

Planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos relacionados al comportamiento de adhesión a la terapia medicamentosa en pacientes con coronariopatía¹

Laura Bacelar de Araujo Lourenço²
Roberta Cunha Matheus Rodrigues³
Thaís Moreira Spana⁴
Maria Cecília Bueno Jayme Gallani³
Marília Estevam Cornélio⁵

Objetivo: analizar los planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos relacionados al comportamiento de adhesión a la terapia medicamentosa, elaborados por pacientes con coronariopatía en seguimiento de ambulatorio e identificar las barreras percibidas para adopción de este comportamiento. Método: los participantes (n=59) fueron invitados a elaborar planes de acción (action planning) y de enfrentamiento de obstáculos (coping planning) para el comportamiento de adhesión a los medicamentos cardio-protectores y de alivio de los síntomas. Resultados: fueron evidenciados planes de acción específicos para la tomada de los medicamentos que asociaron el comportamiento a marcadores temporales y al ciclo vigilia sueño. Los obstáculos más frecuentemente relatados fueron el olvido y la ausencia de rutina en las actividades de vida diaria. Los planes de enfrentamiento elaborados para superar el olvido fueron los más específicos. Conclusión: los hallazgos de este estudio subvencionan la aplicación de la implementación de la intención para optimizar la adhesión de pacientes con coronariopatía a la terapia medicamentosa.

Descriptor: Enfermería; Utilización de Medicamentos; Conducta; Técnicas de Planificación; Enfermedad Coronaria.

¹ Artículo parte de la Disertación de Maestría "Efeito do Planejamento de Ação e de Enfrentamento de Obstáculos na adesão medicamentosa e qualidade de vida de pacientes coronariopatas", presentada a la Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), procesos 2009/12783-4 y 2010/10006-8.

² Enfermera, MSc.

³ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

⁴ Enfermera, PhD.

⁵ PhD, Estudiante de postdoctorado, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Correspondencia:

Roberta Cunha Matheus Rodrigues
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Enfermagem
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil
E-mail: robertar@fcm.unicamp.br

Planos de ação e de enfrentamento de obstáculos relacionados ao comportamento de adesão à terapia medicamentosa em coronariopatas

Objetivo: analisar os planos de ação e de enfrentamento de obstáculos, relacionados ao comportamento de adesão à terapia medicamentosa, elaborados por pacientes coronariopatas, em seguimento ambulatorial, e identificar as barreiras percebidas para adoção desse comportamento. Método: os participantes (n=59) foram convidados a elaborar planos de ação (action planning) e de enfrentamento de obstáculos (coping planning) para o comportamento de adesão aos medicamentos cardioprotetores e de alívio dos sintomas. Resultados: foram evidenciados planos de ação específicos para a tomada dos medicamentos que associaram o comportamento a marcadores temporais e ao ciclo vigília/sono. Os obstáculos mais frequentemente relatados foram o esquecimento e a ausência de rotina nas atividades de vida diária. Os planos de enfrentamento, elaborados para superar o esquecimento, foram os mais específicos. Conclusão: os achados deste estudo subsidiam a aplicação da implementação da intenção para otimizar a adesão de coronariopatas à terapia medicamentosa.

Descritores: Enfermagem; Uso de Medicamentos; Comportamento; Técnicas de Planejamento; Doença das Coronárias.

Action and coping plans related to the behavior of adherence to drug therapy among coronary heart disease outpatients

Objective: to analyze the action and coping plans related to the behavior of adhering to drug therapy, developed by coronary heart disease (CHD) outpatients, and to identify the barriers perceived to adopting this behavior. Methods: the participants (n=59) were invited to formulate action plans and coping plans for the behavior of adhering to the cardio-protective medications and the symptom-relief medications. Results: specific action plans for taking the medications associated with temporal markers and the sleep-wake cycle were shown. The most frequently reported obstacles were forgetfulness and absence of routine in daily living activities. The coping plans for overcoming forgetfulness were the most specific. Conclusion: this study's findings support the application of implementation intentions aimed at optimizing adherence to drug therapy among patients with CHD.

Descriptors: Nursing; Drug Utilization; Behavior; Planning Techniques; Coronary Disease.

