

Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma

A. López Viña

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Introducción

El asma es una enfermedad que se considera puede ser controlable, aunque no puede curarse^{1,2}. Una serie de estudios³⁻⁶ publicados entre 1985 y 1990 demostraron que el asma es una enfermedad inflamatoria crónica, y poco después se comprobó que con tratamiento antiinflamatorio continuo se conseguía mantener a los pacientes sin molestias y con una función pulmonar normal⁷. Las guías para el diagnóstico y el tratamiento del asma^{1,2} recomiendan pautas terapéuticas simples para tratar adecuadamente a los pacientes. Todo esto hizo pensar a los clínicos que, en efecto, el asma es una enfermedad fácil de controlar aunque, paradójicamente, en estudios epidemiológicos se ha demostrado que en la práctica la mayor parte de los pacientes no están bien controlados. En el estudio AIRE⁸, por ejemplo, sólo el 35% tiene su asma totalmente controlada. Incluso con tratamientos aparentemente correctos, menos de la mitad de los pacientes tienen un buen control de la enfermedad, tal como se muestra en el estudio ASES⁹. Es decir, aunque el asma sea una enfermedad fácilmente controlable, en la práctica los pacientes no están bien controlados. Para explicar esta paradoja, la causa que se cita con más frecuencia, sobre todo en pacientes con tratamiento correcto, es el incumplimiento terapéutico⁹⁻¹¹.

Con las tasas de cumplimiento tan pobres que tienen los pacientes con asma, no es de extrañar que, en efecto, el mal control sea un factor determinante. Los enfermos con asma toman su medicación solamente el 50% de las veces¹² e incluso menos que los pacientes con hipercolesterolemia¹³ o hipertensión arterial¹⁴, que toman su medicación el 60 y el 70% de las veces, respectivamente. Son numerosos los estudios¹⁵⁻²³ que confirman que las tasas de incumplimiento son bajas, aunque con un rango muy amplio (del 15 al 65%), debido a diferencias en la población estudiada, en las formas y en las medidas utilizadas. Así pues, es evidente que el bajo cumpli-

miento del régimen prescrito durante la práctica clínica limita el éxito del cuidado médico. Los profesionales, ante el fracaso terapéutico, suelen tomar caminos fáciles pero casi siempre erróneos, como aumentar la dosis, añadir más fármacos o cambiar las pautas terapéuticas, soluciones que evidentemente no conducen al éxito, ya que la causa más frecuente del fracaso terapéutico es el incumplimiento. Se recurre a estas prácticas porque muchos profesionales sanitarios creen que el incumplimiento del paciente no es un problema suyo y, por tanto, no actúan sobre él. Un cambio de actitud de los profesionales a este respecto tendrá mucha importancia sobre la decisión terapéutica, ya que, aunque ésta depende sobre todo del paciente, está ligada a la conducta del médico y a su propósito de producir cambios en el enfermo con sus recomendaciones. Los profesionales tienen que utilizar estrategias para fomentar el cumplimiento.

En la bibliografía médica no se encuentran estudios que demuestren que intervenciones simples sean eficaces para mejorar el cumplimiento en general; si acaso, sólo se encuentran intervenciones que mejoran la adhesión en situaciones específicas²⁴. El descubrimiento de una intervención simple que fuese efectiva en todas las situaciones sería la solución a todos los problemas de cumplimiento, pero el hecho de que no se haya encontrado no debe sorprendernos, ya que esto sólo sería posible si la adherencia fuese un fenómeno unitario. Pero no lo es; tiene un carácter claramente multifactorial, con un amplio rango de factores determinantes. Frente a los miles de ensayos clínicos sobre la eficacia de diferentes fármacos, tan sólo existen unos pocos estudios rigurosos que valoren el cumplimiento terapéutico²⁴, y éstos demuestran que las estrategias evaluadas no son muy eficaces, a pesar de la cantidad de esfuerzos y recursos consumidos. Probablemente esto sea en parte consecuencia de las dificultades para diseñar estudios que demuestren la eficacia de intervenciones no farmacológicas, los cuales, además, suelen tener diferencias metodológicas notables, pero es también a consecuencia de que las intervenciones de adhesión no son generalizables porque los comportamientos del cumplimiento terapéutico tampoco lo son.

Correspondencia: Dr. A. López Viña.
Hospital Universitario Puerta de Hierro.
San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.
Correo electrónico: alopezv@separ.es

Recibido: 8-9-2004; aceptado para su publicación: 22-9-2004.

