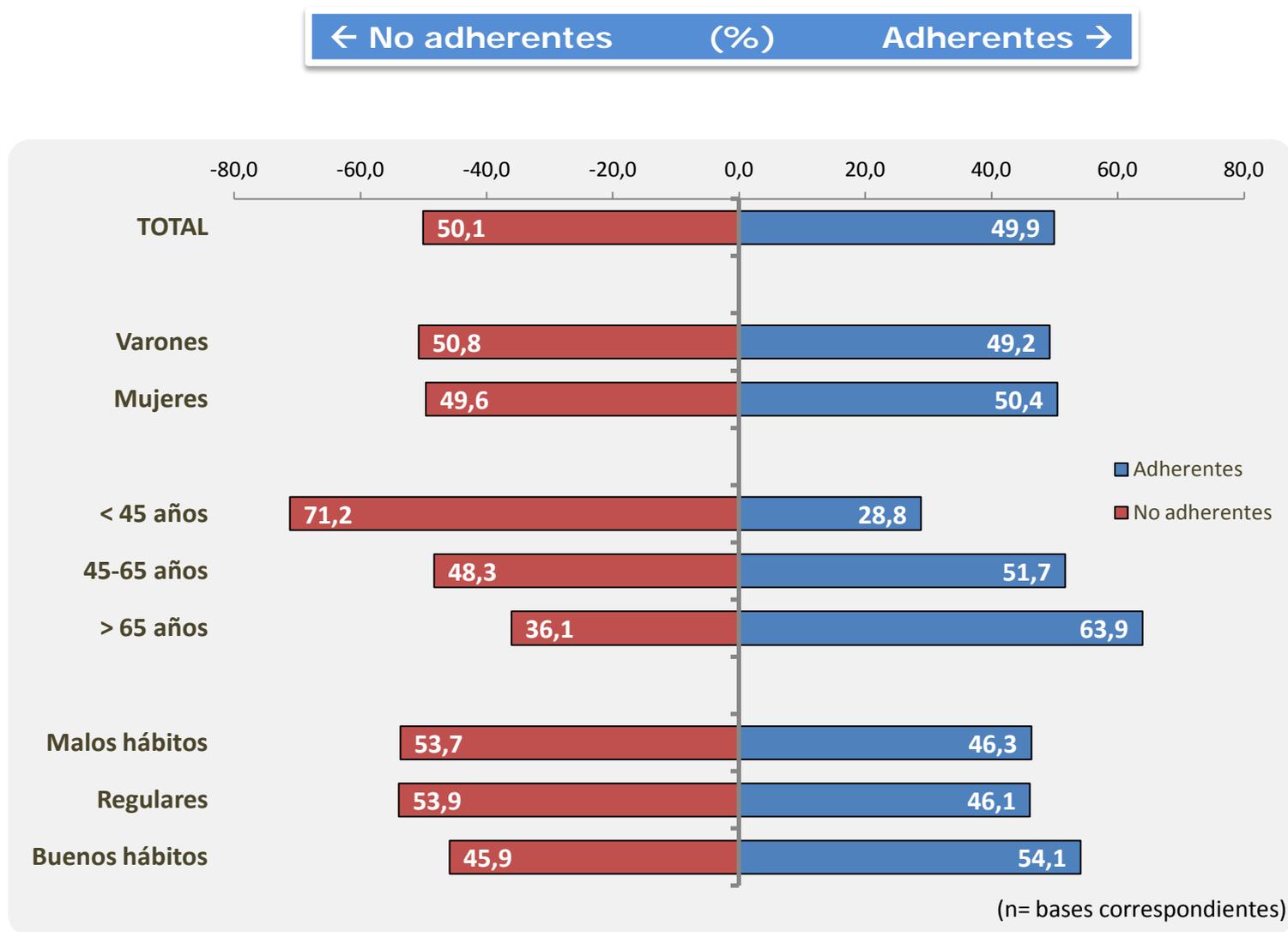
La mitad de los pacientes crónicos se muestran adherentes a los tratamientos farmacológicos. Aunque las respuestas “correctas” al test de Morisky - Green son mayoritarias, sólo la mitad de los pacientes cumplen positivamente las cuatro condiciones testadas. Resultan no adherentes, en mayor medida que los demás, los más jóvenes (71,2%), con tratamientos de una sola pastilla/día (61,2%) de Madrid (60,6%) y con estudios medios (60%) o superiores (56,1%).



TEST Morisky - Green	SI	NO
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	31,7 %	68,3 %
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	92,4 %	7,6 %
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	17,4 %	82,6 %
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	22,0 %	78,0 %

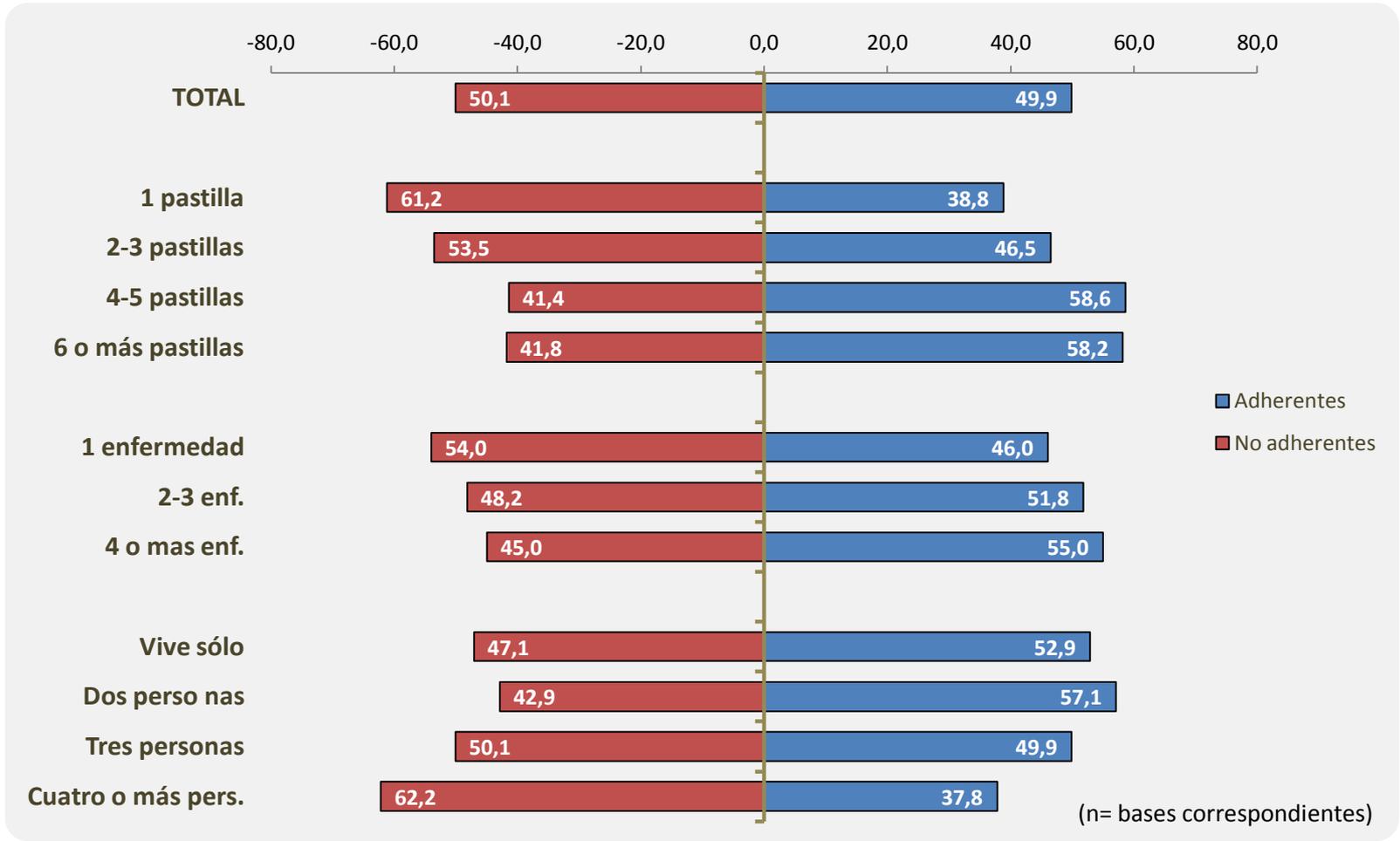
El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No