Introducción

En las últimas tres décadas evidencias comprobaron que el tratamiento con beta-bloqueadores, inhibidores de enzima convertidora (IECA) o inhibidores del receptor de angiotensina (ARA II), antiagregantes plaquetarios e hipolipemiantes reduce eventos cardiovasculares y mortalidad después del síndrome coronario agudo⁽¹⁾. Sin embargo, la baja o no adhesión a la terapia cardioprotectora después del evento isquémico ha sido frecuentemente documentada y asociada al aumento de la morbimortalidad cardiovascular⁽²⁾. Intervenciones para mejorar la adhesión a la terapia medicamentosa han sido desarrolladas y evaluadas⁽³⁾. Entre ellas, se destacan las

basadas en presupuestos teóricos, especialmente en las teorías cognoscitivo-sociales, en las cuales la intención o motivación para realizar determinado comportamiento es el principal determinante de la acción. Sin embargo, intenciones positivas ni siempre se traducen en el comportamiento deseado⁽⁴⁾. Aunque la intención sea un fuerte predictor del comportamiento, hay relatos de un hiato en la relación Intención-Comportamiento, o sea, personas con intención positiva fallan en la ejecución del comportamiento⁽⁵⁾. De esa manera, estrategias como la implementación de la intención (del inglés *implementation-intention*) han sido utilizadas como herramienta para

auxiliar personas motivadas a transformar intenciones positivas en acción⁽⁶⁾.

El concepto de implementación de la intención se refiere a la formación de planes de acción que especifican *cuando*, *donde* y *como* realizar el comportamiento. Son definidos como planos condicionales que anticipan una situación crítica y especifican como actuar en esta situación⁽⁴⁾. Una vez que la representación mental de esta situación se vuelve altamente activada, el control del comportamiento es delegado para pistas situacionales específicas que, cuando presentes, deflagran la acción, aumentando la probabilidad de que el comportamiento sea efectivado⁽⁷⁾.

Sin embargo, la planificación de *cuando*, *donde* y *como* actuar no aborda las respuestas habituales a las situaciones cotidianas que surgen frente a la presión social. En este contexto, se utiliza el "Coping planning"⁽⁸⁾, estrategia mirada en la transposición de barreras, que combina planos prospectivos (*If/then*) con estrategias de enfrentamiento, esto es, si (*If*) la barrera y ocurrir, entonces (*then*) el comportamiento *x* es realizado para superarla. Representa una unión mental entre situaciones de riesgo anticipadas y respuestas de enfrentamiento adecuadas. Individuos que planean como manejar situaciones de riesgo tienen mayor probabilidad de mantener el comportamiento en la vigencia de dificultades⁽⁹⁾.

La formulación de planes de implementación de la intención ha sido efectiva en promover comportamientos en salud, como actividad física^(6,9), consumo de frutas y vegetales⁽¹⁰⁾, entre otros. En la literatura hay relatos sobre la importancia de explorarse la calidad de los planes de acción y de enfrentamiento elaborados en estudios de intervención^(7,11). De esa manera, se pretende en este estudio analizar los planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos elaborados por pacientes con coronariopatía con relación a la adhesión medicamentosa cardioprotectora y de alivio de síntomas recomendada en el tratamiento de la enfermedad arterial coronaria (DAC), así como identificar las barreras percibidas para adopción de este comportamiento. Se espera que los hallazgos de este estudio subvencionen la aplicación de la implementación de intención para optimizar la adhesión a la terapia medicamentosa en la coronariopatía.

Objetivos

Este estudio objetivó analizar los planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos relacionados al comportamiento de adhesión a la terapia medicamentosa cardioprotectora y de alivio de los síntomas, elaborados por pacientes con coronariopatía en seguimiento de

ambulatorio, así como identificar las barreras percibidas para adopción de este comportamiento.