TABLA I
Tipos de incumplimiento

Cumplimiento errático	El paciente sabe cómo tomar el tratamiento, pero no lo hace bien porque se olvida
Incumplimiento inconsciente	El paciente no sabe que no lo hace correctamente, por mala interpretación, técnica de inhalación incorrecta, demencia, etc.
Incumplimiento intencionado	Deja de tomar la medicación por decisión personal, cree que es ineficaz, innecesario o peligroso

Hay varios tipos de incumplimiento (tabla I). De hecho, el paciente puede incluso incumplir el tratamiento de forma intencionada^{25,26}. Evidentemente, una intervención que pueda ser eficaz en algunas situaciones (como utilizar recordatorios para pacientes que olvidan tomar la medicación) puede ser ineficaz en otras (p. ej., si el paciente evita tomar la medicación por los efectos indeseables del fármaco).

Las intervenciones sobre el cumplimiento terapéutico deben centrarse en conseguir un mejor conocimiento de cómo y por qué los pacientes deciden no tomar unos tratamientos y sí otros, y en conocer los factores que influyen en la probabilidad de que un paciente cambie un comportamiento. Según un modelo desarrollado por Tousman et al²⁷, el cambio de comportamiento se explica por diferentes variables de 3 factores generales: características del paciente, técnicas usadas en la propia intervención y estructura de los programas. Es fundamental tener en cuenta estos factores en la elaboración y desarrollo de programas educativos cuyo objetivo fundamental sea la promoción de la adhesión terapéutica.

Variables del paciente

Los factores del paciente que más influyen en el cumplimiento son los conocimientos que tiene el enfermo sobre el asma, la motivación para cambiar, las características de la personalidad y el estado de salud.

Conocimiento base

Según la psicología cognitiva, los humanos organizamos el conocimiento en esquemas que frecuentemente guían el comportamiento²⁸. Un enfermo puede tener una información inadecuada en su esquema, lo cual puede determinar no sólo sus creencias, sino también sus decisiones y comportamientos. Es frecuente que el esquema de los pacientes les dé razones para no tomar medicamentos para controlar su enfermedad (el hecho de tener que usarlos diariamente, los efectos indeseables) y sí para tratar su asma con medicamentos broncodilatadores (dado el alivio inmediato que producen). De hecho, algunos asmáticos no saben que los corticoides inhalados y los orales son diferentes, y por tanto tienden a creer que tienen los mismos efectos indeseables.

Tras los estudios³⁻⁶ que demostraron que el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía respiratoria, los médicos cambiamos la forma de tratar esta enfermedad. Por lo tanto, parece lógico pensar que los pa-

cientes también necesitan saberlo para modificar su comportamiento respecto al tratamiento. No en vano hay numerosas investigaciones que demuestran que la mayoría de los pacientes ignoran que la inflamación de la vía respiratoria está implicada en el asma²⁹. No debe de extrañar, por tanto, que las razones más citadas para dejar de usar los corticoides inhalados son que se les considera innecesarios en períodos asintomáticos y la preocupación por los efectos indeseables³⁰.

Motivación para cambiar

Una variable clave para modificar el comportamiento es la propia disposición del paciente para cambiarla. Se entiende por motivación la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se adhiera a una estrategia de cambio específica³¹. Esta definición refleja que los cambios de comportamiento no son normalmente instantáneos, sino que necesitan pasar por varios escalones en un período de tiempo, y esto ocurre tanto en los cambios espontáneos como en los provocados, como son las recomendaciones terapéuticas. Estos escalones están definidos en el modelo transteórico del cambio de conducta³²⁻³⁴, que describe las fases del cambio y las explica de una forma progresiva a lo largo de un proceso que se inicia con una etapa de precontemplación, continúa con una de contemplación y después una de preparación, para terminar con las etapas de acción (cambio) y mantenimiento. Este modelo es muy utilizado en las consultas de tabaquismo dentro de las estrategias para dejar de fumar³⁵ y para motivar a hacer ejercicio³⁶, pero puede aplicarse también al asma³⁷ y otras enfermedades crónicas. De hecho, Miller y Rollnick³⁸ publicaron unas recomendaciones basadas en este modelo.

En la fase de precontemplación los pacientes se rebelan, rechazan o se resignan a la enfermedad, y por tanto es poco probable que se adhieran a ningún tratamiento. Por consiguiente, en esta etapa hay que concienciarlos con información, ofrecerles opciones, esperanzas, y fomentar la reflexión. En la fase de contemplación están abiertos a la información, aunque de forma ambivalente, así que también es poco probable que sigan los consejos médicos. Por lo tanto, en esta etapa, además de dar información, hay que ayudarles a analizar los pros y los contras y a que aumente su autoeficacia. En la etapa de preparación los pacientes están decididos, es el momento de buscar y consensuar objetivos, proporcionarles estrategias para el cambio y utilizar refuerzos para estimularlos. En la de acción los pacientes ya están cambiando activamente y haciendo autoevaluaciones; por tanto, es el momento de enseñarles habilidades de autocuidado y seguir reforzándolas. En la fase de mantenimiento existe siempre el riesgo de fracaso por el abandono de las pautas terapéuticas, por lo que hay que enseñarles estrategias preventivas para evitar el incumplimiento, ayudar a redefinir objetivos y continuar utilizando refuerzos.