Adherencia al tratamiento según sexo, edad y hábitos de salud

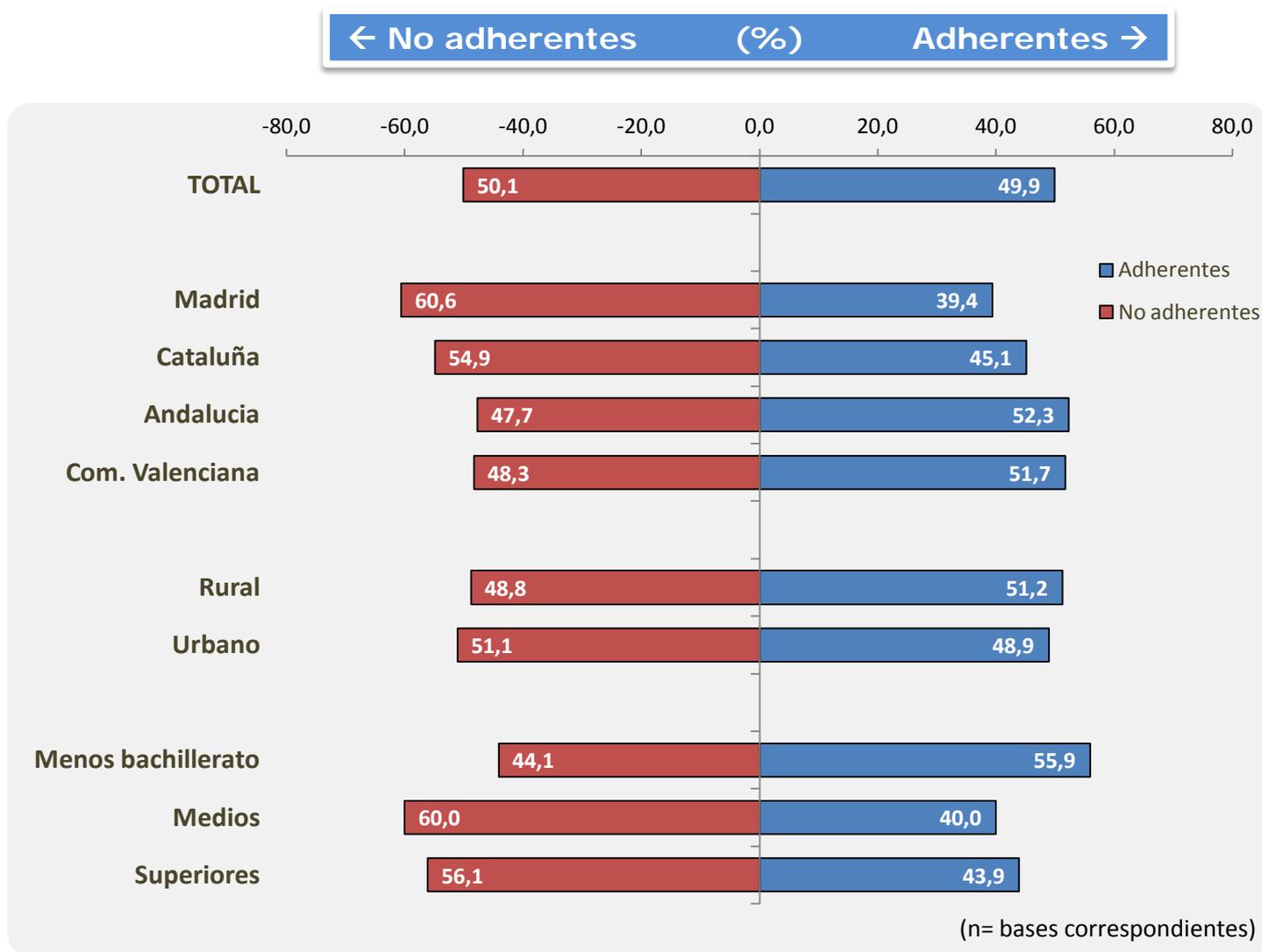


Adherencia al tratamiento según nº de pastillas, nº de enfermedades y convivencia en el hogar

