ORIGINAL

Factores relacionados con el cumplimiento terapéutico en EPOC. Análisis de la perspectiva de los pacientes

Calleja Cartón LA[1], Muñoz Cobos F[2], Aguiar Leiva V[3], Navarro Guitart C[2], Barnestein Fonseca P[4], Leiva Fernández F[3]

[1]Centro de Salud de Colmenar (Málaga)

[2]Centro de Salud El Palo (Málaga)

[3]Unidad Docente Multifactorial de AFyC Distrito Atención Primaria Málaga Guadalhorce

[4]Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)

CORRESPONDENCIA

Luis Antonio Calleja Cartón
E-mail: luisantcalleja@hotmail.com

Recibido el 14-08-2020; aceptado para publicación el 9-11-2020
Med fam Andal. 2021; 1: 11-24

PALABRAS CLAVE

EPOC, cumplimiento terapéutico, investigación cualitativa, atención primaria.

RESUMEN

Título: factores relacionados con el cumplimiento terapéutico en EPOC. Análisis de la perspectiva de los pacientes.

Objetivo: explorar qué factores condicionan que los pacientes con EPOC cumplan o incumplan el tratamiento inhalado prescrito, bajo su propio punto de vista.

Diseño: investigación cualitativa, exploratoria e interpretativa con metodología inductiva, basado en la Teoría Fundamentada.

Emplazamiento: estudio multicéntrico, tres centros de salud urbanos y uno rural.

Población y muestra: pacientes con EPOC con tratamiento inhalado continuado con perfil de informantes clave. Muestreo teorético, hasta saturación.

Intervenciones: se realizan entrevistas grupales, videograbadas y transcritas con un posterior análisis a nivel textual y conceptual, usando el método comparativo constante. El informe preliminar se devolvió a los participantes para su revisión. Segmentación por: medio rural/urbano, género, tabaquismo, cumplidores por medición objetiva. Programa Atlas.Ti.5.2.

Resultados: participaron 58 pacientes (edad media 68.59 años, 53 hombres, 46 de medio urbano, 17 fumadores) en 22 entrevistas. Categoría central explicativa del cumplimiento del tratamiento inhalado: afrontamiento activo de la enfermedad. El incumplimiento es reconocido como "de otros", siendo debido a actitudes personales negativas. El incumplimiento propio se relaciona con ineficacia o efectos adversos de los inhaladores y con creencias erróneas. En las mujeres se relaciona con el rol de cuidadora y en medio rural con la relación médico-paciente y el apoyo social.

Conclusiones: los pacientes relacionan cumplimiento y afrontamiento activo de la enfermedad. El incumplimiento de otros se atribuye a factores internos, el propio se justifica por factores externos.

KEYWORDS

COPD, therapeutic compliance, qualitative research, primary care.

ABSTRACT

Title: Factors associated with therapeutic compliance in COPD. An analysis of the patient's perspective.

Aim: To explore what factors, according to patients, influence their compliance or non-compliance with the prescribed inhaled therapy for COPD.

Design: Interpretive, exploratory, qualitative research using the inductive method, based on the Grounded Theory approach.

Setting: A multicentre study involving three urban and one rural primary care centres.

Population and sample: Patients with COPD on continuous inhaled therapy, and role of key informants. Theoretical sampling until saturation.

Interventions: Group interviews were conducted and video-recorded. The videotapes were then transcribed and an analysis carried out at the text and concept level, using the constant comparative method. The preliminary report was returned to participants for review. Segmentation was conducted by: rural/urban environment, gender, smoking, objective measurement of compliance. Atlas.Ti.5.2. software.

Results: A total of 58 patients (mean age was 68.59 years, 53 were male, 46 from urban areas, 17 smokers) took part in 22 interviews. Core category explaining compliance with inhaled therapy: active coping with the disease. Non-compliance is regarded as "of others" and is due to negative personal attitudes. Self non-compliance is associated with inefficacy or side effects of inhalers, and with erroneous beliefs. In women, non-compliance is associated with the role of carer, and in rural areas with doctor-patient relationship and social support.

Conclusions: Patients associate compliance with active coping with the disease. Non-compliance of others is attributed to internal factors, whereas self non-compliance is explained by external factors.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada al hábito de fumar[1, 2]. Es una enfermedad pulmonar asociada a múltiples comorbilidades[3]. En España, con alrededor del 60% de los datos obtenidos de una muestra final de 10.200 personas en el estudio EPISCAN-II, se cifra la prevalencia en el 11,8% de la población mayor de 40 años, siendo las diferencias significativas entre hombres y mujeres, con una prevalencia del 14,6% y del 9,4%, respectivamente. Se incrementa con la edad hasta un máximo del 34,7% en hombres y del 26,1% en mujeres pasados los 80 años. [4]

Con respecto al curso de la enfermedad, durante un largo periodo puede ser asintomática[3]. La progresión se basa en la persistencia del tabaquismo y en la disminución progresiva del FEV1, poco relacionado con la intensidad de los síntomas[5].

Lo que los pacientes conocen de las enfermedades no coincide con la perspectiva de los profesionales ni con las aportaciones de los estudios científicos. La visión de los pacientes se centra en la sintomatología, el estado general de salud y la alteración de la calidad de vida ocasionada por la enfermedad. Estos son los denominados "resultados reportados por el paciente[6]" que actualmente se incluyen en los ensayos clínicos para evaluar efectividad y seguridad de nuevos fármacos[7]. Los aspectos más estudiados bajo esta perspectiva han sido las repercusiones en la vida diaria[8] y las exacerbaciones[9,10,11].

