



INFLUENCIA DE LA RELACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PRC)

María Concepción Escolar-Gutiérrez¹, Belén López-Moya,
Laura Portabales Barreiro, Carmen Carcedo-Robles y Adela Alonso-Abolafia

Hospital Ramón y Cajal de Madrid, España

RESUMEN. Antecedentes: A pesar de la participación en programas de rehabilitación cardíaca, la adherencia mostrada por los pacientes cardiovasculares es escasa. Esto supone un factor de riesgo de reingreso hospitalario y aumento de morbilidad. Los factores implicados son diversos: el paciente, el medio ambiente, el tratamiento farmacológico y la relación con el equipo asistencial. Es necesario identificar los factores que pueden estar influyendo en la falta de adherencia y modificarlos. El objetivo de este estudio es estudiar la adherencia al tratamiento de pacientes con cardiopatías en un grupo de Rehabilitación Cardíaca. **Método:** Se recogieron datos clínicos de 364 pacientes coronarios, atendidos en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Durante el programa asisten a entrenamiento en técnicas de relajación, gestión del estrés y terapia grupal. Los cuestionarios administrados pre y postratamiento son el Cuestionario de depresión de Beck y el Cuestionario de ansiedad STAI. Se realiza un seguimiento de los pacientes a los 12 meses de haber finalizado el programa donde se valora la adherencia al tratamiento. **Resultados:** Encontramos una disminución significativa de los niveles de ansiedad y depresión al finalizar el programa de rehabilitación respecto a la medida pretratamiento. Los resultados muestran un buen cumplimiento terapéutico en el seguimiento de la evaluación en 123 de 224 pacientes (55%). Cuando se introduce el análisis de regresión logística, solo la edad y el apoyo percibido por los profesionales sanitarios continuaron siendo significativos en el mantenimiento de los cambios promovidos por el tratamiento. **Conclusiones:** Nuestro estudio confirma que la percepción que tienen los pacientes del apoyo recibido por los profesionales en los PRC ejerce un efecto positivo en la adhesión al tratamiento a largo plazo, manteniendo los cambios en el estilo de vida promovidos por el tratamiento (12 meses). Estos resultados muestran, por tanto, que la buena relación profesional sanitario-paciente en los PRC favorece que los pacientes adquieran y mantengan un estilo de vida más saludable.

Palabras Clave: Adherencia, enfermedades cardiovasculares, percepción apoyo de los profesionales sanitarios, ansiedad, depresión.

ABSTRACT. Background: Despite the involvement in cardiac rehabilitation programs, adherence shown by cardiovascular patients is scarce. This is a risk factor for hospital re-entry and morbidity increase. Factors involved are various: the patient, the environment, drug pharmacotherapy and relationship with the care crew. It is necessary to identify the factors that may be influencing nonadherence and modify them. The aim of this study is to study treatment adherence of patients with coronary heart disease in a group of Coronary Rehabilitation. **Methods:** We collected clinical data from 364 coronary patients treated at Coronary Rehabilitation Program. During the program attends relax techniques training, stress management and group support therapy. The questionnaires administered before and after treatment are the Beck Depression Inventory and Anxiety questionnaire STAI. A follow up

¹ **Correspondencia:** Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Edificio de Consultas Externas 2ª planta, 28049, Madrid (España). E-mail: maria.escolar@gmail.com



evaluation is done 12 month after the end of the program in which assesses treatment adherence. **Results:** We met a significative reduction in anxiety and depression levels at the end of the rehabilitation program compared to the pretreatment measure. Results show good adherence in the follow-up evaluation in 123 of 224 patients (55%). When we introduced the logistic regression analysis, only age and sanitary professionals support perceived remained significant in maintenance of changes promoted by the treatment. **Conclusions:** Our study confirms that patients' perceptions of support received by professionals in the RCP have a positive effect on long-term treatment adherence, keeping the changes in lifestyle promoted by the treatment (12 months). These results show, therefore, that good sanitary professional-patient relationship in the PRC stimulates that patients achieve and maintain a healthy lifestyle.

Keywords: Adherence, cardiovascular diseases, sanitary professional support perception, anxiety, depression.