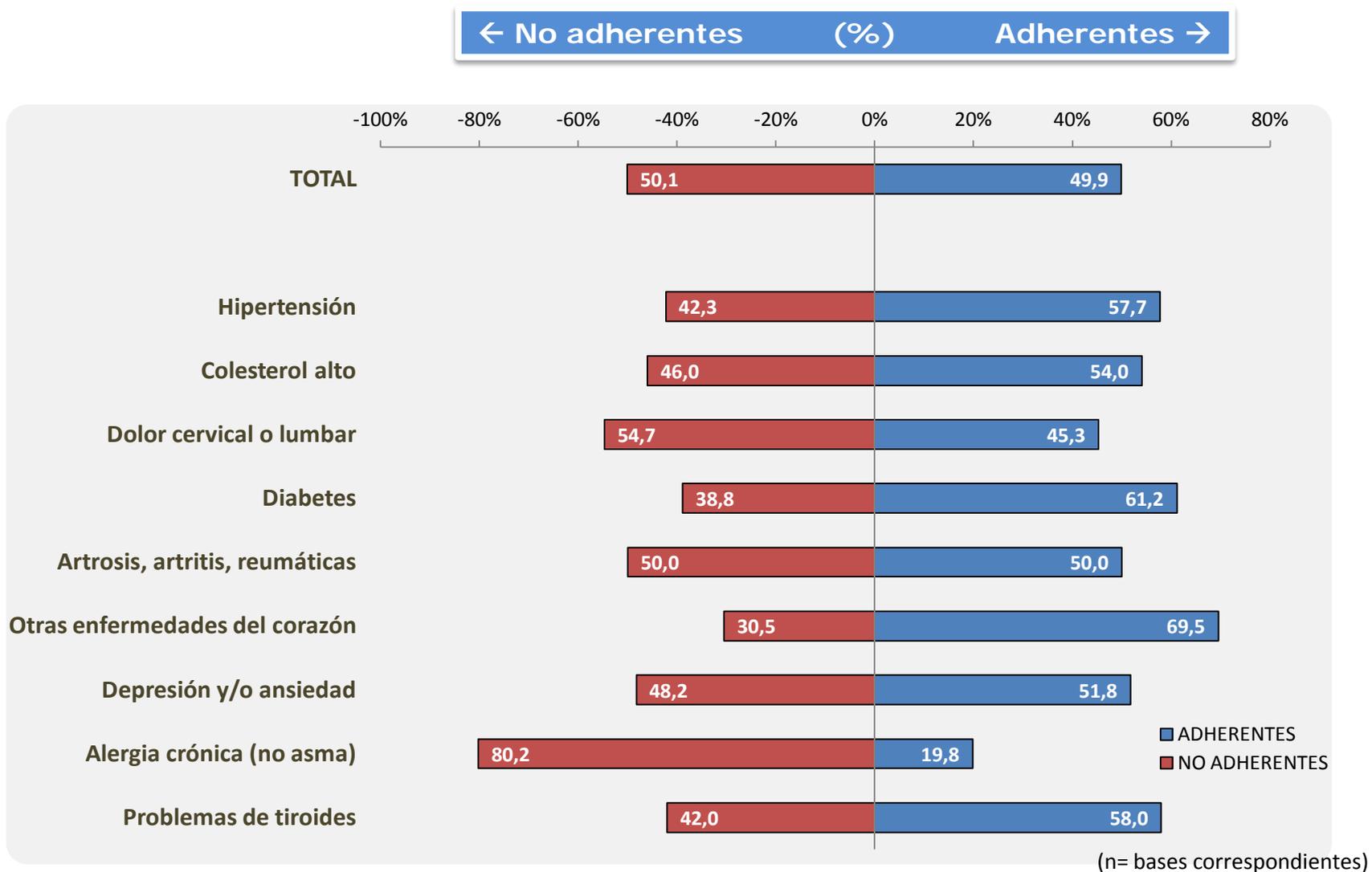
← No adherentes (%) Adherentes →



Adherencia al tratamiento según territorios y nivel de formación



Adherencia al tratamiento según principales patologías

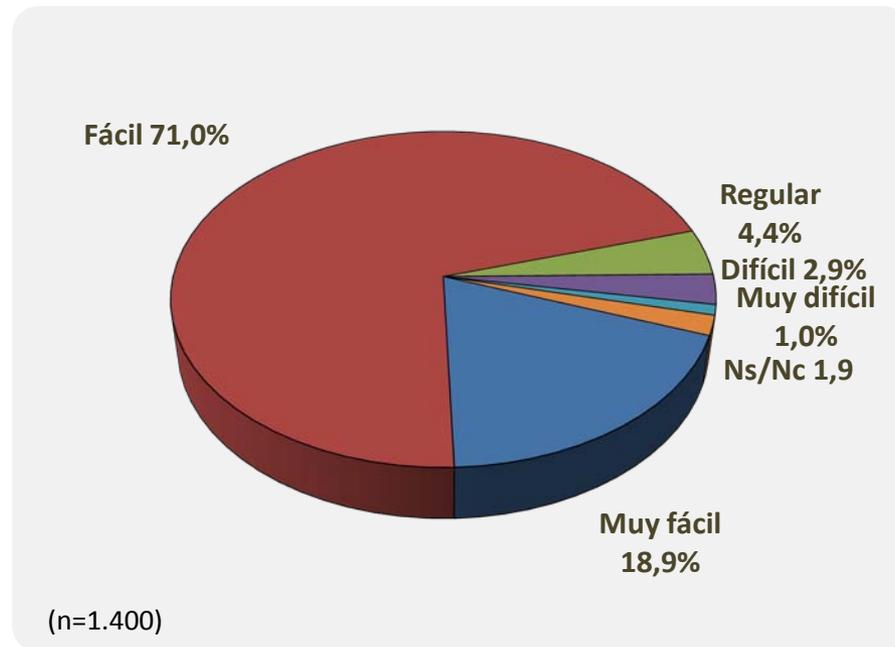


(n= bases correspondientes)

Seguimiento de los tratamientos farmacológicos

En general, los enfermos crónicos no manifiestan ninguna dificultad para seguir correctamente los tratamientos farmacológicos. Casi al 90% les resulta “fácil” o “muy fácil” hacerlo. Tan sólo el 8% declara alguna dificultad. Les resulta más difícil de forma significativa a los pacientes con más pastillas/día y con mayor nº de enfermedades. Los motivos que se aducen para no seguirlos correctamente se refieren a los olvidos por el nº elevado de pastillas, a los efectos adversos que les provocan o a la complejidad en su administración, siendo en cualquier caso respuestas minoritarias.

FACILIDAD / DIFICULTAD PARA SEGUIR LOS TRATAMIENTOS



Motivos por los que resulta complicado seguir los tratamientos	%
➤ Son muchas pastillas/dosis y es difícil recordar	48,3
➤ Porque me provoca muchos efectos secundarios	26,7
➤ Dificultad en la administración del medicamento	8,6
➤ Problemas de comprensión y memoria	6,0
➤ Frecuentes cambios en el envase, la forma, el tamaño o el color del medicamento	5,2
➤ Cansancio	4,3
➤ Falta de efectividad	3,4

(Base: le cuesta seguir tratamientos n=216)

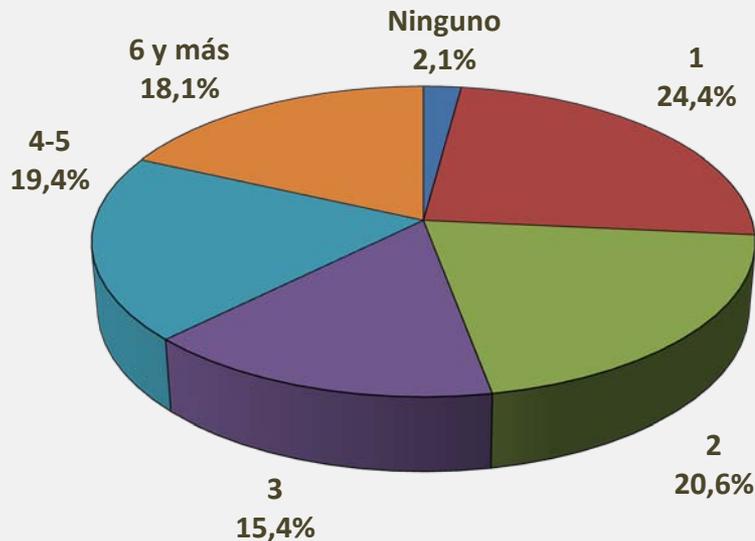
P.16. Hablando de los medicamentos; ¿Le resulta **fácil** o **difícil** seguir los tratamientos?

P.17. ¿Por qué le resulta (regular, difícil o muy difícil) seguir correctamente los tratamientos con medicamentos?

Polimedicación: nº de medicamentos y nº de pastillas

Los pacientes crónicos suelen ser pacientes polimedicados, ya sea por cumplir tratamientos combinados, por su pluripatología o por ambas cosas. El promedio es de 3,5 medicamentos por paciente. Estos medicamentos suponen consumir un promedio de 4,6 pastillas al día. Lógicamente estos datos varía mucho en función de las características del paciente y de la enfermedad tal y como vemos en los siguientes cuadros.

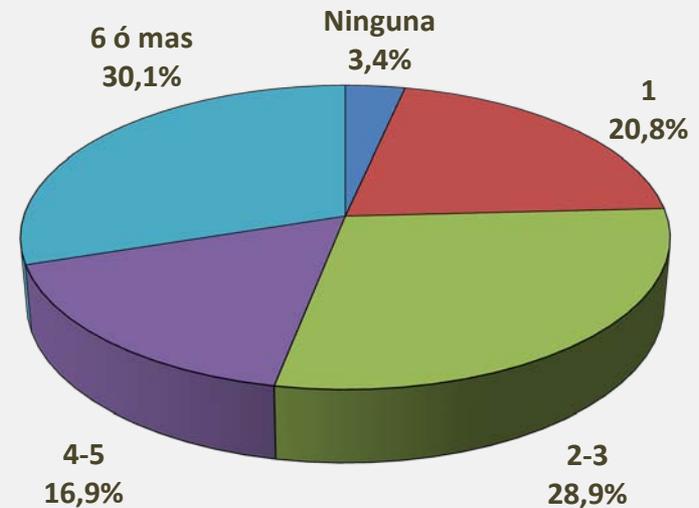
Nº MEDICAMENTOS DIARIOS



Nº medio de medicamentos: 3,5/paciente

(n=1.400)

Nº DE PASTILLAS DIARIAS



Nº medio de pastillas: 4,6/día

(n=1.400)

P.13. ¿Cuántos **medicamentos distintos** toma Vd. actualmente para todas sus enfermedades o dolencias?

P.14. ¿Y cuántas **pastillas al día** le suponen tomar esos medicamentos?

Número de pastillas/día, según variables

Hay una clara correlación entre ingesta de pastillas/día, edad y morbilidad o nº de enfermedades. Los mayores de 65 años toman un promedio de casi 6 pastillas/día, y los que padecen 4 ó más enfermedades llegan hasta casi 8 pastillas/día. También toman más pastillas, de manera significativa, los más adherentes (35%) y aquellos pacientes con menor formación (38%)

¿Cuántas pastillas/día le suponen tomar los medicamentos que toma?	Total (n=1400) %	Sexo		Edad			Formación		
		Varones	Mujeres	< 45 años	45-65 años	> 65 años	Menos bachillerato	Medios	Superiores
<input type="checkbox"/> Ninguna	3,4	3,9	2,9	10,1	1,8	-	1,1	6,7	7,3
<input type="checkbox"/> 1 pastilla	20,8	20,9	20,7	34,5	23,2	7,6	14,6	28,5	35,8
<input type="checkbox"/> 2-3 pastillas	28,9	25,2	31,5	32,3	29,1	26,0	27,1	32,6	27,6
<input type="checkbox"/> 4-5 pastillas	16,9	17,3	16,6	10,1	15,9	23,3	19,2	13,3	13,8
<input type="checkbox"/> 6 ó más	30,1	32,6	28,3	13,0	30,0	43,1	38,0	18,9	15,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Media (pastillas/día)	4,6	4,8	4,4	3,0	4,4	5,8	5,3	3,5	3,3