Los objetivos generales del tratamiento de la EPOC son reducir los síntomas de la enfermedad y la mortalidad, mantener la capacidad funcional, prevenir la incapacidad, disminuir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones e ingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida. Destaca por encima de todas las intervenciones, el abandono del hábito tabáquico, la única medida eficaz para detener la progresión de la enfermedad[12]. Otras medidas no farmacológicas serían[13]: nutrición, actividad física, rehabilitación respiratoria, vacunación, oxigenoterapia crónica domiciliaria y ventilación mecánica no invasiva. La base del tratamiento farmacológico de la EPOC estable son los inhaladores, siendo

imprescindible una correcta técnica de uso y una adecuada adherencia al tratamiento que se cifra entorno al 40%-57%[14,15,16]. Se han determinado múltiples factores relacionados con la adherencia[17], dependientes del régimen terapéutico, psicosociales, dependientes de la enfermedad y dependientes de la interacción con el profesional. Entre los factores psicosociales, destacan las creencias de los pacientes sobre el tratamiento inhalado: la mayoría de los pacientes con EPOC ven el uso de inhaladores como un estigma social y prefieren un tratamiento no inhalado[18], manifestando los problemas que les ocasiona la técnica[19]. Suelen evitar el uso público de los inhaladores, sobre todo en las mujeres con EPOC[20]. Asocian su uso a estadios avanzados de la enfermedad y a que, una vez se empiezan a usar, serán "para toda la vida"[19]. También muestran dudas sobre su necesidad, preocupación por los potenciales efectos adversos y opiniones relativas a una sobreprescripción de medicamentos y efecto dañino de los mismos[18]. Existe miedo a la "adicción" y múltiples dudas sobre la eficacia de esta medicación[21]. Esta confusa perspectiva de los pacientes respecto a la adherencia a la terapia inhalada ha sido insuficientemente explorada en el caso de la EPOC[22,23,24].

El objetivo del presente estudio fue explorar qué factores explican que los pacientes con EPOC cumplan o incumplan el tratamiento inhalado prescrito, bajo su propio punto de vista.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio tuvo lugar en el ámbito de atención primaria de la provincia de Málaga, con participación de tres centros de salud urbanos y uno rural, todos de nivel socioeconómico medio-bajo (Tabla 1).

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio e interpretativo con metodología inductiva, basado en la Teoría Fundamentada[25].

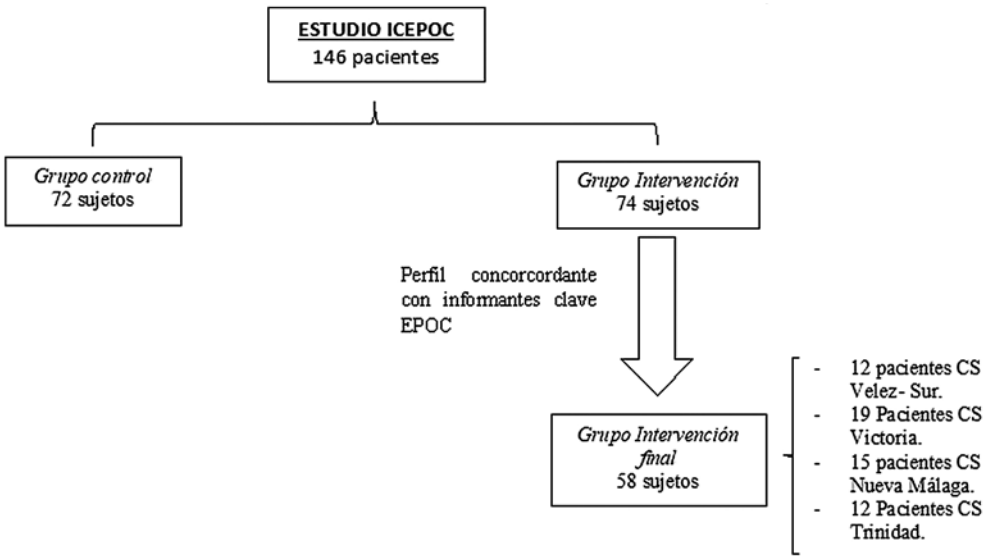
Los participantes en el estudio pertenecían al subgrupo de intervención del estudio ICEPOC[26], ensayo clínico aleatorizado que valoró la eficacia de una intervención multifactorial sobre adherencia terapéutica en EPOC en atención primaria, en el que se reclutaron 146 pacientes, mediante muestreo no probabilístico; posteriormente se aleatorizaron, formándose el grupo de estudio (n=72), constituido finalmente por 58 pacientes (pérdidas por no localización o rechazo a participar) que son los participantes en esta investigación cualitativa (figura 1).

Los **criterios de inclusión** fueron: diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría, recibir atención sanitaria en los Centros de Salud Nueva Málaga, Victoria, Trinidad y Vélez Sur, tener prescrito tratamiento inhalado con pauta fija diaria y aceptar participar en el estudio mediante consentimiento informado. Se **excluyeron** pacientes con otros procesos respiratorios no EPOC

Tabla 1. Características de los centros de salud y distribución del número de participantes

CENTRO DE SALUD	CARÁCTER	POBLACIÓN	NIVEL SOCIOECONÓMICO	NÚMERO PARTICIPANTES	GRUPOS
Trinidad.	Urbano	25.398	Población menos envejecida que el resto de centros; extranjeros procedentes de la UE.	12	1, 2,3, 4 y 5.
Nueva Málaga	Urbano	19.574	Medio	15	6, 7, 8, 9 y 10.
Vélez Sur (Axarquía)	Rural	22.297	Medio-Bajo	12	11,12,13 y 14
Victoria	Urbano	23.981	Marcados índices de desempleo y analfabetismo; así como elevada tasa de inmigración.	19	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22.

Figura 1. Flujograma de pacientes del estudio



y aquellos con problemas físicos o psíquicos que impedían participar en el estudio.

La **recogida de datos** se realizó mediante entrevista individual. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia) y de la enfermedad (persistencia en el hábito de fumar, gravedad, presencia de reagudizaciones). Se explicó y firmó el consentimiento informado y se entregó un dispositivo automático de recuento de dosis (dóser) para evaluar la adherencia terapéutica por medios objetivos como criterio de segmentación para el análisis. Se consideró adherente, al paciente que tomó entre 80-110% de las dosis prescritas[27].