Introducción

Los diferentes apoyos recibidos serán decisivos de cara a la recuperación y adaptación a la enfermedad cardíaca. Los Programas de Rehabilitación Cardíaca tienen un importante componente de apoyo social. Los profesionales de la salud median en las distintas etapas por las que pasa el enfermo cardíaco hasta el ajuste adaptativo de la enfermedad.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países desarrollados. Se estima que un 60% de esas son debidas a enfermedad cardíaca (Wielgozs y Nolan, 2000). La insuficiencia cardíaca supone un importante problema de salud en los países desarrollados. El número de hospitalizaciones y los costes derivados del tratamiento de estos pacientes se han incrementado notablemente, y el principal componente de este coste sanitario son las sucesivas rehospitalizaciones, que pueden representar hasta el 70% de éste. Una de las principales causas de descompensación y, por tanto, de ingreso hospitalario es una mala adherencia terapéutica del paciente (Bonilla Ibáñez, 2007).

Los PRC tienen como objetivo ayudar a los pacientes con enfermedad cardiovascular a reanudar vidas activas y productivas sin limitaciones impuestas por su proceso de enfermedad, mejorar la calidad de vida, disminuir la incidencia de complicaciones y, si es posible, de mortalidad (Maroto y de Pablo, 1995). Por ello, pretenden abarcar diferentes tipos de actuaciones tanto a nivel físico como a nivel psicológico (De la Calle, Barriopedro y Aznar, 2000).

Los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según la literatura se definen como el conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular percibe como influyentes respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por el profesional de la salud. De modo concluyente, si el paciente no sigue el tratamiento prescrito, la responsabilidad recae directamente sobre él. Sin embargo, existe evidencia de que los profesionales de la salud, los sistemas de salud, las condiciones económicas del paciente y del entorno pueden tener una gran influencia en el nivel de adherencia del paciente a sus tratamientos (Bonilla Ibáñez, 2007). Hay otras características dependientes del programa que también ejercen influencia: poca comunicación entre los pacientes y el personal médico o paramédico, horarios, lejanía del lugar, programas individuales o de grupos, falta de realización de evaluaciones clínicas o ergométricas periódicas, etc. (Rivas Estany, 1999).



En resumen, se debe tener en consideración que los factores implicados en la escasa adhesión al tratamiento mencionada son diversos: el paciente, el medio ambiente, el tratamiento farmacológico y la relación con el equipo asistencial. Por ello, es imprescindible reconocer los factores, tanto biomédicos como psicosociales, que pueden condicionar una deficiente adherencia terapéutica y realizar acciones encaminadas a modificarlos, así como adaptar los PRC a las necesidades individualizadas de cada paciente en la mayor medida posible (Conthe y Tejerina, 2007). Por mencionar un ejemplo, es muy importante que el programa de entrenamiento físico tenga en cuenta las características, requerimientos y preferencias individuales de los pacientes, lo que incluye un análisis de sus necesidades laborales o vocacionales, de manera que se propicie una adherencia prolongada a la rehabilitación (Rivas Estany, 1999). No debemos olvidar, que dentro de las posibilidades, medios y recursos a nuestro alcance, debemos maximizar la adherencia de los pacientes a los tratamientos.

Teniendo en consideración todos estos datos, nos planteamos estudiar el impacto particular del apoyo social que reciben los pacientes del PRC por parte de los profesionales sanitarios que lo componen, y su influencia en la adherencia al tratamiento a largo plazo. El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Esta unidad se compone de un equipo interdisciplinar formado por cardiólogos, médico rehabilitador, psiquiatra, psicólogos, ATS, fisioterapeuta y trabajadora social. El tratamiento consiste en entrenamiento físico, control de factores de riesgo cardiovasculares, actuación psicológica (entrenamiento en técnicas de relajación, terapia cognitiva-conductual, terapia de grupo, además de psicoterapia individual y familiar en caso de ser necesario), valoración sociolaboral, consejo nutricional, programa antitabaco, etc.

Método

Participantes

Se recogen datos clínicos de 364 pacientes de ambos sexos con enfermedad cardiovascular seleccionados consecutivamente en el Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, La edad promedio de los participantes fue 56,25 años ($DE = 10,49$), con edades comprendidas entre 25-78 años, y una distribución por sexos de 307 hombres (84%) y 57 mujeres (16%).