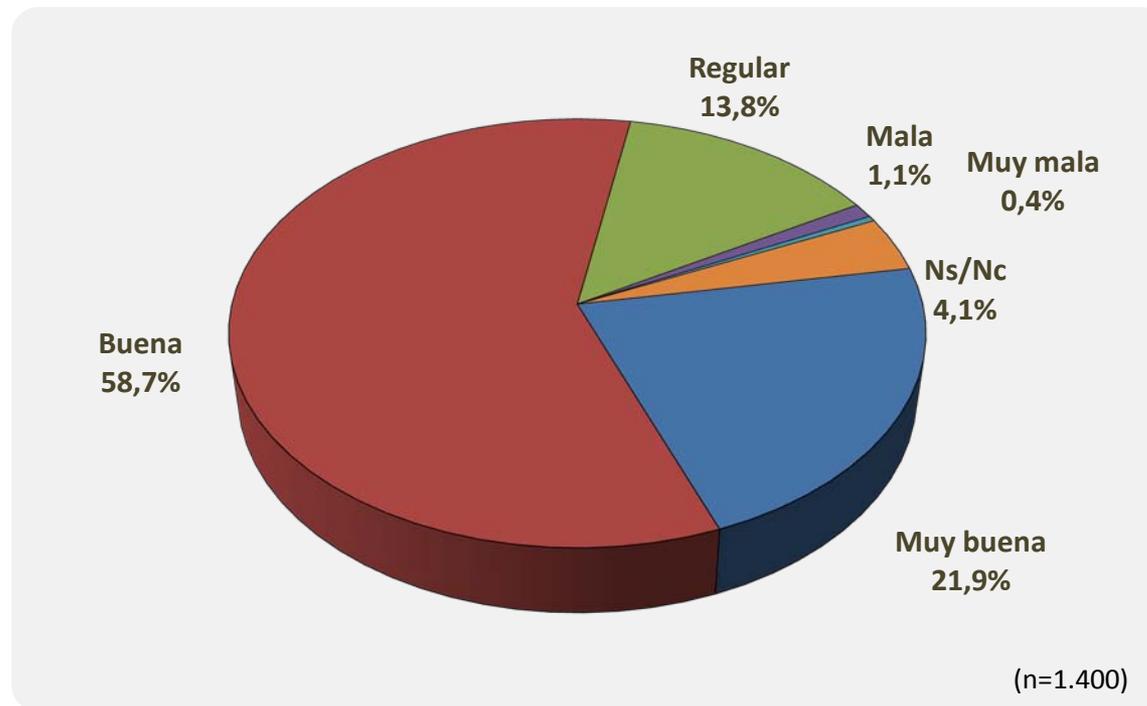
¿Cuántas pastillas/día le suponen tomar los medicamentos que toma?	Total (n=1400) %	Adherentes		Nº de enfermedades			Hábitos saludables		
		Si	No	1 enfermedad.	2-3 enfermedad.	4 o más enfermedad.	Malos	Regulares	Buenos
<input type="checkbox"/> Ninguna	3,4	2,0	4,7	5,7	2,3	-	6,4	2,3	2,7
<input type="checkbox"/> 1 pastilla	20,8	16,2	25,4	39,2	9,7	3,2	24,7	20,8	19,1
<input type="checkbox"/> 2-3 pastillas	28,9	26,9	30,8	30,0	34,8	9,5	29,7	26,5	30,0
<input type="checkbox"/> 4-5 pastillas	16,9	19,9	14,0	12,9	21,5	15,0	14,9	17,1	17,7
<input type="checkbox"/> 6 ó más	30,1	35,1	25,1	12,2	31,7	72,3	24,3	33,3	30,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Media (pastillas/día)	4,6	5,1	4,0	2,9	4,9	7,9	4,1	4,7	4,7

(Columnas coloreadas: Variables con diferencias estadísticamente significativas para p<0,5)

Eficacia de los medicamentos

El 81% califica como “buena” o “muy buena” la eficacia de los medicamentos que está tomando para el tratamiento de sus enfermedades. Tan sólo un 15% opina que han sido poco eficaces, no existiendo grandes diferencias significativas entre variables

EFICACIA DE LOS MEDICAMENTOS



Eficacia, según variables

No se producen grandes diferencias estadísticamente significativas a la hora de valorar la eficacia de los medicamentos según las distintas variables. Tan sólo destacar la peor valoración de la eficacia según se tienen un mayor nº de enfermedades.

Y en general, ¿cómo calificaría la eficacia de los medicamentos que toma?	Total (n=1400) %	Sexo		Edad			Formación		
		Varones	Mujeres	< 45 años	45-65 años	> 65 años	Menos bachillerato	Medios	Superiores
<input type="checkbox"/> Muy buena	21,9	22,0	21,9	24,7	19,7	22,3	20,0	26,0	21,1
<input type="checkbox"/> Buena	58,6	59,3	58,1	52,4	61,1	60,6	59,9	56,6	57,7
<input type="checkbox"/> Regular	13,8	13,6	14,0	14,7	14,4	12,4	15,0	12,0	12,2
<input type="checkbox"/> Mala	1,1	1,2	1,1	2,2	1,1	0,4	1,2	1,1	0,8
<input type="checkbox"/> Muy mala	0,4	0,7	0,2	0,8	0,2	0,4	0,4	0,5	0,8
<input type="checkbox"/> Ns/Nc	4,1	3,3	4,7	5,2	3,5	3,9	3,7	3,9	7,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

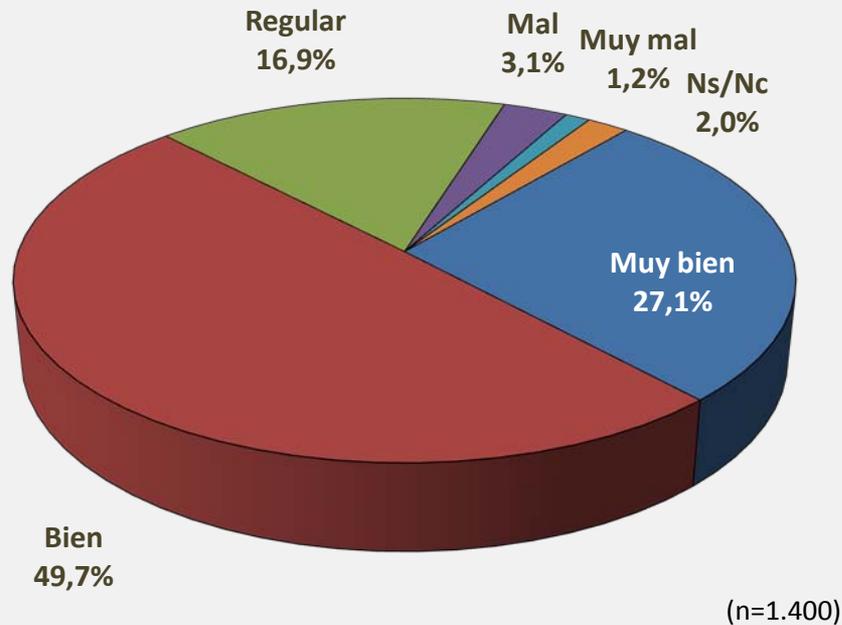
Y en general, ¿cómo calificaría la eficacia de los medicamentos que toma?	Total (n=1400) %	Adherentes		Nº de enfermedades			Hábitos saludables		
		SI	No	1 enfermedad.	2 - 3 enfermedad.	4 o más enfermedad.	Malos	Regulares	Buenos
<input type="checkbox"/> Muy buena	21,9	22,7	21,1	25,8	20,1	16,8	18,9	21,2	23,7
<input type="checkbox"/> Buena	58,6	60,8	56,5	56,6	61,2	56,8	58,4	57,5	59,5
<input type="checkbox"/> Regular	13,8	11,0	16,5	11,5	13,4	20,9	15,2	16,2	11,6
<input type="checkbox"/> Mala	1,1	0,9	1,4	0,9	1,7	0,5	1,4	0,7	1,4
<input type="checkbox"/> Muy mala	0,4	0,1	0,7	0,3	0,5	0,5	0,3	0,2	0,6
<input type="checkbox"/> Ns/Nc	4,1	4,4	3,7	4,9	3,1	4,5	5,7	4,1	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Columnas coloreadas: Variables con diferencias estadísticamente significativas para $p < 0,5$)

Conocimiento de su enfermedad

El 23% de los enfermos crónicos, reconocen un déficit de conocimiento sobre su enfermedad y sus tratamientos. La mayoría sin embargo (77%), dicen conocerlo “bien” o “muy bien”. La fuente de información principal es su propio médico (93,5) con gran diferencia sobre otros medios como son Internet (23%), los familiares (11%) y la enfermera (7%)

GRADO DE CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO



Medios de información de sus enfermedades	(%)
<input type="checkbox"/> Por el médico	93,5
<input type="checkbox"/> En Internet	22,6
<input type="checkbox"/> Por amigos / familiares	11,0
<input type="checkbox"/> Por la enfermera	7,0
<input type="checkbox"/> En programas de TV / radio	5,9
<input type="checkbox"/> Por el farmacéutico	4,9
<input type="checkbox"/> En libros, enciclopedias	4,7
<input type="checkbox"/> Por la prensa diaria / revistas	3,8
<input type="checkbox"/> Por una asociación de pacientes	2,4
<input type="checkbox"/> Leyendo los prospectos	2,3

P.6. ¿Hasta qué punto diría Vd. que **conoce** su enfermedad principal y sus tratamientos?