Las entrevistas grupales videograbadas se realizaron entre abril de 2008 y noviembre de 2009, en el centro de salud de referencia de los pacientes, duraron 90 minutos. En cada grupo existió un moderador y un observador y se utilizó un guión como estructuración de contenidos, que no se formuló literalmente, sino que se acomodó al contexto.

El material videograbado se transcribió literalmente siguiendo los criterios de transcripción de Jefferson[28] que permiten registrar en un texto escrito información no verbal, paraverbal y contextual en situaciones de interacción. Para el análisis se utilizó el programa *Atlas.Ti* versión 5.2[29].

Las etapas generales del análisis se pueden clasificar en un nivel textual y otro conceptual:

- En el **nivel textual** realizamos: la preparación de datos primarios (paso a rtf.), lectura y relectura de las transcripciones, la segmentación del texto en citas, la codificación inicial: categorización de segmentos de los datos en un nombre corto que resuma y explique cada uno de los fragmentos de los datos[30]; la codificación focalizada con revisión de los códigos emergentes, eliminando errores y fusionando aquellos redundantes; la ordenación de los códigos en familias, en base a elementos comunes de los códigos entre sí y a diferencias con el resto. Se incluyeron *familias*: 1) Iniciales (en base a las preguntas de investigación). 2) Emergentes (no previstas inicialmente, emergieron en el análisis, como parte del método inductivo). 3) Segmentación (análisis de grupos diferenciados de participantes: mujeres, fumadores activos, medio rural, cumplidores por métodos objetivos, dóser).

La *saturación*, correspondió al momento del análisis en el que ya no emergieron categorías, relaciones o propiedades nuevas (empleo sistemático en el programa informático de la opción "code by list"). Mediante el llamado *memoing*, realizamos anotaciones que contenían comentarios, resúmenes o interpretaciones surgidos en cualquier momento durante el análisis; incluyendo los pasos del proceso analítico y de las decisiones que se fueron tomando.

- En la etapa correspondiente al **nivel conceptual** se establecieron redes de las relaciones entre los códigos mediante *links*. Los nodos de alto grado (alto número de relaciones con otros códigos) constituyeron las categorías y el análisis de la red nos permitió visualizar las subcategorías y estructura jerárquica. A través de la recuperación de citas mediante operadores booleanos y semánticos, apoyamos o desmentimos las relaciones entre categorías. La *segmentación* consistió en identificar subgrupos en base a: revisión bibliográfica, objetivos de la investigación e información emergente del análisis. Una vez alcanzada la saturación analítica, se procedió a la elaboración de la teoría, la integración de la información contenida en las categorías en un informe, que pretendía responder al objetivo del estudio, en un primer momento provisional, y posteriormente definitivo, tras presentar los resultados a los participantes que pudieron modificar, matizar y/o aprobar.

Los procedimientos de rigor metodológico utilizados en esta investigación[31] fueron los recogidos en la tabla 2.

Tabla 2. Procedimientos de rigor metodológico utilizados en este estudio

Credibilidad	• Devolver a los pacientes participantes los resultados del estudio para su validación. • Utilizar palabras de los participantes en la codificación • Recogida previa de la visión del equipo investigador • Explicitar la estrategia de búsqueda bibliográfica y sus modificaciones.
Confirmabilidad	• Recogida de datos por parte de investigadores no implicados en seguimiento clínico de los pacientes. • Realización del análisis por investigadores no implicados en el seguimiento clínico ni en la recogida de datos.
Conformabilidad	• Recogida precisa de todos los pasos realizados durante la investigación, a fin de poder ser reproducidos. • Triangulación. • Contraste entre investigadores.
Transferibilidad	• Recogida de datos contextuales suficientes y de calidad. • Criterios de inclusión precisos. • Criterios de segmentación explícitos.

RESULTADOS

Se realizaron 22 entrevistas grupales con los 58 pacientes finalmente incluidos en el estudio. El perfil del participante corresponde a un hombre de 68 años de edad de bajo nivel cultural, con diagnóstico de EPOC de cinco años de evolución, nivel de gravedad moderado, fenotipo no agudizador (75,9% < 2 reagudizaciones/año) y exfumador. Tiene pautado tratamiento anticolinérgico, beta 2 adrenérgico y corticoide inhalado pero no sigue correctamente la pauta de tratamiento. Hablamos de cumplimiento terapéutico por ser el término utilizado en las entrevistas grupales por los pacientes. Para éstos, cumplimiento e incumplimiento son dos conceptos diferentes: incumplir no es considerado lo contrario de cumplir. La base de la diferencia está en que el cumplimiento se define como una conducta generalmente propia, activa y voluntaria, flexible (con excepciones justificadas). El incumplimiento se define como una conducta "de otros" y aparece relacionado con actitudes mantenidas y persistentes, valoradas como pasivas o negativas. El incumplimiento propio no aparece como tal sino en forma de olvidos puntuales que no se consideran incompatibles con el cumplimiento, o por causas justificadas como la falta de efectividad o efectos adversos. Cumplimiento e incumplimiento pueden funcionar "a saltos", se alternan en distintos momentos en la misma persona y pueden ser específicos para unos tratamientos sí y otros no. Los sujetos del estudio consideran que cumplir con el tratamiento se asocia más a la toma de pastillas que al uso de la terapia inhalada, el abandono del tabaco no lo consideran parte del tratamiento (seguir fumando no es incumplimiento), se definen en general como cumplidores, sin embargo, en el recuento de dosis solo el 40% mostró ser cumplidor.