Método

Sujetos y Procedimientos

Los datos de este estudio derivan de estudio más amplio⁽¹²⁾ que evaluó la efectividad de estrategias de planificación en la adhesión medicamentosa y calidad de vida de pacientes con coronariopatía. Se trató de un estudio experimental en el cual fueron incluidos 115 pacientes con coronariopatía con edad superior a 18 años, con manifestación clínica previa de infarto del miocardio o angina en período superior a seis meses del último evento isquémico, en seguimiento de ambulatorio en dos hospitales del interior de la provincia de São Paulo. El tamaño de la muestra fue determinado con base en estudio piloto (n=30) considerándose como variable repuesta, el cambio de la medida de la proporción de la adhesión (final-inicial), así como el nivel de significancia del 5% ($\alpha=0,05$) y el poder de la prueba del 80% ($1-\beta$). Fue estimada muestra de 60 sujetos para cada grupo, con la finalidad de detectar la misma diferencia en la media del porcentaje de la proporción de adhesión (final-inicial) entre los grupos Intervención (5,13) y Control (0,99) observada en el estudio piloto. Fueron incluidos aquéllos con comunicación verbal efectiva, en uso continuado hace por lo menos un mes, de dos medicamentos orales para tratamiento de la coronariopatía. Fueron excluidos los que presentaron un nuevo evento isquémico en período inferior a seis meses del inicio de la recogida de datos y aquéllos cuyo tratamiento medicamentoso haya sido suspendido. Los pacientes fueron hechos aleatorios en los grupos Control (GC=56) e Intervención (GI=59). El GI fue sometido a las estrategias de Planificación de la Acción y de Enfrentamiento de Obstáculos y los pacientes del GC recibieron el cuidado de rutina, que consistió en consultas médicas de seguimiento. El presente estudio analiza los planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos elaborados por los 59 pacientes que participaron del GI.

Recogida de datos

Los datos fueron colectados en el período que comprendió junio de 2010 a mayo de 2011. Los participantes contestaron a un cuestionario validado para obtención de datos demográficos y clínicos y a la versión brasileña de la *Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale*⁽¹³⁾ para mensuración de los factores relacionados a no adhesión medicamentosa cardioprotectora, así como a los medicamentos de alivio de los síntomas de la coronariopatía. La adhesión medicamentosa fue evaluada

por la proporción de adhesión y evaluación global de la adhesión⁽¹⁴⁾.

Instrumentos de recogida de datos

- *Morisky Self-Reported Measure of Medication Adherence Scale*⁽¹⁵⁾: compuesta por cuatro cuestiones relativas a no adhesión al tratamiento medicamentoso - olvido, descuido, interrupción del uso del medicamento por percibir mejora e interrupción de la terapia por la percepción de empeoramiento del cuadro clínico. En la versión utilizada las respuestas son estructuradas en escalas tipo-Likert con cuatro o cinco opciones de respuesta, cuya suma genera un score que varía de cuatro a 18; cuanto menor el score mayor la favorabilidad a la adhesión⁽¹³⁾.

- *Proporción de adhesión medicamentosa*⁽¹⁴⁾: construido para identificar y cuantificar los medicamentos y su manera de utilización. Engloba las variables: 1. Nombre, dosificación y posología de los medicamentos prescritos; 2. Descripción de la manera de utilización de cada medicamento, de acuerdo con la dosificación y posología, en las 24 horas anteriores a la entrevista; 3. Descripción de la utilización de los medicamentos tomados en la semana anterior a la entrevista; y 4. Descripción del uso de los medicamentos tomados en el mes previo a la entrevista. La adhesión fue calculada con base en las dosificaciones omitidas, auto-relatadas, por medio del cálculo: [(dosificaciones prescritas - dosificaciones perdidas) x 100/doses prescritas]⁽¹⁶⁾. Fueron considerados "adherentes" los que lograron porcentaje de consumo de medicamentos prescritos, mayor o igual a 80%⁽¹⁷⁾. Para los que hacían uso de más de un medicamento, la proporción de la adhesión fue calculada por la media de los porcentajes de adhesión a cada medicamento⁽¹⁴⁾. La proporción de la adhesión fue analizada como variable continuada y binaria - dosificación adecuada (dosificación utilizada $\geq 80\%$ de la dosificación prescrita) y dosificación insuficiente (dosificación utilizada $< 80\%$ de la dosificación prescrita).