P.7. ¿Por qué medios se informa Vd. de las cosas relacionadas con sus enfermedades y estado de salud en general?

Conocimiento de su enfermedad, según variables

Aunque no hay grandes diferencias significativas cabe destacar como el mayor grado de conocimiento declarado se correlaciona con las edades más jóvenes, los niveles medios y altos de formación, , así como el padecer sólo una enfermedad.

¿Hasta qué punto diría Vd. que conoce su enfermedad y sus tratamientos?	Total (n=1400) %	Sexo		Edad			Formación		
		Varones	Mujeres	< 45 años	45-65 años	> 65 años	Menos bachillerato	Medios	Superiores
<input type="checkbox"/> Muy bien	27,1	26,9	27,3	36,1	26,5	21,0	22,7	33,6	35,0
<input type="checkbox"/> Bien	49,7	50,3	49,3	42,9	52,1	52,2	50,4	48,3	50,4
<input type="checkbox"/> Regular	16,9	18,0	16,0	17,9	17,6	15,3	17,6	16,8	12,2
<input type="checkbox"/> Mal	3,1	2,9	3,2	2,4	2,2	4,5	4,5	0,7	1,6
<input type="checkbox"/> Muy mal	1,2	1,0	1,3	0,5	0,9	2,1	1,9	0,2	-
<input type="checkbox"/> Ns/Nc	2,0	0,9	2,8	-	0,7	4,9	3,0	0,5	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

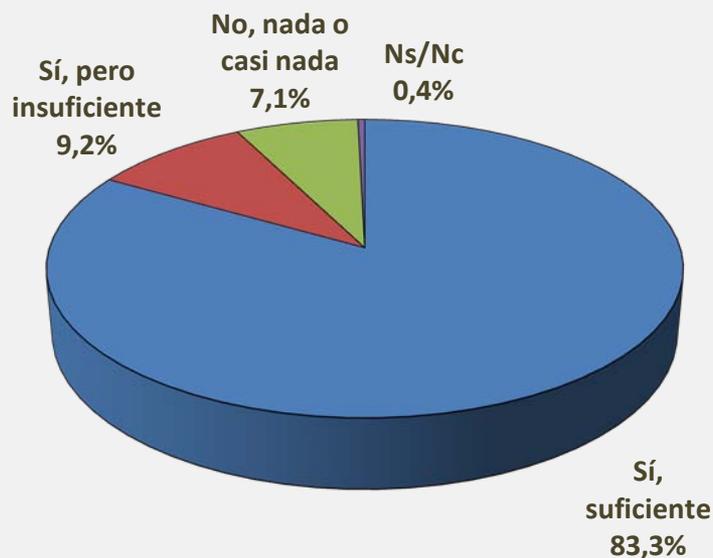
¿Hasta qué punto diría Vd. que conoce su enfermedad y sus tratamientos?	Total (n=1400) %	Adherentes		Nº de enfermedades			Hábitos saludables		
		SI	No	1 enfermedad.	2 - 3 enfermedad.	4 o más enfermedad.	Malos	Regulares	Buenos
<input type="checkbox"/> Muy bien	27,1	26,3	28,0	30,1	24,1	27,7	28,7	24,7	28,1
<input type="checkbox"/> Bien	49,7	52,1	47,4	49,1	52,6	43,2	46,3	50,5	50,8
<input type="checkbox"/> Regular	16,9	15,2	18,5	15,5	18,0	17,3	16,6	17,8	16,4
<input type="checkbox"/> Mal	3,1	3,0	3,1	2,8	2,6	5,0	4,4	4,1	1,8
<input type="checkbox"/> Muy mal	1,2	1,6	0,9	1,0	1,0	2,3	1,7	1,8	0,6
<input type="checkbox"/> Ns/Nc	2,0	1,9	2,1	1,4	1,7	4,5	2,4	1,1	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Columnas coloreadas: Variables con diferencias estadísticamente significativas para p<0,5)

Información sobre medicamentos

Aunque un 16% de los enfermos crónicos consideran insuficiente o muy escasa la información recibida en consulta, sobre los medicamentos que le recetan, la gran mayoría (83%) sí la considera suficiente. Entre los que denuncian no haber recibido suficiente, se echa en falta información sobre todo acerca de los efectos adversos, seguido de las contraindicaciones u otras cuestiones que generan incertidumbre; ¿qué hacer si sientan mal?, ¿cuánto tiempo deben tomarlos?, etc.

¿Ha recibido Vd. **suficiente información**, en la consulta con sus médicos/enfermeras, sobre los medicamentos que le recetan?



Informaciones que se echan en falta	(%)
<input type="checkbox"/> Los efectos adversos	48,9
<input type="checkbox"/> Contraindicaciones que tienen con otras medicinas	22,1
<input type="checkbox"/> Qué hacer si me sientan mal o no me hacen nada	13,2
<input type="checkbox"/> El tiempo que tengo que tomarlos	11,5
<input type="checkbox"/> Las frecuencias de las tomas (pautas y dosis)	10,2
<input type="checkbox"/> Los cambios de medicamentos	6,8
<input type="checkbox"/> Médico dedique más tiempo y pueda explicar todo	6,0
<input type="checkbox"/> Información composición / propiedades medicamento	4,3
<input type="checkbox"/> Qué hacer si se olvida dosis/no he podido tomarla	3,4
<input type="checkbox"/> Información sobre dieta o alimentación a seguir	1,7
<input type="checkbox"/> Mayor seguimiento de su enfermedad y medicación	0,9
<input type="checkbox"/> Lenguaje más claro para que se pueda entender	0,4
<input type="checkbox"/> Nada	5,1

(Base: recibe insuficiente información n=235)

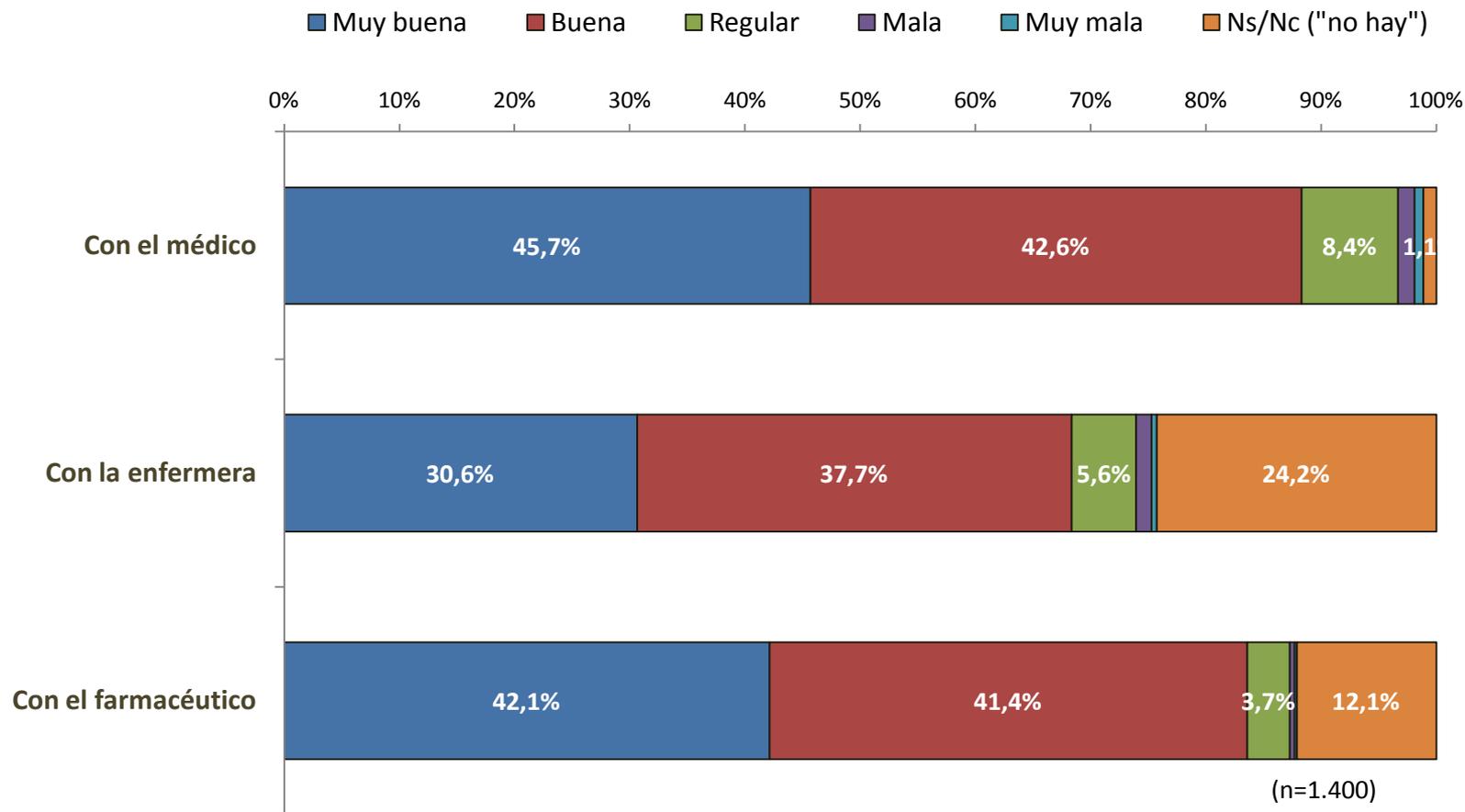
P.8. ¿Ha recibido Vd. **suficiente información**, en la consulta con sus médicos/enfermeras, sobre los medicamentos que le recetan??