La **categoría central** asociada al cumplimiento es el **afrontamiento activo de la enfermedad** (Tabla 3), que incluye las subcategorías: 1) *Valoración positiva del efecto* del tratamiento, basándose en la percepción de la necesidad (cumplen el tratamiento porque notan que lo necesitan, al considerar la gravedad de su situación clínica) y en la percepción de beneficio (los pacientes sienten mejorar con el uso del inhalador). 2) *Mentalizarse:* preparar o predisponer la mente de modo determinado para incluir la acción de tomar el medicamento. 3) Reconocer la *capacidad de intervenir en la enfermedad* o *autoeficacia,* mostrando que la percepción de la capacidad propia de participar activamente en el control de la enfermedad lleva a cumplir con el tratamiento. 4) Contar con *apoyo familiar*: 5) *Acostumbrarse:* idear y mantener conductas activas para "rutinizar" el cumplimiento del tratamiento, maniobras para evitar olvidos y mejorar el cumplimiento. 6) S*eguir activamente las indicaciones médicas* incluyendo una actitud activa frente al tabaquismo (determinación para dejar de fumar).

Los participantes consideran que el incumplimiento no es una conducta propia, sino que la refieren a otras personas. La **categoría central asociada al incumplimiento de otros** son las **actitudes personales negativas.** Incluye las subcategorías: *Impaciencia (*falta de efecto rápido y visible del tratamiento que desemboca en una frustración de expectativas y abandono del tratamiento), *indisciplina* (falta de capacidad para esforzarse en realizar conductas obligatorias), *incultura* (no como nivel de instrucción sino como tendencia a no tener interés por informarse, por aprender), *falsa fortaleza* (dificultad para reconocer las limitaciones y necesidades) y *pereza* (tendencia a la dejadez, incapacidad de esforzarse). Cuando consideran **el incumplimiento propio** lo justifican en base a la **valoración negativa o confusa del efecto** del tratamiento inhalado (tabla 4), debido a *percepción de la falta de efecto* (no notar mejoría), *presencia de efectos adversos* (abandonan la medicación si notan que les sienta mal) y múltiples *creencias erróneas respecto al tratamiento inhalado* que lo consideran perjudicial (tabla 5).

En el análisis de subgrupos de pacientes, se observa que las **mujeres** manifiestan d*udas sobre la relación de la enfermedad con el tabaco*. Exponen como causas: factores genéticos, resfriados, pinturas y productos de limpieza, sobrepeso.

Los síntomas más relevantes para ellas, además de la disnea, son los "pitos". Existe entre las mujeres una percepción mayor de beneficios con *tratamientos no farmacológicos* (balneoterapia, fisioterapia respiratoria, andar, y llevar una vida sana) y *una actitud más activa frente a la enfermedad*. Esta actitud se aprecia en los siguientes aspectos: toman la decisión de dejar de fumar; admiten como posibilidad una mejoría de la EPOC mostrando una mayor capacidad de influir en la evolución de la enfermedad y

Tabla 3. Categorías y subcategorías identificadas respecto al cumplimiento e incumplimiento terapéutico

CUMPLIMIENTO	
1.- Categoría central:	**Descripción**
Actitud activa hacia la enfermedad	Estilo de afrontamiento en el que la persona se enfrenta al problema, busca soluciones, trata de mejorar sus condiciones de vida con la enfermedad.
2.- Subcategorías:	**Descripción**
Valoración positiva del efecto: . Percepción de necesidad. . Percepción del beneficio.	Reconocimiento del tratamiento como beneficioso para la persona porque: o Necesita utilizarlo para mejorar o evitar los síntomas. o Nota un efecto favorable de la medicación.
Mentalización	Preparación de la mente para incluir la acción de tomar el tratamiento.
Autoeficacia	Percepción de la capacidad propia de participar activamente en el control de la enfermedad.
Valoración positiva del apoyo familiar	Percepción de la ayuda de la familia en el cumplimiento del tratamiento.
Acostumbramiento	Incorporación del tratamiento a la rutina habitual.
Seguimiento de indicaciones médicas.	Cumplimiento del tratamiento por recomendación médica.
INCUMPLIMIENTO	
***DE OTROS*:**	
1.- Categoría central	**Descripción**
Actitudes personales negativas	Características o formas de ser de otras personas a las que se atribuye el incumplimiento.
2.- Subcategorías	**Descripción**
Impaciencia	Búsqueda de un efecto rápido y visible del tratamiento.
Descuido/falta de disciplina	Actitudes de descuido, de incapacidad de seguimiento de las normas.
Incultura	Bajo interés por informarse.
Falsa fortaleza	Presentarse como persona fuerte frente a los que necesitan tomar el tratamiento.
Pereza	Incumplimiento por inhibición de la acción debido a no estar dispuesto al esfuerzo que ésta precisa.
Otras: No necesidad	El paciente incumple porque no percibe necesitar la medicación inhalada.
***PROPIO*:**	
Categoría central	Descripción
Valoración dudosa o negativa del efecto	Falta de constancia de que el tratamiento inhalado les beneficie.
Subcategorías	Descripción
Falta de efecto	No notar mejoría con el uso del tratamiento inhalado.
Efectos adversos	Incumplimiento porque se producen consecuencias negativas del uso del tratamiento inhalado.
Creencias erróneas	Se incumple el tratamiento por creer que es negativo su uso continuado, a la dosis prescrita y/o que produce acostumbramiento.