Materiales/instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó el Cuestionario de depresión de Beck (BDI; Beck y otros, 1985), el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) y un Cuestionario adaptado del Inventario de Recursos Sociales (Díaz Veiga, 1987) para evaluar la Percepción de Apoyo de los Profesionales Sanitarios (Sanitary Professional Support Perceived), en la que se pide al paciente que valore el grado en que le proporcionan tres diferentes tipos de apoyo los profesionales de la salud, así como la satisfacción con los mismos: apoyo de tipo emocional, informacional y material. Se trata de aspectos funcionales del apoyo social. Las puntuaciones se distribuyen en una escala tipo Likert que va desde 1 (mínimo apoyo del profesional sanitario) hasta 7 (máximo apoyo del profesional sanitario). Además 12 meses tras el alta del programa se realizó una evaluación de seguimiento de la adherencia al tratamiento, donde se evaluaba el cumplimiento de las prescripciones pautadas en las siguientes áreas: alimentación, ejercicio físico, consumo de tabaco y ejercicios de relajación



Procedimiento

Las distintas pruebas psicométricas de recogida de datos fueron aplicados tanto al ingreso en el PRC como al finalizar el tratamiento, por lo que disponemos de datos de medida pre y postratamiento. Dicho tratamiento en la Unidad de RC tiene una duración de entre 8 y 12 aproximadamente dependiendo de la evolución y mejoría en los parámetros cardiovasculares de los pacientes que lo integran.

Además, transcurridos 12 meses tras el alta del programa se realizó una evaluación de seguimiento del mantenimiento de los resultados tras la participación en el PRC y de la adherencia al tratamiento, entendida ésta como el grado en el que los pacientes siguen en su vida diaria las recomendaciones recibidas en el programa en cuanto a hábitos de alimentación saludables, práctica regular de ejercicio físico, abandono del tabaco y realización de ejercicios de relajación y respiración. Las variables de estudio fueron: ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y percepción de apoyo de los profesionales sanitarios (SPSP).

Resultados

Los resultados obtenidos de las pruebas psicométricas aplicadas se encuentran reflejados en las Tablas 1 y 2. El análisis estadístico se realizó con el paquete de software SPSS 15.0 para Windows. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$. La comparación de medias se realizó mediante una prueba t de Student y para evaluar la interacción entre diferentes variables y los cambios (mejoría) psicológicos se planteó un modelo de regresión lineal múltiple.

En el grupo de hombres los resultados arrojan una reducción significativa al final del programa, respecto a la medida pretratamiento, en el estado de ansiedad ($p < 0,01$), el rasgo de ansiedad ($p < 0,01$) y niveles de depresión ($p < 0,05$). El apoyo percibido por los profesionales sanitarios (SPSP) se muestra muy similar al comienzo y final del programa, no hallando diferencias significativas. Sin embargo, en el grupo de mujeres los datos muestran también una reducción significativa en el estado de ansiedad ($p < 0,01$), rasgo de ansiedad ($p < 0,05$), pero no en los niveles de depresión (Tabla 4). En la variable SPSP tampoco se hallan diferencias significativas.

Analizando las diferencias entre los grupos de mujeres y hombres estudiados, los resultados muestran a nivel pretratamiento, recién ocurrido el evento cardiaco, los niveles de ansiedad y depresión observados son significativamente más altos en mujeres que en hombres ($p < 0,05$). Sin embargo, no se encuentran diferencias en cuanto a la percepción de apoyo por los profesionales sanitarios (SPSP, Sanitary Professional Support Perceived) (Tabla 3). Ambos sexos perciben el apoyo proporcionado de modo similar. Lo mismo ocurre después de haber recibido el tratamiento, momento del alta del paciente del programa, donde los resultados también muestra que los niveles de ansiedad y depresión continúan siendo significativamente mayores en mujeres que en hombres ($p < 0,05$), sin hallar diferencias en SPSP por sexo (Tabla 3).

Por último, la evaluación del mantenimiento de la adherencia en las áreas mencionadas a los 12 tras finalizar el programa ha sido realizada en 224 del total de 364 pacientes hasta la fecha (55%). Los datos obtenidos muestran un buen cumplimiento terapéutico en el seguimiento de la evaluación. Es notable el hallazgo de que cuando se introduce estos datos en el análisis de regresión logística, sólo la edad y el SPSP continuaron siendo significativos, ayudando a mantener el cumplimiento terapéutico. Este modelo de regresión permitió la clasificación correcta de 70,1% de los pacientes.



Tabla 1. Medidas pretratamiento.

<i>PRE</i>	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Error medio estándar</i>
Ansiedad Estado	Hombre	307	22,01	11,344	0,647
	Mujer	57	27,65	12,250	1,623
Ansiedad Rasgo	Hombre	307	21,32	10,021	0,572
	Mujer	57	27,58	10,428	1,381
Depresión	Hombre	307	8,00	5,924	0,339
	Mujer	57	12,28	9,595	1,271
SPSP	Hombre	307	16,09	4,076	0,238
	Mujer	57	16,05	4,578	0,612

Tabla 2. Medidas postratamiento.