P.9.. ¿Qué **echa en falta** en cuanto a la información sobre sus medicamentos?

Comunicación

La comunicación con los profesionales de la salud es en general, muy positiva, sobre todo con el médico. Con la enfermera y el farmacéutico, aun siendo positivas, hay más “ausencia de comunicación” (Ns/Nc) que llega a ser del 24% en el caso de la enfermera. Este hecho es más notorio aún entre los varones (29%), jóvenes (32%), y con mayores niveles de formación (43%).

VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD



P.10. ¿Cree que entre su (médico/enfermera/farmacéutico) y Vd. hay una **buena comunicación** sobre su salud o su enfermedad?

Tipología de enfermos crónicos

Mediante la aplicación de un análisis multivariable (*cluster analysis*) se ha identificado y clasificado a los enfermos crónicos en cinco grupos o tipologías, diferentes entre sí respecto de las actitudes vistas. Los grupos identificados se definen según sus respuestas a 17 actitudes o frases vistas. Posteriormente se cruzan con sus perfiles socio-demográficos, lo que permite definir la actitud del grupo y localizarlos en términos sociológicos.

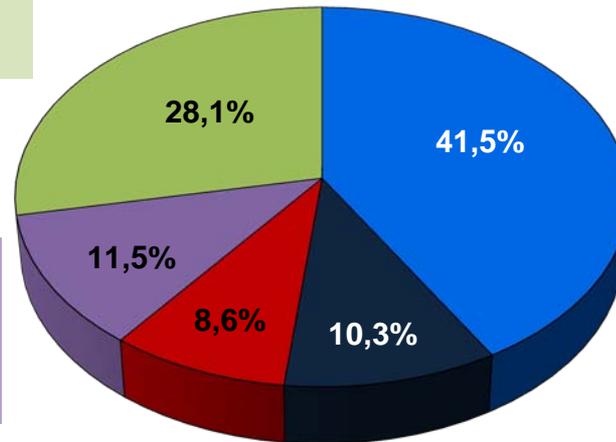


GRUPO V: RESPONSABLES

- Adherentes con el tratamiento
- Desean gestionar su propio proceso
- No delegan, pero colaboran con el médico
- Rigurosos y constantes

GRUPO I: CLÁSICOS

- Cumplidores pasivos
- Confianza y delegación absoluta en su médico y enfermera
- Conformistas y obedientes
- No se informan ni instruyen sobre su enfermedad



GRUPO IV: INCONSCIENTES

- Incumplidores, no se sienten concernidos
- Caprichosos, banalizan el problema
- Inconstantes
- Modifican a su antojo las recomendaciones

GRUPO II: DEPENDIENTES

- Agobiados y desorientados ante tantas medicinas y cambios
- Desconfiados ante las medicinas. Confusos
- No cumplidores por exceso de esfuerzo y confusión

GRUPO III: CRÍTICOS

- Exigentes e insatisfechos con médicos y medicamentos
- Desean gestionar su propio proceso
- No delegando, e instruyéndose por sí mismos
- No cumplidores

Tipología de enfermos crónicos (Estrategias)

GRUPO I "CLÁSICOS" (41,5%)	GRUPO II "DEPENDIENTES" (10,3%)	GRUPO III "CRÍTICOS" (8,6%)	GRUPO IV "INCONSCIENTES" (11,5%)	GRUPO V "RESPONSABLES" (28,1%)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cumplidores pasivos <input type="checkbox"/> Confianza y delegación absoluta en su médico y enfermera <input type="checkbox"/> Conformistas y obedientes <input type="checkbox"/> No se informan ni instruyen sobre su enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agobiados y desorientados ante tantas medicinas y cambios <input type="checkbox"/> Desconfiados ante las medicinas <input type="checkbox"/> No cumplidores por exceso de esfuerzo y confusión 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Exigentes e insatisfechos con médicos y medicamentos <input type="checkbox"/> Desean gestionar su propio proceso <input type="checkbox"/> No delegando, e instruyéndose por sí mismos <input type="checkbox"/> No cumplidores 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incumplidores, no se sienten concernidos <input type="checkbox"/> Caprichosos, banalizan el problema <input type="checkbox"/> Inconstantes <input type="checkbox"/> Modifican a su antojo las recomendaciones 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adherentes con el tratamiento <input type="checkbox"/> Desean gestionar su propio proceso <input type="checkbox"/> No delegan, pero colaboran con el médico <input type="checkbox"/> Rigurosos y constantes
<p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Varones <input type="checkbox"/> Mayores de 65 años <input type="checkbox"/> Adherentes <input type="checkbox"/> Buenos hábitos de salud <input type="checkbox"/> 4-5 pastillas/día <input type="checkbox"/> Viviendo en pareja <input type="checkbox"/> Bajo nivel de formación 	<p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> >65 años <input type="checkbox"/> No cumplidores <input type="checkbox"/> 6 ó más pastillas/día <input type="checkbox"/> 4 ó más enf. crónicas <input type="checkbox"/> Viven solos <input type="checkbox"/> Andalucía y zona sur <input type="checkbox"/> Hábitat rurales <input type="checkbox"/> Bajo nivel de formación 	<p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> < de 45 años <input type="checkbox"/> Poco cumplidores <input type="checkbox"/> Malos hábitos de salud <input type="checkbox"/> 3 personas en el hogar <input type="checkbox"/> Madrid, Andalucía y Valencia <input type="checkbox"/> Hábitat urbano <input type="checkbox"/> Formación media y superior 	<p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 45 años <input type="checkbox"/> No cumplidores <input type="checkbox"/> Malos hábitos de salud <input type="checkbox"/> Sólo 1 o ninguna pastilla/día <input type="checkbox"/> Solo 1 enfermedad crónica <input type="checkbox"/> En hogares de 4 o más <input type="checkbox"/> Madrid y Cataluña <input type="checkbox"/> Hábitat urbanos <input type="checkbox"/> Formación media y superior 	<p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> 45-65 años de edad <input type="checkbox"/> Adherentes <input type="checkbox"/> Buenos hábitos de salud <input type="checkbox"/> En hogares de 4 o más <input type="checkbox"/> Noreste y Cataluña <input type="checkbox"/> Estudios superiores

Al cruzar los grupos obtenidos con sus características socio-demográficas, nos permite saber "quienes son" y "como son". Los cinco grupos obtenidos, tienen perfiles diferenciados que permiten establecer estrategias de comunicación y de actuación, "a la carta":

- Grupo I ("Clásicos").** Bastará con mejorar su grado de implicación, formación y hacerles más partícipes en la gestión de su tratamiento.
- Grupo II ("Dependientes").** Será necesario crear desde el sistema asistencial, los mecanismos para el seguimiento, el control de sus tratamientos y los cuidados necesarios.
- Grupo III ("Críticos").** Se aprovechará su espíritu de autogestión, pero mejorando la percepción que tienen de médicos y medicamentos
- Grupo IV ("Inconscientes").** Se requiere formación sobre riesgos de la enfermedad y eficacia de los tratamientos.
- Grupo V ("Responsables").** No se requiere actuación alguna ya que responden al ideal de paciente con adherencia al tratamiento.