Tabla 4. Consideración del efecto del tratamiento, citas ejemplo

CONSIDERACIÓN DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO	
NOTAR EFECTO	**NO NOTAR EFECTO**
Notar entrada del inhalador: *P3.2: Yo incluso noto el sabor de aquello, del Spiriva, el saborcito así como agridulce.* *P15.1: 1: Sí, ssshhhhhh ((gesticula aspirando)). Se nota, un polvillo aquí ((se señala la garganta)).* *P18.1: Y hace ruidito la pastilla cuando la preparas.*	**No Notar entrada del inhalador:** *P12.3: Yo no lo noto, yo no noto nada.* *P22.1: Pero no lo noto ni por sabor, ni:: porque esto no tiene sabor. Simplemente que al hacer la inspiración grande y retenerlo un poquitín, porque me dijeron que había que retenerlo, pero no noto sabor ni nada.*
Resfriarse menos: *P1.1: Pues yo, en mi caso en esta época cada dos por tres cogía una gripe, y cuando empecé el tratamiento, cogí otra vez la gripe y desde entonces nada.*	**Efecto poco relevante:** *P3.3: No es como si te duele la cabeza y siempre de toda la vida ha dicho uno tómate una aspirina. Yo tomaba la aspirina y al rato tu decías oye es verdad que se me ha quitado el dolor, esto no, esto a lo mejor alivia pero que no es una mejoría de decir... Que antes no podía correr y ahora corro.*
Reducir los síntomas: *P4.2: Hombre, yo antes le decía a mi mujer, chiquilla si se me ha quitado los pitos y a mí el pecho no me duele* *P17.3: Y parece que me encuentro un poquillo mejor. Parece que me asfixio un poquillo menos´.*	**Ausencia de efecto:** *P6.3: Eso es lo que me pasa a mí también que yo no noto diferencia antes y después.* *P7.M: ¿Con la medicación no se encuentra mejor?. P7.1: Con medicación ni sin medicación, yo no respiro bien.* *P20.1: Me la estoy tomando, pero, vamos, que yo lo sé que no me hace nada.*
Mayor capacidad funcional: *P1.1: Yo ahora, incluso subir escaleras,....y nada de ahogos.* *P3.3:... yo encuentro mejoría, yo no podía ni agacharme para los cordones de los zapatos.*	**Dudas sobre el efecto:** *P3.3: Ahora que haga el efecto que tiene que hacer no sé.* *P14.2: Las medicinas no puedo decir yo si me hacen o no me hacen.* *P12.2:... ahora, el efecto que eso hace ahí dentro o lo que pasa, yo no sé por dónde sale. Porque eso ya escapa, al menos a mis conocimientos de lo que es::: yo que sé dónde irá eso:: pues irá:::: cuando está compuesto es porque algo::: algo hará.*
Beneficio por defecto; se nota si no se utilizan: *P3.2: Yo sé que si no me lo tomo, yo me lo noto...* *P8.2: ...pero cuando no me hago los aerosoles, caigo de momento.*	**Falta de respuesta esperada:** *P8.1....llevo ocho años tratándome la enfermedad y yo no encuentro que esa mucosidad blanca pegajosa se me quite...* *P13.3: ...yo lo que veo que, que hará algo, pero no lo que uno quiere.*
Tarda poco en hacer efecto: *P17.2: ..... el alivio lo siento:::: pues a los dos minutos, siento el alivio.*	**Tarda mucho en hacer efecto:** *P11.3: Tarda a lo mejor un tiempo, pero se quita.*

una mayor percepción de autoeficacia; animan a otros participantes a la adopción de hábitos de vida saludables; existe un reconocimiento de la mejoría con el tratamiento inhalado, notan

Tabla 5. Creencias erróneas sobre los inhaladores, citas ejemplo

Son "malos":	*P8.1: ...y me mandaba aerosoles y mi hija "no te lo pongas mamá, que eso no es bueno.. pues no iba a mejor, iba a peor*
Cuando se inician ya no se pueden dejar:	*P12.4: Esa medicación cuando te la ponen, es para siempre.*
Producen "acostumbramiento":	*P5.2: Yo lo tomo una vez por la mañana y para no acostumbrarme, cuando estoy muy fatigoso por la noche... pero yo nada más quisiera tomarlo por la mañana para no acostumbrar mucho al cuerpo...*
Es mejor usarlos lo menos posible	*P13.2: Yo lo único que quiero es usar menos de esto...y si puedo, mientras menos mejor.*
	P13.2: esto lo tengo (provisional) como aquel que dice, para el caso de una asfixia, que:: mejor me paro un poquito, andando, me paro, que no la tomo, por tal de evitar:: porque esto, quieras o no quieras (), no lo sé.
En general "no gustan":	*P12.M: ¿Y les resulta complicado, el tomarse los inhaladores?* *P12.3: No, no me gusta, pero no es complicado.*

el efecto y manifiestan cierto optimismo ante la evolución de la enfermedad.

El cumplimiento para ellas está basado en la *necesidad* (valoración positiva del efecto) y de forma coherente con esto, el incumplimiento de otros se atribuye a la "no necesidad" mientras que, en el incumplimiento propio, destaca la autodosificación y el abandono de la pauta prescrita tras la mejoría así como la influencia del rol de *cuidadoras* de la familia, con olvido de sí mismas.

Los pacientes del **medio rural** destacan la *relación médico-paciente,* mostrando la importancia de la relación de cercanía, de la comunicación efectiva y del criterio de indicación médica para el cumplimiento. Los pacientes del medio rural destacan mucho los *beneficios del aire libre y el campo*, su medio natural, con importante papel en la mejora de la respiración, así como los beneficios del ejercicio y actividad física en general. El cumplimiento en ellos está basado en la necesidad, justificando el incumplimiento por no utilidad de los inhaladores. Los aspectos de apoyo familiar y social son especialmente señalados por estos pacientes. Están presentes las *falsas creencias* respecto al tratamiento inhalado ("mejor usar poco el inhalador") y respecto al tabaquismo (fumar "poco" no es perjudicial).

Los **fumadores** atribuyen la EPOC a "*otras causas*" distintas del tabaco. Manifiestan importantes dudas respecto a la responsabilidad del tabaco en la enfermedad y dan "razones" para seguir fumando: se percibe como no nociva una cierta cantidad de tabaco, lo que en algún caso se describe como una afirmación hecha por el propio médico; aunque se deje de fumar no se cura la enfermedad; existencia de personas longevas que han fumado mucho y no les ha dañado el tabaco; los propios profesionales sanitarios son fumadores. El incumplimiento lo basan en el escepticismo (dudas acerca del beneficio del tratamiento inhalado). El principal argumento para cumplir con el tratamiento es basándose en la necesidad, tanto cuando se habla del cumplimiento de otros como del propio.