Con todo, es evidente que la probabilidad de que un paciente se adhiera a un tratamiento aumenta si el profesional sanitario oportunamente le ofrece las estrategias específicas en los diferentes estadios del cambio en que se encuentre.

Características de la personalidad

Algunos fenómenos relacionados con la personalidad influyen en el cumplimiento terapéutico.

La autoeficacia es la capacidad que percibe uno mismo para llevar a cabo una conducta o una acción concreta³⁹ (p. ej., una habilidad). Así, personas con la misma capacidad objetiva para realizar una tarea presentan rendimientos diferentes en función de que se juzguen capaces o no de llevarla a cabo. En los pacientes que se consideran incapaces, no intentan realizarla o, si lo hacen, no aplican el esfuerzo adecuado y abandonan al surgir cualquier dificultad, las posibilidades de fracaso son bastante altas. Esto explica algunos bajos rendimientos escolares e incluso deportivos, y respecto al asma hay estudios que demuestran que la autoeficacia predice la hospitalización y la adhesión al tratamiento^{40,41}.

La indefensión aprendida⁴² es la pérdida percibida de control del entorno, de tal forma que una persona tiene la percepción de que lo que le ocurre es algo independiente de su conducta, y esto es fruto de una historia de fracasos en la forma de hacer frente a las situaciones. Algunos adolescentes con asma ven problemas irresolubles y muestran síntomas de indefensión aprendida, de tal manera que perciben que no pueden hacer nada para controlar la situación⁴³.

Varios estudios^{44,45} también muestran una relación entre la depresión, el mal control de la enfermedad y el cumplimiento terapéutico en el asma. Bosley et al⁴⁴, en un estudio con 102 asmáticos, vieron que las puntuaciones de depresión, medida por la Hospital Anxiety and Depression Scale, eran más altas en el grupo de pacientes incumplidores que entre los que se adherían al tratamiento. Así pues, preocuparse también por la depresión parece importante en el manejo de algunos pacientes con asma, principalmente en los incumplidores.

Estado de salud

Parece lógico pensar que la gravedad de la enfermedad tenga impacto en el cumplimiento terapéutico, ya que las personas con muchos síntomas cumplirían mejor que aquellas que se sienten sanas. Los estudios que han analizado esta cuestión encuentran una asociación muy débil entre gravedad de la enfermedad y cumplimiento terapéutico⁴⁶, aunque éste puede mejorar después de un episodio que pone en peligro la vida, como ocurre tras un infarto de miocardio o tras un rechazo de un trasplante. Por consiguiente, es posible que las visitas a urgencias y las hospitalizaciones por crisis asmáticas sean momentos oportunos para iniciar una intervención educativa dirigida a mejorar el cumplimiento^{47,48}.

Técnicas conductuales que deben usarse en los programas de educación

No puede esperarse que las intervenciones que no ayudan a los pacientes a modular los factores que influyen en el comportamiento, y que por tanto no facilitan el cambio, generen resultados relacionados con el uso de medicamentos, de medidas preventivas o de recursos sanitarios. Es necesario que el personal sanitario emplee

estrategias (técnicas) para cambiar el comportamiento de los pacientes. Las técnicas de cambio del comportamiento pueden clasificarse en 2 categorías²⁷: a) indirectas, llamadas así porque no conducen específicamente a un cambio de comportamiento pero sí llevan a que aumente la probabilidad del cambio, como la entrevista clínica y la mejora de los conocimientos del paciente, y b) directas, que están enfocadas específicamente a modificar el comportamiento, como ofrecer recomendaciones terapéuticas y preventivas, tomar las decisiones en colaboración con el paciente y determinar objetivos y enseñar habilidades.

Técnicas indirectas

Entrevista médica. La primera oportunidad del personal sanitario para influir en un cambio de comportamiento es la visita médica. La entrevista es un método excelente para analizar a los pacientes y conseguir que cambien el comportamiento. Una entrevista eficaz debe incluir una buena comunicación (que proporcione empatía y apoyo psicosocial) para establecer una buena relación con el paciente y preguntar sobre los conocimientos, emociones, creencias, expectativas y objetivos del paciente⁴⁹. Para una buena comunicación con los pacientes se precisa de 2 medidas previas. La primera es la adquisición de habilidades de comunicación^{50,51}, ya que éstas no son innatas ni mejoran con la experiencia si no hay un aprendizaje previo. Por otro lado, el modelo de médico paternalista, en el que él decide lo que tiene que hacer el paciente, no lleva a una buena comunicación⁵²; por tanto, cambiar el modelo puede ser una buena segunda medida.