Conclusiones

- ❑ Se han recogido datos de una muestra aleatoria y representativa de 1.400 enfermos crónicos de toda España, en la que están reflejados los distintos grupos edad, patologías, sexos, zonas geográficas, niveles de formación y otras variables que permiten disponer de datos rigurosos sobre la realidad de la adherencia a los tratamientos en España.
- ❑ Los datos obtenidos se cruzan con otras variables de salud como los hábitos saludables, la morbilidad, la polimedicación y la automedicación, que permiten establecer correlaciones y asociaciones entre variables.
- ❑ La adherencia declarada, a través de la aplicación del test de Morisky-Green, es del 50%. La no adherencia se relaciona con la juventud, el menor nº de pastillas/día, la menor morbilidad y el nivel de formación medio y alto, así como con actitudes muy críticas, aunque también con actitudes inconscientes o temerosas.
- ❑ En general, no se reconoce ninguna dificultad para seguir correctamente los tratamientos con medicamentos. El elevado nº de pastillas (media: 4,6/día), de medicamentos (media: 3,5/paciente) o el temor a sus efectos adversos, son los motivos más citados para un mal cumplimiento, aunque siempre han sido respuestas minoritarias.

Conclusiones (cont.)

- ❑ Los enfermos crónicos valoran muy bien la eficacia de los medicamentos que toman, aunque esta percepción disminuye según aumenta el nº de enfermedades padecidas.
- ❑ Dicen conocer bien su enfermedad, sobre todo, los jóvenes con elevada formación y pocas enfermedades. También declaran un suficiente conocimiento sobre sus medicamentos. Tan sólo se echa en falta mayor información sobre efectos adversos y contraindicaciones.
- ❑ La comunicación con el personal sanitario que les atiende es buena, sobre todo con el médico ya que con la enfermera no se tiene en muchas ocasiones ningún tipo de comunicación (ni buena ni mala).
- ❑ La actitud general sobre ellos mismos en relación con su medicación es excesivamente optimista y contrasta con la realidad de los datos de adherencia declarados. Los enfermos crónicos se ven a sí mismos con una gran seguridad y autoestima por la constancia, esfuerzo y rigor en el cumplimiento de los tratamientos prescritos.

Conclusiones (cont.)

- ❑ Se han generado cinco grupos tipológicos de enfermos crónicos en relación a la adherencia: "*Clásicos*", "*Dependientes*", "*Críticos*", "*Inconscientes*" y "*Responsables*". Sus formas de entender la enfermedad y abordar los tratamientos y su cumplimiento son muy distintas entre sí. Sus perfiles sociodemográficos nos permiten localizarlos y dirigirnos a cada uno de ellos con estrategias diferenciadas:
 - **Grupo I** "*Clásicos*". Mejorar su grado de implicación y participación en la gestión de su tratamiento.
 - **Grupo II** "*Dependientes*". Crear mecanismos para el seguimiento, control y cuidados necesarios.
 - **Grupo III** "*Críticos*". Mejorar su percepción de médicos y medicamentos. Fomentar su espíritu de autogestión
 - **Grupo IV** "*Inconscientes*". Formación sobre riesgos de la enfermedad y eficacia de los tratamientos.
 - **Grupo V** "*Responsables*". No se requiere actuación alguna. Ideal de paciente adherente.

Anexos

Anexo I

Cuestionario aplicado

Anexo II

Tabulación estadística completa

Estudio sociosanitario sobre adherencia terapéutica en España

Cuestionario nº:

--	--	--	--

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyen personas que padecen alguna **enfermedad o trastorno de tipo crónico diagnosticada por un médico**. En caso de tratarse de una persona incapaz de contestar la entrevista (Alzheimer, senilidad, etc.) se recogerá la información de la persona responsable (hijos o cuidadores). Se excluyen las enfermedades puntuales como, por ejemplo, las de tipo agudo, infecciones, gripes, catarros.

PRESENTACIÓN: Buenos días/tardes, soy..... Estamos realizando una encuesta entre personas que estén en tratamiento con medicamentos para conocer el grado en el que se cumplen correctamente. No se trata de ninguna publicidad ni oferta comercial de ningún tipo, sino de un estudio sociológico. Le llamo de un gabinete de estudios (*Sociología y Comunicación*) y el fin último de la encuesta es conocer la realidad para mejorar, y que los tratamientos puedan ser más eficientes.

ACEPTACIÓN: ¿Quiere usted colaborar con nosotros contestando unas preguntas? No le entretendré más de 5 minutos. Los datos que se obtengan se tratarán sólo estadísticamente, de forma anónima, nunca de manera individualizada o personal.

- ✓ No → Registrar y FIN DE ENTREVISTA
- ✓ Sí → ¿Reside en el hogar alguna persona que padezca alguna enfermedad de tipo crónico, es decir, que no sea ocasional, que la tenga desde hace algún tiempo?

- ✓ No → Confirmar:
 - No → registrar y FIN DE ENTREVISTA
 - Sí → Pasar a P.1

- *Si es posible, que conteste el propio interesado (en tratamiento de enfermedades crónicas) si no, puede contestar la persona al cargo de la misma (Hijos u otro familiar).*
- *Comprobar cuotas (sexo, edad y CCAA).*
- *Tratar en todas las preguntas de insistir. Evitar, en la medida de lo posible, los NS/NC inducidos por la prisa.*

P.1 - ¿Qué enfermedades o problemas de salud de tipo crónico (es decir, que no sean ocasionales, que los tenga desde hace algún tiempo) padece Vd.? (Respuesta espontánea y múltiple)	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5
INSISTIR: ¿Recuerda algún otro trastorno o enfermedad crónica que padezca?					
1. TENSION ALTA, (Hipertensión)	1	1	1	1	1
2. COLESTEROL ALTO (Hiperlipemias, triglicéridos...)	2	2	2	2	2
3. DIABETES ("azúcar elevada",...)	3	3	3	3	3
4. DOLOR DE ESPALDA CRÓNICO (Cervical o lumbar)	4	4	4	4	4
5. DEPRESIÓN y/o ANSIEDAD CRÓNICA	5	5	5	5	5
6. ARTROSIS, ARTRITIS U OTRAS ENF. REUMÁTICAS	6	6	6	6	6
7. BRONQUITIS CRÓNICA, ENFISEMA, EPOC	7	7	7	7	7
8. INFARTO DE MIOCARDIO	8	8	8	8	8
9. OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	9	9	9	9	9
10. HEMORROIDES	10	10	10	10	10
11. TUMORES MALIGNOS (Cáncer)	11	11	11	11	11
12. OSTEOPOROSIS	12	12	12	12	12
13. PROBLEMAS DE TIROIDES	13	13	13	13	13
14. PROBLEMAS DE PRÓSTATA	14	14	14	14	14
15. PROBLEMAS DEL PERIODO MENOPÁUSICO	15	15	15	15	15
16. VARICES EN LAS PIERNAS	16	16	16	16	16
17. ALERGIA CRÓNICA (excluido asma)	17	17	17	17	17
18. ASMA	18	18	18	18	18
19. ÚLCERA DE ESTÓMAGO O DUODENO	19	19	19	19	19
20. INCONTINENCIA URINARIA	20	20	20	20	20
21. CATARATAS	21	21	21	21	21
22. PROBLEMAS CRÓNICOS DE PIEL	22	22	22	22	22
23. ESTREÑIMIENTO CRÓNICO	23	23	23	23	23
24. CIRROSIS, DISFUNCIÓN HEPÁTICA	24	24	24	24	24
25. OTROS PROBLEMAS MENTALES (No depresión ni ansiedad)	25	25	25	25	25
26. EMBOLIA CEREBRAL, INFARTO, ICTUS, HEMORRAGIA....	26	26	26	26	26
27. MIGRAÑA O DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	27	27	27	27	27
28. LESIONES O DEFECTOS PERMANENTES CAUSADOS POR UN ACCIDENTE	28	28	28	28	28
29. Otras enfermedades: (especificar): _____	29	29	29	29	29

Si no cita 1, 2, 3, ó 4 preguntar expresamente por ellas:
¿No tiene Vd..... (citar enfermedad)

(Filtro: Sólo enfermedades mencionadas en P.1.)

P.2 - ¿Le ha sido **diagnosticada por el médico**?

(Filtro: Sólo enfermedades mencionadas en P.1)

P.3 ¿Esta Vd. **tomando medicamentos** (pastillas, sobres, inyecciones...) para su ... (citar enfermedades citadas en P.1).....?

(Filtro: P.3)

P.4 ¿Le han sido **recetados por el médico**?