<i>POST</i>	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Error medio estándar</i>
Ansiedad Estado	Hombre	307	19,25	10,913	0,623
	Mujer	57	23,77	11,889	1,575
Ansiedad Rasgo	Hombre	307	19,03	9,930	0,567
	Mujer	57	24,86	12,518	1,658
Depresión	Hombre	307	7,22	6,039	0,345
	Mujer	57	10,88	8,830	1,170
SPSP	Hombre	307	16,44	3,927	0,245
	Mujer	57	16,60	3,929	0,599

Tabla 3. Diferencia media entre mujeres y hombres.

	<i>Ansiedad Estado</i>		<i>Ansiedad Rasgo</i>		<i>Depresión</i>		<i>SPSP</i>	
	Dif M-H	p	Dif M-H	p	Dif M-H	p	Dif M-H	p
PRE	5,64	< 0,05	6,26	< 0,05	4,28	< 0,05	0,04	NS
POST	4,52	<0,05	5,83	<0,05	3,66	<0,05	0,24	NS

Tabla 4. Puntuaciones medias.

	HOMBRES			MUJERES		
	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>p</i>	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>p</i>
Ansiedad Estado	22,01	19,25	< 0,01	27,65	23,77	< 0,05
Ansiedad Rasgo	21,32	19,03	< 0,01	27,58	24,86	< 0,01
Depresión	8,00	7,22	< 0,05	12,28	10,88	NS
SPSP	16,09	16,44	NS	16,05	16,60	NS

Conclusiones

En un estudio, García Leguizamón (2008) revela que la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la patología cardiovascular en relación a los factores concernientes a la relación profesional sanitario-paciente se centra en una comunicación terapéutica eficaz y satisfactoria para los pacientes y sus familiares, que comprenden y siguen adecuadamente las indicaciones del profesional.

En esa línea, nuestro estudio apoya la importancia de la relación profesional sanitario-paciente en los PRC para el mantenimiento de los cambios en el estilo de vida a todos los niveles promovidos por el tratamiento a largo plazo (12 meses). De las tres dimensiones de apoyo evaluadas, parece ser que el apoyo emocional es el más útil independientemente de quien lo proporcione y que el apoyo informacional es



especialmente importante procedente de profesionales de la salud y no de otra fuente como familia o amigos (Dakof y Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984). Sin duda, la buena relación profesional sanitario-paciente en los PRC favorecerá la educación de los pacientes y sus familiares para adquirir y mantener un mejor estilo de vida, facilitando claramente la comunicación y el entendimiento de las recomendaciones por parte del paciente.

Por todo ello, es necesario cuidar este factor, ya que la adherencia de los pacientes a los programas de prevención secundaria a largo plazo es un factor clave en cuanto a su éxito y favorece la adquisición y el mantenimiento de un estilo de vida más saludable.

Referencias

- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. y Emery, G. (1985). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Bonilla Ibáñez, C.P. (2007) Diseño de un Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en Enfermería*, XXV, 46-55.
- Conthe, P. y Tejerina, F. (2007). Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Revista Española de Cardiología*, 7, 57-66.
- Dakof, G.A. y Taylor S.E. (1990). Victims' perceptions of social Support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- De la Calle Pérez, L., Barriopedro Moro, M.I. y Aznar Laín, S. (2004). Niveles de adherencia en postinfartados. *Kronos. La revista científica de actividad física y deporte*, 5, 19-25.
- Díaz Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández Ballesteros (Comp.), *El ambiente: un análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social*, 40, 77-98.
- García Leguizamón, M. (2008) *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de agosto de 2008*. Colombia: Departamento de Enfermería Clínica, Universidad Pontificia Javeriana.
- Herrera Lían, A. (2008). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de Enfermería (en línea)*, XXVI, 36-42. Recuperado el 5 de Julio de 2013 en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf
- Maroto Montero, J.M. y De Pablo Zarzosa, C. (2011). *Rehabilitación Cardiovascular*. España: Médica Panamericana
- Maroto, J.M. y de Pablo-Zarzosa, C. (1995). Ejercicio Físico y Corazón. *Fundación Española del Corazón*. Barcelona: Grupo Zeta.
- Rivas Estany, E. (1999). Fase de mantenimiento de la rehabilitación cardíaca. Características. *Revista Cubana Cardiología, Cirugía Cardiovascular*, 13, 149-157.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Wielgosz, A.T. y Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.