Básicamente, para una entrevista eficaz deben seguirse estas recomendaciones: a) mostrar atención por medios no verbales (contacto visual, estar sentado, hacer gestos y adoptar posturas que denoten atención y que se entienda lo que dice el paciente); b) mantener una conversación interactiva; c) investigar conocimientos, preocupaciones, creencias y expectativas, así como las limitaciones que la enfermedad produce al paciente en la vida cotidiana y las preocupaciones que le origina (con preguntas sencillas y referidas a su experiencia, intercalando alguna pregunta sobre aspectos positivos que conozcamos del paciente para alentarle, evitando incidir en aspectos negativos y sin censurar jamás); d) tratar de averiguar los objetivos que busca el paciente en la consulta y pactarlos. Normalmente tienen relación con las limitaciones de la vida cotidiana, por lo que los objetivos médicos del tratamiento se conseguirán a través de los objetivos del paciente; e) revisar el plan terapéutico, comprobar que el paciente lo entiende y adaptarlo a su vida; f) establecer un diálogo sobre el cumplimiento, sobre lo que piensa el paciente y las dificultades que encuentra para seguirlo, y g) mostrarle su capacidad para seguir el tratamiento, es decir, aumentar su autoconfianza.

El médico que se esfuerza por crear una comunicación interactiva establece una mejor relación de confianza con el paciente y éste tiende a tener una mayor adherencia. Parece lógico (y está demostrado) que una entrevista médica eficaz hace que el paciente experi-

mente un alto grado de satisfacción. La satisfacción del paciente, producto de una buena comunicación y empatía, y la continuidad de la ayuda incrementan la probabilidad de cumplimiento terapéutico. Se puede afirmar que la relación médico-paciente es el método más poderoso de cambio de comportamiento y que los pacientes no revelan sus creencias acerca de la enfermedad si el médico está enfadado, desinteresado o impaciente^{53,54}. La adhesión mejora cuando se explican todas las recomendaciones con lenguaje entendible, se elogia el cumplimiento, se resuelven problemas, el médico se muestra dispuesto a modificar el plan de tratamiento dependiendo de las creencias expresadas por el paciente o incluso por comunicación no verbal, y muestra interés por lo que el paciente dice.

La eficacia de las intervenciones no farmacológicas, como es la buena comunicación entre médico y paciente, es difícil de demostrar. A pesar de ello, Apter et al¹⁵ muestran que el mal cumplimiento guarda relación con una mala comunicación entre ambos. Clark et al⁵⁵, en un ensayo clínico aleatorizado, evaluó el impacto a largo plazo de un seminario para pediatras donde se enseñaban habilidades de comunicación. A los 2 años, los niños tratados por pediatras que habían participado en el seminario tenían menos hospitalizaciones por año y los padres puntuaban a los médicos mejor en 5 habilidades de comunicación. Aunque resulte sorprendente, no pasaban más tiempo en la consulta, simplemente lo empleaban mejor.

Incremento del conocimiento del paciente. Otro procedimiento indirecto de cambio de conducta es incrementar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento. De acuerdo con la teoría psicológica cognitiva, la información se traslada de la memoria a corto plazo (inmediata y transitoria, dura como mucho minutos) a la memoria de largo plazo, donde se guarda la información durante días, semanas, meses o años y se almacena en el esquema del individuo de manera que pueda recuperarse fácilmente⁵⁶. El modo de transmitir la información tiene importancia en su eficacia. Así, cuando se hace de una forma activa, con discusión interactiva, es más probable que se procesen los conocimientos, mientras que cuando se hace de una forma pasiva (el paciente se limita a escuchar o mirar) la retención de conocimiento es pobre porque esa información tiene pocas probabilidades de pasar de la memoria de corto tiempo a la de largo tiempo, lo que hace muy improbable el cambio de comportamiento⁵⁷.

Las técnicas de discusión interactiva que comprometen al paciente a una participación activa en la intervención educativa son mucho más eficaces para mejorar el conocimiento y cambiar el comportamiento. Escuchando al paciente asmático e intercambiando con él información, el médico puede conocer mejor sus creencias y su esquema, así como añadir nuevos conocimientos que sean relevantes para sus necesidades o bien modificar conocimientos inadecuados⁵⁸.

Deben seguirse unas recomendaciones básicas a la hora de dar la información^{56,60}: a) ésta debe ser individualizada, basada en las expectativas y objetivos del pa-

ciente concreto, o sea, en lo que quiere el enfermo; b) informar e instruir sólo lo necesario para el paciente concreto, y c) la información básica se centrará en enseñar que el asma es una enfermedad crónica que necesita tratamiento a largo plazo (aunque no se tengan molestias), en que el paciente conozca la diferencia entre inflamación y broncoconstricción y entre fármacos antiinflamatorios y aliviadores, y en que reconozca los síntomas de la enfermedad y los efectos indeseables de los fármacos.