(Filtro: Sólo enfermedades mencionadas en P.1)

P.5 - ¿Cuál de las enfermedades que me ha mencionado es para Vd. **la principal**, la que más le preocupa en este momento? (Sólo una respuesta)

P.6 - ¿Hasta qué punto diría Vd. que **conoce su** (...Enfermedad filtro P.5...) y sus tratamientos...?
(LEER)

- Muy Bien 1
- Bien 2
- Regular 3
- Mal 4
- Muy Mal 5
- No sabe 6
- NS/NC 7

P.7 - ¿Porqué medios se **informa** Vd. de las cosas relacionadas con sus enfermedades y estado de salud en general? (*Respuesta espontánea y múltiple. Insistir: ¿alguna más?*)

- Por el médico 1
- Por el farmacéutico 2
- Por la enfermera..... 3
- Por una asociación de pacientes..... 4
- Por la prensa diaria / revistas 5
- En libros, enciclopedias..... 6
- En programas de TV / radio..... 7
- En Internet..... 8
- Por amigos / familiares, etc..... 9
- Leyendo los prospectos..... 10
- Otros (*especificar*): _____

P.8 - ¿Ha recibido Vd. **suficiente información**, en la consulta con sus médicos/enfermeras, sobre los medicamentos que le recetan? (Leer)

- Sí, suficiente 1
- Sí, pero insuficiente 2
- No, nada o casi nada..... 3
- Ns/NC (no leer)..... 4

Filtro P.8= 2, 3 ó 4

P.9 - ¿Qué echa en falta en cuanto a la información sobre sus medicamentos?
(Espontánea. Precodificada)

- Las frecuencias de las tomas (pautas y dosis)..... 1
 - Los efectos adversos..... 2
 - El tiempo que tengo que tomarlos..... 3
 - Los cambios de medicamentos..... 4
 - Las contraindicaciones que tienen con otras medicinas..... 5
 - Qué hacer si me sientan mal o no me hacen nada..... 6
 - Qué hacer si se me olvida una dosis o no he podido tomarla 7
 - Otras:
-
-

P.10 - ¿Cree que entre su **médico** y Vd. hay una **buena comunicación** sobre su salud o su enfermedad? (Leer escala)

		P.11 (Enfermera)	P.12 (Farmacéutico)
- Muy Buena.....	1	1	1
- Buena	2	2	2
- Regular	3	3	3
- Mala	4	4	4
- Muy Mala	5	5	5
- NS/NC	6	6	6

P.11 - ¿Y entre su **enfermera** y Vd.? (leer escala)

P.12 - ¿Y entre el **farmacéutico** y Vd.? (leer escala)

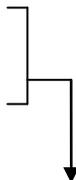
P.13 - ¿Cuántos medicamentos distintos toma Vd. actualmente para todas sus enfermedades o dolencias?	<input type="text"/>
P.14 - ¿Y cuántas pastillas al día le suponen tomar esos medicamentos	<input type="text"/>

P.15 - Y en general, ¿cómo calificaría **la eficacia** de los medicamentos que toma? (Leer escala)

- Muy Buena..... 1
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala
- NS/NC

P.16 – Hablando de los medicamentos; ¿Le resulta **fácil o difícil** seguir los tratamientos? (Graduar escala)

- Muy fácil
- Fácil
- (NO LEER) Regular
- Difícil
- Muy difícil
- NS/NC



P.17 - ¿**Por qué** le resulta (... leer respuesta...) seguir correctamente los tratamientos con medicamentos? (Espontáneo. Precodificado)

- Porque son muchas pastillas / dosis y es difícil recordar..... 1
- Porque me provoca muchos efectos secundarios..... 2
- Por falta de información por parte del médico, enfermera o farmacéutico... 3
- Porque frecuentemente me cambian el envase, la forma, el tamaño o el color del medicamento..... 4
- Otras razones citadas: _____
- NS/NC _____ 6

P.18 - Contésteme “sí” o “no” a las siguientes preguntas:

	Si	No
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	1	2
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	1	2
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	1	2
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	1	2

P.19 - Le voy a decir cosas que nos han dicho otras personas. Dígame si está Vd. **más bien de acuerdo o más bien en desacuerdo** (o regular, ni de acuerdo, ni en desacuerdo)
(leer una a una)

	Acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Desacuerdo
1 - Conozco mi enfermedad lo suficiente.	1	2	3
2 - Mis medicamentos están funcionando regular, no son tan eficaces.	1	2	3
3 -Tengo miedo a que la medicación me produzca efectos adversos.	1	2	3
4 - Yo también tengo algo que decir en el tratamiento y la medicación de mi enfermedad.	1	2	3
5 - Cuando me cambian un medicamento, me produce mucha confusión.	1	2	3
6 - Estoy satisfecho con la información que mis médicos comparten conmigo.	1	2	3
7 - Me confundo con tantos medicamentos que tengo que tomar.	1	2	3
8 - Uso métodos y rutinas estrictas para cumplir bien con el tratamiento.	1	2	3
9 - Me esfuerzo en seguir las instrucciones de mis médicos.	1	2	3
10 - Hago cambios en las recomendaciones del médico para adecuarlas a mi estilo de vida.	1	2	3
11 - Con las pastillas no tengo problemas pero la dieta me es muy difícil de llevar	1	2	3
12 - No soy constante en la medicación, la dejo y la vuelvo a coger.	1	2	3
13 - Soy bastante riguroso en el seguimiento y el control de la enfermedad	1	2	3
14 - Delego completamente en mi médico y enfermeras, yo no les digo nada.	1	2	3
15 - Tengo demasiados medicamentos.	1	2	3
16 - Me informo y leo mucho sobre mi enfermedad y los tratamientos.	1	2	3
17 - Controlar mis medicamentos me supone un gran esfuerzo y trastorno	1	2	3

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y HÁBITOS DE VIDA

D1 Anotar Sexo

Hombre 1
Mujer 2

D2 -¿Podría decirme su **edad**?:

--	--

Años

D3 - ¿Es Vd...

Casado, viven en pareja..... 1
Separado, divorciado, viudo..... 2
Soltero.....3

D4 - Comunidad Autónoma (ANOTAR)

- Andalucía	1	- C. Valenciana	10
- Aragón	2	- Extremadura	11
- Asturias	3	- Galicia	12
- Baleares	4	- Madrid	13
- Canaria	5	- Murcia	14
- Cantabria	6	- Navarra	15
- Castilla La Mancha	7	- País Vasco	16
- Castilla y León	8	- La Rioja	17
- Cataluña	9	- Ceuta y Melilla	18

D5 -Tamaño de hábitat (ANOTAR)

- 2.001 – 10.000 habitantes	1
- 10.001 - 50.000	2
- 50.001 - 500.000	3
- Más de 500.000 habitantes	4

D6 – ¿Me podría decir qué estudios ‘reglados’ o formación escolar ha completado Vd.?

- Sin estudios	1
- Estudios primarios incompletos (escolarización hasta los 10 años)	2
- Estudios primarios completos (Bachiller elemental, EGB, Graduado Escolar, ESO)	3
- Bachillerato (Bachillerato superior, BUP/COU)	4
- Formación profesional (FP I, FP II)	5
- Est. universitarios 1er ciclo (Diplomatura, peritajes FP III)	6
- Est. universitarios 2º ciclo (Licenciatura y Grado)	7
- Est. Universitarios 3er ciclo (Doctorado, Máster,..)	8

D7 - Situación de actividad

ACTIVOS:

- Persona activa y trabajando	1
- Persona activa pero en paro	2

INACTIVOS:

- Jubilado	3
- Ama de casa	4
- Pensionista por viudedad	5
- Pensionista por invalidez	6
- Otro caso de inactividad	7

D8 - ¿Cuántas personas de la familia **conviven en ese hogar incluida Vd.?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personas
----------------------	----------------------	----------

D10 - ¿Cuándo hace **ejercicio físico o hace deporte...?**

- Lo hace regularmente	1
- Pasea todos o casi todos los días	2
- A veces da un paseo, pero no regularmente	3
- No suelo hacer ejercicio	4
- NS/NC	5

D11 - ¿Hace dieta? (LEER)

- Sí, sigo una dieta concreta 1
- Simplemente procuro comer cosas sanas, pero no hago dieta 2
- No, como de todo 3
- NS/NC

4

D12 - ¿Fuma?

- Sí, diariamente (al menos 1 cigarrillo) 1
- Sí, muy ocasionalmente (menos de 1 cigarrillo al día) 2
- No, nunca 3
- NS/NC 4

D13 -¿Bebe alcohol?

- Si, habitualmente 1
- Si, ocasionalmente 2
- No, nunca o casi nunca 3
- NC 4

FIN DE ENTREVISTA; AGRADECER Y DESPEDIR