Los **cumplidores** confirmados por el recuento de dosis expresan actitudes activas frente al

tabaquismo. Existe un reconocimiento expreso y tajante del efecto negativo del tabaco como causa de la enfermedad y como factor de progresión, tanto en los pacientes que han dejado de fumar como en los que mantienen el hábito. Los pacientes cumplidores manifiestan una actitud activa respecto a la toma del tratamiento, mostrando decisión, responsabilidad personal y "mentalización", incluso aunque no se note el efecto.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, los pacientes con EPOC muestran su visión sobre la adherencia al tratamiento inhalado, relacionándose ésta con una actitud de afrontamiento activo frente a la enfermedad y considerando el incumplimiento como una conducta ajena atribuible a factores internos.

La categoría central explicativa del **cumplimiento** definida como "actitud activa hacia la enfermedad", se caracteriza por la adopción de un afrontamiento activo frente a ésta por parte del paciente, considerándola como un reto[32]. Contrasta con los resultados de otra investigación[33] que muestra que las estrategias que predominan en los pacientes con EPOC son las que implican la aceptación de la enfermedad como una situación inevitable, quedando en un segundo plano la búsqueda de soluciones o la petición de apoyo. Este aspecto es importante debido a la relación entre estilo de afrontamiento pasivo y estado de ánimo negativo[34] y por la afectación de las emociones negativas en la calidad de vida de las personas con EPOC[35].

La relación entre cumplimiento y percepción de la necesidad (vulnerabilidad percibida) y autoeficacia es concordante con otros estudios que encuentran que percibir una mayor susceptibilidad o vulnerabilidad ante la enfermedad se asocia a un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas de salud[36]. La autoeficacia es una creencia que afecta a la adherencia especialmente en aquellos tratamientos en los cuales es preciso que el paciente ponga en práctica ciertas habilidades o destrezas. Las expectativas de autoeficacia funcionan como un factor motivacional y determinan, en gran medida, la elección de actividades, el esfuerzo y la persistencia en las tareas elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales[37]. Otro componente del afrontamiento activo relacionado con el cumplimiento en estos resultados, el apoyo familiar, también se ha puesto de manifiesto en otros estudios que muestran que el apoyo social percibido, si bien apoyo familiar y social no son estrictamente coincidentes, mejora el cumplimiento del régimen terapéutico del paciente con EPOC[38].

Otro de los hallazgos es la diferente atribución al incumplimiento que realizan los pacientes según se trate del propio o del de otros. El incumplimiento propio es justificado por causas externas, por "cómo es" el tratamiento (no hace efecto, olvidos involuntarios o efectos adversos), mientras el incumplimiento de los demás es debido a "cómo son" (características personales negativas de los otros: descuido, pereza…). Ello puede explicarse según la Teoría de la Atribución[39]: las atribuciones externas son usadas para explicar la propia conducta y permiten de algún modo "eludir la responsabilidad" y las atribuciones internas (por factores de la propia persona) son usadas al evaluar conductas ajenas, esto se aplica especialmente en aquellas situaciones en que las personas se enfrentan a resultados inesperados o se desvían del curso normal de acción, como pueden ser las enfermedades crónicas. Jones y Nisbett establecieron la teoría de las diferencias actor-observador[40] que marca la creencia acerca de la existencia de un núcleo central de personalidad que está detrás de la conducta externa de otras personas, especialmente cuando se da una transgresión o violación de la norma social, como puede considerarse al incumplimiento terapéutico, de forma que en las explicaciones de la conducta ajena sea frecuente utilizar explicaciones basadas en características internas de la persona, dando menor importancia a las condiciones situacionales en que se produce esa conducta, mientras que al evaluar la conducta propia se tiende a responsabilizar a las circunstancias: las heteroatribuciones tienden a ser internas, las autoatribuciones tienden a ser externas. Dicho sesgo es también atribuible a los profesionales sanitarios, pues podemos justificar el incumplimiento de los pacientes en factores personales y no considerando las circunstancias situacionales que determinan gran parte de las conductas.

Puede influenciar también la no consideración de los pacientes como incumplidores a pesar de

que solo el 40% lo son, el sesgo de deseabilidad social, ya que el incumplimiento es una conducta socialmente reprobable que son reticentes a admitir como tal en la entrevista grupal.

La presencia de creencias erróneas respecto al tratamiento inhalado y su relación con el incumplimiento propio son concordantes con otros estudios[41,42]: cada vez se necesita más dosis, pierden eficacia con el tiempo y producen efectos sistémicos importantes, manifestando miedo a realizar el tratamiento.

En cuanto al análisis de subgrupos, en las **mujeres**, las dudas sobre el tabaco como causa pueden deberse a que entre ellas es frecuente la situación de no haber fumado nunca (55,3% según estudio EPI-SCAN). La relevancia que otorgan a los sibilantes concuerda con una mayor frecuencia de hiperreactividad bronquial en ellas[43] y con un efecto mayor de los corticoides inhalados[44]. Estas diferencias pudieran mediar en la diferente perspectiva ante la enfermedad, al ser la hiperreactividad una situación potencialmente más reversible. Se ha estudiado el diferente estilo de afrontamiento de hombres y mujeres, con resultados dispares[45,46]. En algunos casos se ha encontrado que las mujeres utilizan más frecuentemente estilos activos, como la búsqueda de apoyo social, mientras que los hombres utilizan más frecuentemente estrategias de evitación de problemas y estilos pasivos[47]. El incumplimiento por autodosificación puede relacionarse con la mayor tendencia a la automedicación por parte de las mujeres. La influencia del rol de cuidadora familiar en el incumplimiento se ha constatado como una consecuencia del segundo plano en que la mujer coloca su autocuidado[48].

En el **medio rural** el cumplimiento se ve influido por el apoyo social recibido. Los aspectos de apoyo familiar y social son especialmente señalados por estos pacientes, probablemente por la mayor red social de las personas en el medio rural. Las relaciones familiares se establecen en claves de fuerte sentimiento de pertenencia y comunicación basada en redes de parentesco, sobre todo en personas mayores[49]. Los pacientes del medio rural destacan los beneficios del campo por ser su medio natural, relacionado con aire más limpio y mostrando la influencia del contexto en la percepción de las enfermedades. También destacan los beneficios del ejercicio ya que la actividad física no reglada suele ser mayor en el medio rural.