Para informar al paciente conviene seguir un guión. Lo importante se dirá al principio y al final (ya que son las cosas que mejor se recuerdan), la información será breve y sencilla, con comunicación interactiva, y el médico se cerciorará de que el paciente la entiende. Se emplearán analogías y ejemplos, y se recurrirá al apoyo de material escrito. La información se repetirá y reforzará en las diferentes visitas.

Hay que tener en cuenta que aunque el paciente adquiera un correcto conocimiento, por el método que sea, esto no lleva necesariamente a cambios de comportamiento. Por ejemplo, el saber lo perjudicial que es el tabaco no lleva directamente a abandonarlo. Por tanto, un aumento del conocimiento base es importante pero no suficiente, de ahí que los programas de educación que sólo transmiten información tengan muy poca influencia en la mejora de la morbilidad en el asmático⁶¹.

Técnicas directas

Recomendaciones médicas. El método directo que usan todos los médicos para cambiar el comportamiento de los pacientes consiste en recomendarles directamente un cambio específico de comportamiento, a través de una pauta terapéutica y/o unos consejos con medidas preventivas o de evitación. El grado de cumplimiento en el asma es muy bajo¹⁵⁻²³, por lo que esta técnica de modificación de conducta tiene claras limitaciones. Con este método el médico no accede al esquema del paciente y, además, éste puede tener conocimientos o creencias erróneas respecto al asma. Hay que tener en cuenta que los conocimientos y las creencias inadecuadas guían al paciente mucho más en la toma de decisiones que una recomendación del médico para usar corticoides inhalados cada día³⁰. Por otra parte, si es sólo el médico el que dicta las pautas, está usando un modelo de relación con el paciente paternalista, que por sí mismo invita a no adherirse. Para que sea eficaz, la relación médico-paciente debe estar basada en la confianza, el respeto, el intercambio de información y la cooperación, de tal forma que las pautas se elaboren de forma conjunta⁶².

Tomar decisiones en colaboración con el paciente. Tomar decisiones conjuntamente puede ser mucho más eficaz a la hora de cambiar el comportamiento del paciente que las recomendaciones médicas directas. Los pacientes quieren estar implicados en las pautas terapéuticas y en los cambios de tratamiento. En un estudio se demostró que la mitad de los pacientes estaban insatisfechos cuando sus médicos no les implicaban en las decisiones terapéuticas, y precisamente este grupo de pacientes era el que tenía un grado de adherencia más bajo⁶³.

TABLA II
**Recomendaciones para la elaboración
 de pautas terapéuticas**

Dar el menor número de tomas posibles (1 o 2 al día)
Usar el método de inhalación más fácil para el paciente concreto (el que éste escoja)
El mismo método de inhalación para todos los fármacos (o las mejores combinaciones)
Valorar el uso de asociaciones
Revisar con el paciente el tratamiento
Negociar las tomas y adaptarlas a las actividades diarias del paciente
Hablar de los costes
Establecer un diálogo sobre el cumplimiento
Usar técnicas para evitar el olvido
Valorar individualmente la pauta menos mala

Hay estudios sobre el asma moderada o grave que muestran que los pacientes prefieren que los facultativos asuman un papel mayor en el manejo médico del asma, pero al mismo tiempo quieren más información y estar implicados cuando se hacen cambios con la medicación^{63,64}.

Para prescribir una pauta terapéutica en un paciente con asma deben tenerse en cuenta las recomendaciones de la tabla II.

Procedimiento de determinación de objetivos y entrenamiento de habilidades

Los pacientes con asma tienen que aprender a tomar los fármacos inhalados correctamente, reconocer y evitar desencadenantes, monitorizar síntomas y flujo máximo respiratorio, reconocer cuándo el asma está empeorando y saber actuar de forma temprana en caso de deterioro de la enfermedad. A fin de enseñar todas estas habilidades hay que utilizar métodos educativos personalizados en cada paciente y técnicas conductuales eficaces.

Tousman et al²⁷ describen un procedimiento que llaman de determinación de objetivos para la educación en asma. El método consiste en: *a*) determinar el objetivo del cambio de comportamiento (p. ej., una determinada habilidad); *b*) instruir al paciente para llevar a cabo esa habilidad; *c*) que el asmático practique la habilidad fuera de la consulta, y *d*) ofrecer la oportunidad de comunicar y analizar los resultados.

Un objetivo, por ejemplo, puede ser la monitorización del flujo espiratorio máximo en el domicilio para poder elaborar posteriormente planes de autotratamiento. Siguiendo el método de Tousman et al²⁷, el médico decide primero en colaboración con el paciente que éste lo monitorizará en el domicilio durante un tiempo determinado, con el objetivo de utilizarlo como un instrumento para actuar en caso de deterioro, no como una tarea que analizará sólo el médico. Después, el educador enseña la técnica correcta para medirlo y registrar la medida, y el paciente lo practica en la consulta hasta que lo hace de forma adecuada. Posteriormente, el paciente mide y registra el flujo espiratorio máximo en su

domicilio, y por último muestra el registro. El educador, además de reforzarle positivamente con elogios, le hace ver cuándo su asma está bien controlada o cuándo se inicia un deterioro, y posteriormente, en colaboración con el paciente, elaborará otro tratamiento para que éste actúe de forma inmediata en caso de deterioro.

Para enseñar el resto de habilidades debe utilizarse un método similar, con las particularidades de cada habilidad y de cada paciente.

Numerosos estudios analizados en una revisión sistemática⁶⁵ avalan la eficacia de los programas educativos que incluyen planes de acción por escrito, automonitorización y revisiones regulares.

Estructura de un programa de educación

Para que una intervención educativa encaminada a modificar el comportamiento sea eficaz tiene que tener una estructura adecuada. Los programas educativos que se limitan a dar información no tienen impacto en la adherencia terapéutica ni en la morbilidad⁶¹. Por el contrario, los programas que integran instrucción o planes escritos de autotratamiento y seguimiento regular mejoran el control del asma y reducen el uso de recursos sanitarios⁶⁵. El hecho de reducir la intensidad de la educación (planes de acción con instrucciones sólo verbales, menor contenido educativo o falta de revisiones regulares) hace que disminuya la efectividad de estos programas⁶⁵. Por tanto, cualquier estrategia educativa que se implante en el seguimiento de los pacientes debe contemplar un análisis de las características de éstos, como el uso de técnicas indirectas y directas de cambio de comportamiento, y un esquema donde se contemple la educación como un proceso continuo, con refuerzos en todas las revisiones.

En el seguimiento de los pacientes hay que proveer un sistema de continuidad y de accesibilidad, para lo cual se concertarán citas, con tiempos de espera reducidos, se adaptará la duración de las visitas a los deseos del paciente y se usarán recordatorios concretos, sobre todo cuando la cita no es inmediata. El ambiente en la sala de espera y en la consulta debe ser acogedor y tranquilo. Los pacientes tienen que ver al médico como un aliado accesible al que pueden hacer preguntas, plantear dudas y preocupaciones o incluso llamar por teléfono en situaciones concretas⁶⁶.

Conclusiones

Es bastante habitual que las visitas de seguimiento de los pacientes con asma se limiten a recoger datos de su estado actual y a recomendar una pauta terapéutica determinada, casi siempre utilizando un modelo paternalista en la relación con el enfermo. También es frecuente no considerar el cumplimiento del paciente como un problema del médico e incluso abandonar al que no cumple calificándolo de no colaborador y, por tanto, merecedor de todo lo que le puede pasar. Es muy posible que la mejor estrategia para aumentar la tasa de cumplimiento en el asma, que es baja, sea un cambio de actitud de los profesionales sanitarios respecto al propio cumplimiento.