Los **fumadores** son más escépticos respecto al papel del tabaco en la enfermedad y a los efectos del tratamiento inhalado como justificación para seguir fumando (*disonancia cognitiva*)[50], debido a la contradicción entre el mantenimiento de la conducta de fumar y su efecto negativo sobre la enfermedad, que le crea una importante tensión interna por conflicto entre ideas, creencias, actitudes y acciones. Para reducir la disonancia cognitiva genera distintas respuestas: considerarse fumador "moderado", dudar de los perjuicios del tabaco, relativizar la importancia de estar sano.

Los pacientes **cumplidores objetivos** mantienen una coherencia en las actitudes activas hacia la EPOC, incluyendo acciones frente al tabaquismo y cumplimiento del tratamiento, mostrando la consonancia entre cogniciones y actos.

Con respecto a las **limitaciones** de este estudio, la metodología cualitativa está sometida a una crítica continua acerca de su validez debido a su *subjetividad en la interpretación*. Se considera el concepto de sensibilidad teorética, que coloca al investigador dentro de la investigación en continua interacción con los datos en función de su experiencia y formación previa en todos los ámbitos[51]. También puede discutirse si el número de entrevistas realizadas es suficiente; el número de individuos a incluir es un debate abierto en investigación cualitativa[52] ya que no se calculan tamaños muestrales y la condición de tamaño idóneo es en referencia a criterios de saturación.

Como líneas futuras de investigación se proponen diseñar y validar instrumentos para la valoración de las creencias de los pacientes con EPOC respecto al tratamiento inhalado así como evaluar intervenciones destinadas a su modificación para mejorar la adherencia terapéutica.

Con los resultados del estudio, podemos proponer **aplicaciones en la práctica clínica** que mejoren el cumplimiento del tratamiento inhalado en la EPOC: fomentar la actitud de afrontamiento activo ante la enfermedad, favoreciendo el proceso cognitivo de valoración de la enfermedad como reto, resaltando los recursos de la propia persona, fomentando el apoyo social y mostrando

al propio sistema sanitario como parte de esa red de apoyo. También debemos fomentar la percepción de la necesidad de uso del tratamiento y del beneficio de los inhaladores, la capacidad de control (autoeficacia) así como la rutinización del tratamiento.

En cuanto a la aplicación práctica en los grupos específicos: en las *mujeres* podemos incluir este grupo entre las prioridades para la deshabituación tabáquica debido a la menor importancia que otorgan al tabaco como causa, y fomentar el autocuidado frente a su papel de cuidadoras. En cuanto a los participantes del *medio rural*, podemos utilizar en la educación sanitaria el reconocimiento de los beneficios del campo y el aire libre mediante el fomento de la participación en este tipo de actividades.

Como **conclusiones**, destacamos que los pacientes con EPOC entrevistados muestran la existencia de una relación entre el cumplimiento del tratamiento inhalado y el afrontamiento activo de la enfermedad. El incumplimiento es reconocido como de otros, en relación con actitudes personales negativas. El incumplimiento propio se justificaría por la valoración negativa o confusa del efecto del tratamiento e incluiría la falta de eficacia, la presencia de efectos adversos y las creencias erróneas acerca de los inhaladores.

El presente estudio no tuvo financiación alguna ni los autores del mismo declaran ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celli BR, MacNee W. ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. EurRespir J. 2004; 23(6):932-46.

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc. (GOLD). Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2020 Report). Fontana, USA; 2020

3. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Catalán Serra P. Impacto multidimensional de las exacerbaciones de la EPOC. Arch Bronconeumol. 2010;46(11):12-9.

4. Negrete B. "EPI-Scan 2": el primer mapa completo de la EPOC en España. Redacción Médica [Internet]. 2019 [citado 21 octubre 2020];. Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/secciones/neumologia/-epi-scan-2-el-primer-mapa-completo-de-la-epoc-en-espana-4123

5. Oga T, Nishimura K, Tsukino M, Sato S, Hajiro T, Mishima M. Exercise capacity deterioration in patients with COPD: longitudinal evaluation over 5 years. Chest 2005;128(1):63-9.

6. Moya V, Nieto D, Marín JM. Parámetros de evaluación reportados por el paciente en la EPOC. Arch Bronconeumol. 2010;46(8):15-9.

7. Food and Drug Administration. Guidance for industry: patient-reported outcome measures. Use in medical product development to support labelling claims: draft guidance. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2006.

8. Muñoz Cobos F, Acero Guasch N, Cuenca del Moral R, Barnestein Fonseca P, Leiva Fernández F, García Ruiz A. Cómo vivir con EPOC: percepción de los pacientes. Anal Psicol. 2016;32(1):18-31.

9. Miravitlles M, Anzueto A, Legnani D, Forstmeier L, Fargel M. Patient´s perception of exacerbation of COPD. The PERCEIVE study. Respir Med. 2007;101(3): 453-60.

10. Kessler R, Ståhl E, Vogelmeir C, Haughmey J, Trudeau E, Löfdahl CG et al. Patient understanding, detection and experience of COPD exacerbation. An observational, interview-based study. Chest. 2006;130(1):133-42.

11. Calleja Cartón LA, Muñoz Cobos M, Cuenca del Moral R, García-Ruiz AJ. Cómo vive el paciente con EPOC las reagudizaciones. Estudio cualitativo en medio hospitalario. Med Fam And. 2015;16(1):19-40.

12. Jiménez-Ruíz C, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2013; 49:354-63.

13. Bourbeau J, Julien M, Maltais F. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch Intern Med. 2003;163(5):585-91.

14. Cramer JA, Bradley-Kennedy C, Scalera A. Treatment persistence and compliance with medications for chronic obstructive pulmonary disease. Can Respir J. 2007;14(1):25-9.

15. Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. Thorax. 2008; 63:831-8.

16. Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. BMC Pulm Med. 2014;14(1):70.

17. Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapeútica como un problema de la psicología de la salud. Rev Psicol Salud. 2004;14(1):89-99.

18. Menckeberg TT, Bouvy ML, Bracke M, Kaptein AA, Leufkens HG, Raaijmakers JA, et al. Beliefs about medi-

cines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. J Psychosom Res. 2008;64(1):47-54.

19. Rau JL. Practical problems with aerosol therapy in COPD. Respir Care. 2006;51(2):158-72

20. Gupta VK, Bahia JS, Maheshwari A, Arora S, Gupta V, Nohria S. To Study the Attitudes, Beliefs and Perceptions Regarding the Use of Inhalers among Patients of Obstructive Pulmonary Diseases and in the General Population in Punjab. J Clin Diagn Res. 2011; 5(3):434-9.

21. Gatti ME, Jacobson KL, Gazmararian JA, Schmotzer B, Kripalani S. Relationships between beliefs about medications and adherence. Am J Health-Syst Pharm. 2009;66(7):657-64.

22. J. Ancochea,T. Gómez,J. De Miguel. Hacia un tratamiento individualizado e integrado del paciente con EPOC. Arch Bronconeumol. 2010; 46: 14-8.

23. Burgos F. Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. Arch Bronconeumol. 2002; 38: 297-9.

24. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia *y* persistenciaterapéutica*:* causas, consecuencias *y* estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009; 41(6): 342-8.

25. Glaser BG. Basics of Grounded Theory Análisis. Mill Valley CA: The Sociology Press; 1992.

26. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Vidal-España F, Garcia-Ruiz A, Prados-Torres D, Leiva-Fernández F. Efficacy and Safety of a multifactor intervention to improve therapeutic adherence in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): protocol for the ICEPOC study. Trials. 2011;12:40.

27. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calzerrada RM. Actualización en Medicina de Familia: cumplimiento terapéutico. Medicina de Familia SEMERGEN. 2008;34(5):235-43.

28. Jefferson G. An exercise in the transcription and analysis of laughter. En: Van Dijk TA. Handbook of discourse analysis. London: Academic Press; 1985. p. 25-34.

29. Abela JA, García-Nieto A, Pérez AM. Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica del análisis cualitativo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. 2007.

30. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: A practical guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitatives Methods Series). Londres: SAGE Publications Ltd.; 2006.

31. Cádiz J. Rigurosidad científica y principios orientadores para el evaluador/investigador. Ars Médica [Internet] 2006 [Citado 15 Octubre 2013] Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica9/ars3.html.

32. Lazarus RS. On the primacy of cognition. Am Psychol. 1984;39(2):124-9.

33. Galán A, Pérez MA, Blanco A. Análisis del uso de estrategias de afrontamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): implicaciones conceptuales. RPPC. 2000;5(3):179-89.

34. Jiménez-Torres MG, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI. Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. Anal Psicol. 2012;28(1):28-36.

35. McCathie HCF, SpenceSH, Tate RL. Adjustment to chronic obstructive pulmonary isease: the importance of psichlogical factors. Eur Respir J. 2002;19:47-53.

36. Arévalo MT, Salazar Torres IC, Correa Sánchez D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Act Colom Psicol [Internet]. 2008 [Citado 1 Junio 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200010

37. Álvarez Mabán E, Barra Almagiá E. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. Cienc enferm. 2010;16(3):63-72.

38. Marino P, Sirey JA, Raue PJ, Alexopoulos GS. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2008;3(4):713-8.

39. Morales JF, Huici C. Lecturas de Psicología Social. Madrid: UNED;2002.

40. Jones EE, Nisbett RE. The actor and the observer: Divergent peceptions of the causes of behavior.New York: General Learning Press;1971.

41. Arcay MC. Taller de Educación para la Salud en el manejo de dispositivos inhalatorios. AGEFEC. 2013. [Citado 22 Dic 2016]. Disponible en http://www.agefec.org/wp-content/uploads/2013/03/informaci%c3%93n-escrita-taller.pdf

42. Entrenas Costa LM, Escribano Dueñas AM, Quero Valenzuela F, Redel Montero J, Navas Bueno B, Luque Casado AM, et al. Percepción de los pacientes sobre el papel y potenciales efectos secundarios de los glucocorticoides inhalados en el tratamiento del asma bronquial. Neumosur. 2004;16(3):177-81.

43. De Torres Tajes JP, Casanova Macario C. EPOC en la mujer. Arch Bronconeumol. 2010;46(Supl 3):23-7.

44. Sorina JD, Sin DD, Zhang X, Camp PG, Anderson JA, Anthonisen NR, et al. A pooled analysis of FEV1 declined in COPD patients randomized to inhaled corticosteroids or placebo. Chest. 2007;131(3):682-9.

45. Howerton A. Gender differences in coping: Implications for depression and crime. Dissertation Abstracts International. 2005;66:1170.

46. Yeh-Shu J, Huang-Chia H, Chou-Hsueh C, Wan-Thomas TH. Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. Sex Roles.2009;60(1-2):44-56.

47. Jiménez-Torres MG, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI. Relación entre estrés percibido y estado de ánimo

negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. Anal Psicol. 2012;28(1):28-36.

48. García Calvente M, del Río Lozano M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. Gac Sanit.2011;25(5):100-7.

49. Triadó M C, Villar F, Solé C, Osuna MJ. Envejecer en entornos rurales. Estudios de I+D+I. Nº 19. Madrid: IMSERSO; 2005.

50. Kleinjan M, van den Eijden RJ, Dijkstra A, Brug J, Engels RC. Excuses to continue smoking: the role of desengegament beliefs in smoking cessation. Addict Behav. 2006;31(12):2223-37.

51. Corbin J, Strauss AL. Basic of qualitative research. 3ª ed. California: Sage publication; 2008.

52. Baker SE, Edward R. How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research. Southhampton, GB: National Centre for research methods; 2012.