La información sobre el estado de salud tiene menos impacto sobre la adhesión que los conocimientos, la motivación o determinadas características de la personalidad de los pacientes. Los médicos tienen que conocer el esquema del paciente, su disposición a cambiar y las características de su personalidad para posteriormente mejorar los conocimientos del asmático. Además, deben prescribir las pautas terapéuticas en colaboración con el paciente, instruirle en las habilidades necesarias y emplear métodos de enseñanza y de modificación de conducta eficaces para tener éxito en el cambio de comportamiento, es decir, en la mejora de la adhesión. No hay que olvidar que mejorías permanentes en el cumplimiento requieren intervenciones también permanentes^{66,67}, por lo que en el seguimiento debe mantenerse la misma actitud, con refuerzos en la información y en la práctica de las diferentes habilidades, así como vigilando y reforzando el cumplimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO Workshop Report, 2002. Disponible en: <http://www.ginasthma.com>
- Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casán Clará P, Cobos Barroso N, López Viña A, Llauger Roselló MA, et al, en calidad de Comité Ejecutivo de la GEMA y en representación del grupo de redactores. Guía española para el manejo del asma (GEMA). Arch Bronconeumol. 2003;39:S1-S42.
- Laitinen LA, Heino M, Laitinen A, Kava T, Hachtela T. Damage of the airway epithelium and bronchial reactivity in patients with asthma. Am Rev Respir Dis. 1985;131:599-606.
- Beasley R, Roche WR, Roberts JA, Holgate ST. Cellular events in the bronchi in mild asthma and after bronchial provocation. Am Rev Respir Dis. 1989;139:806-71.
- Metzger WJ, Zarala D, Richerson HB, Moseley P, Iwamoto P, Monick M, et al. Local allergen challenge and bronchoalveolar lavage of allergic asthmatic lungs. Description of the model and local airway inflammation. Am Rev Respir Dis. 1987;135:433-40.
- Jeffery PK, Wardlaw AJ, Nelson FC, Collins JV, Kay AB. Bronchial biopsies in asthma. An ultrastructural, quantitative study and correlation with hyperreactivity. Am Rev Respir Dis. 1989;140:1745-53.
- Haahtela T, Jarvinen M, Kava T, Kiviranta K, Koshinen S, Lehtonen K, et al. Comparison of a beta 2-agonist, terbutaline, with an inhaled corticosteroid, budesonide, in newly detected asthma. N Engl J Med. 1991;325:388-92.
- Rabe KF, Vermiere PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J. 2000;16:802-7.
- López Viña A, Cimas JE, Díaz Sánchez C, Coria G, Vegazo O, Picado Valles C. A comparison of primary care physicians and pneumologists in the management of asthma in Spain: ASES study. Respir Med. 2003;97:872-81.
- Horn CR, Clark TJH, Cochrane GM. Compliance with inhaled therapy and morbidity from asthma. Respir Med. 1990;84:67-70.
- Soriano JB, Rabe KF, Vermiere PA. Predictors of poor asthma control in European adults. J Asthma. 2003;40:803-13.
- Bender BG, Milgrom H, Rand C. Nonadherence in asthmatic patients: is there a solution to the problem? Ann Allergy Asthma Immunol. 1997;79:177-86.
- Avorn J, Monette J, Lacour A, Bohn RL, Monane M, Mogun H, et al. Persistence of use of lipid-lowering medications: a cross-national study. JAMA. 1998;279:1458-62.
- Patel RP, Taylor SD. Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. Ann Pharmacother. 2002;36:40-5.
- Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, Barrows E, Zuwallack RL. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. Am J Respir Crit Care Med. 1998;157:1810-7.
- Mann MC, Eliasson O, Patel K, ZuWallach RL. An evaluation of severity-modulated compliance with q.i.d. dosing of inhaled beclomethasone. Chest. 1992;102:1342-6.
- Coutts JAP, Gibson NA, Paton JY. Measuring compliance with inhaled medication in asthma. Arch Dis Child. 1992;67:332-3.
- Dekker FW, Dieleman FE, Kaptein AA, Mulder JD. Compliance with pulmonary medication in general practice. Eur Respir J. 1993;6:886-90.
- Bosley CM, Parry DT, Cochrane GM. Patient compliance with inhaled medication: does combining beta-agonists with corticosteroids improve compliance? Eur Respir J. 1994;7:504-9.
- Kelloway JS, Waytt RA, Adlis SA. Comparison of patients' compliance with prescribed oral and inhaled asthma medications. Arch Intern Med. 1994;154:1349-52.
- Gibson NA, Ferguson AE, Aitchison TC, Paton JY. Compliance with inhaled asthma medication in preschool children. Thorax. 1995;50:1274-9.
- Braunstein GL, Trinquet G, Harper AE, and a Compliance Working Group. Compliance with nedocromil sodium and nedocromil sodium/salbutamol combination. Eur Respir J. 1996;9:893-8.
- Milgrom H, Bender B, Ackerson L, Bowry P, Smith B, Rand C. Noncompliance and treatment failure in children with asthma. J Allergy Clin Immunol. 1996;98:1051-7.
- Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library, Issue 1; 2004.
- Hyland ME. Types of noncompliance. Eur Respir Rev. 1998;8:255-9.
- Rand CS. Patient and regimen-related factors that influence compliance with asthma therapy. Eur Respir Rev. 1989;8:270-4.
- Tousman S, Zeitz HJ, Bristol CM. A cognitive behavioral approach to asthma patient education. Adv Manag Respir Care. 2002;11:47-50.
- Rosch E. Cognitive representations of semantic categories. J Exp Psychol Gen. 1975;104:192-233.
- Gibson PG, Talbot PI, Hacock J, Henley MJ. A prospective audit of asthma management following emergency asthma treatment at a teaching hospital. Med J Aust. 1993;158:775-8.
- Chambers CV, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Berger M. Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. Respir Med. 1999;93:88-94.
- Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychol Bull. 1985;98:84-107.
- Keller S. Implications of the stages of change model for medication compliance. Eur Respir Rev. 1998;56:260-6.
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychol. 1994;13:39-46.
- Prochaska JO. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. Health Psychol. 1994;13:47-51.
- Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. J Consult Clin Psychol. 1988;56:520-8.
- Marcus BH, Banspach SW, Lefebvre RC, Rossi JS, Carleton RA, Abrams DB. Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. Am J Health Prom. 1992;6:424-9.
- Tousman S, Zeitz H. A model for changing human health behavior: application to asthma management. Adv Psychosom Med. 2003;24:86-97.
- Miller WR, Rollnick S, editors. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 1991.
- Bandura A, editors. Self-efficacy: thought control of action. New York: Freeman; 1997.
- Scherer YK, Bruce S. Knowledge, attitudes, and self-efficacy and compliance with medical regimen, number of emergency department visits, and hospitalizations in adults with asthma. Heart Lung. 2001;30:250-7.
- Nouwen A, Freeston MH, Labbe R, Boulet L-P. Psychological factors associated with emergency room visits among asthmatic patients. Behav Modif. 1999;23:217-33.
- Seligman M. Indefensión. Madrid: Debate; 1991.
- Chaney JM, Mullins LL, Uretsky DL, Pace TM, Werden D, Hartman VL. An experimental examination of learned helplessness in older adolescents and young adults with long-standing asthma. J Pediatr Psychol. 1999;24:259-70.

44. Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *Eur Respir J*. 1995;8:899-904.
45. Goethe JW, Maljanian R, Wolf S, Hernández P, Cabrera Y. The impact of depressive symptoms on the functional status of inner city patients with asthma. *Ann Allergy*. 2001;87:205-10.
46. Mellins RB, Evans D, Zimmerman D, Clark NM. Patient compliance are we wasting our time and don't know it? *Am Rev Respir Dis*. 1992;146:1376-7.
47. Cowie RL, Revitt SG, Underwood MF, Field SK. The effect of peak flow-based action plan in the prevention of exacerbations of asthma. *Chest*. 1997;112:1534-8.
48. Levy ML, Robb M, Allen J, Doherty C, Bland JM, Winter RJ. A randomized controlled evaluation of specialist nurse education following accident and emergency department attendance for acute asthma. *Respir Med*. 2000;94:900-8.
49. Marvel MK, Doherty WJ, Weiner EW. Medical interviewing by exemplary family physicians. *J Fam Pract*. 1998;47:343-8.
50. Simpson M, Buckman R, Steward M, Maguirre P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303:1385-7.
51. Charles C, Gafni A, Whelan T. How to improve communication between doctors and patients. Learning more about the decision making context important. *BMJ*. 2000;320:1220-1.
52. Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown up and there's no going back. *BMJ*. 1999;319:719-20.
53. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract*. 1997;44:169-76.
54. Stoloff SW. Improving adherence to asthma therapy: what physicians can do. *Am Fam Physician*. 2000;61:2328-31.
55. Clark NM, Gong M, Schork MA, Kaciroti N, Evans D, Roloff D, et al. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. *Eur Respir J*. 2000; 16:15-21.
56. Atkinson RC, Shiffrin RM. The control of short-term memory. *Sci Am*. 1971;225:82-90.
57. Bender B. Overcoming barriers to non-adherence in asthma treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 2002;109:S554-S9.
58. Evans D. To help patients control asthma the clinician must be good listener and teacher. *Thorax*. 1993;48:685-7.
59. Meichenbaum D, Turk DC. Educación del paciente: organización y estructuración de los programas de tratamiento. En: Meichenbaum D, Turk DC, editores. *Cómo facilitar el seguimiento en los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: DDB; 1991. p. 99-130.
60. Ley P. Giving information to patient. En: Eiser JR, editor. *Social psychology and behavioral medicine*. New York: Wiley; 1983. p. 339-73.
61. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library. Update Software; 2002. issue 2.
62. Mullen PD. Compliance becomes concordance. Making a change in terminology produce a change in behavior. *BMJ*. 1997;314: 691-2.
63. Perpiña M, Sobradillo V, Castillo J, Duce F, Manresa F, Martínez J, et al. Búsqueda de información y toma de decisiones en pacientes asmáticos. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:435-9.
64. Markson LE, Volmer WM, Fitterman L, O'Connor E, Narayanan S, Berger M, Buist S. Insight into patient dissatisfaction with asthma treatment. *Arch Intern Med*. 2001;161:379-84.
65. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH. The effects of self-management education and regular practitioner review in adults with asthma (Cochrane review). Oxford: The Cochrane Library. Update software, 2003; issue 3.
66. Meichenbaum D, Turk DC. La aplicación integrada de intervenciones para la promoción de adhesión. En: Meichenbaum D, Turk DC, editores. *Cómo facilitar el seguimiento en los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: DDB; 1991. p. 203-16.
67. Partridge MR, Hill SR. Enhancing care for people with asthma: the role of communication, education, training and self management. *Eur Respir J*. 2000;16:333-48.