- *Evaluación global de la adhesión*: fueron evaluados el número y la frecuencia de los medicamentos ingeridos y su asociación con marcadores temporales: ayuno, desayuno, almuerzo y cena. Así, la adhesión global, según la dosificación y atenciones fue evaluada con base en la siguiente clasificación: Grupo I (posología y atenciones adecuados a la prescripción); Grupo II (posología adecuada y atenciones inadecuados), Grupo III (posología insuficiente y atenciones adecuados); Grupo IV (posología y atenciones inadecuados). Fue considerado "cuidado inadecuado", el uso de un o más medicamentos cuya posología y asociación con marcadores temporales no estuviesen de acuerdo con la prescripción. Fueron

considerados "adherentes" los pacientes clasificados en el grupo I y "no adherentes", los clasificados en los grupos II, III, y IV⁽¹⁴⁾.

Metodología de las estrategias de intervención: planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos

Después de la obtención de datos clínicos y sociodemográficos, de calidad de vida relacionada a la salud y adhesión a la terapéutica medicamentosa; los participantes del GI eran invitados a elaborar, en conjunto con el investigador, los planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos relacionados a la adhesión a los medicamentos cardioprotectores y de alivios de los síntomas. La construcción de estos planes se basó en presupuestos teóricos del "implementation-intention"⁽⁶⁾ y en estudio previo realizado en la cultura brasileña⁽⁹⁾. En una planilla específica para este fin, los pacientes elaboraron hasta tres planes de acción sobre *cuando*, *donde* y *como* pretendían tomar los medicamentos y apuntaron hasta tres posibles obstáculos para la realización del comportamiento. Para cada uno de los obstáculos enlistados fueron elaboradas de una a tres estrategias para superarlos, debido a la dificultad de los sujetos, con edad avanzada y baja cognición, para que memoricen las estrategias planeadas⁽¹⁸⁾. Todos los planes eran registrados manualmente en la planilla, por el investigador, y archivados individualmente.

Análisis de los Datos

Los datos de caracterización fueron sometidos a los análisis estadísticos descriptivos. Los planes fueron sometidos a lo análisis cuanti-cualitativa, que correspondió a la categorización y tabulación de los planes y barreras relatados; con posterior agrupación por similitud de temas o ideas, siendo determinada la frecuencia con que fueron relatados.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación envueltos (Parecer nº802/2009 y nº001-11). Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Resultados

Caracterización Sociodemográfica, Clínica y de Adhesión a la terapia medicamentosa

La muestra (n=59) fue constituida en su mayoría por hombres (67,8%), con media de edad de 63,4(8,9) años, caucasoides (72,9%), con media de 5,5(4,0)

años de estudio, que vivían con compañeros (89,8%), inactivos (76,3%), con renta mensual familiar media de 3,6(3,2) salarios mínimos. La mayoría (74,6%) tenía historia anterior de infarto del miocardio, además de la media de 5,1(1,9) condiciones clínicas asociadas. Grande parte de los sujetos utilizaba media de 6,8(2,0) tipos de medicamentos asociados al día, media de 3,5(0,6) medicamentos cardioprotectores y 0,9(0,7) medicamentos de alivio de síntomas, en media. Los pacientes fueron considerados adherentes por el criterio de la *proporción de adhesión* y mostraron favorabilidad para adhesión por la escala de Morisky. Sin embargo, apenas 19 (32,2%) pacientes relataron utilizar dosificación $\geq 80\%$ y adoptar los atenciones necesarios para el uso adecuado de los medicamentos, lo que apunta para no adhesión, según este criterio de evaluación (Tabla 1).

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con coronariopatía sometidos a las estrategias de planificación para adhesión medicamentosa (n=59). Campinas, SP, Brasil, 2011-2012

Variables Sociodemográficas	
Edad, Media(dp*)	63,4(8,9)
Sexo, % (n)	
Masculino	67,8(40)
Raza, % (n)	
Caucasoide	72,9(43)
Situación Conyugal, % (n)	
Con compañero	89,8(53)
Sin compañero	10,2(6)
Escolaridad (años), Media (dp)	5,5(4,0)
Hábitos/ Estilo de vida, % (n)	
Tabaquismo actual	5,1(3)
Situación de Trabajo, % (n)	
Inactivo	76,3(45)
Activo	15,2(9)
Ama de casa	8,5(5)
Renta familiar (SM)	3,6(3,2)
Variables Clínicas	
Caracterización da coronariopatía, % (n)	
Angina Inestable	25,4(15)
Infarto del miocardio	74,6(44)
Número de infartos previos, Media (dp)	1,0(1,3)
Número de Condiciones Clínicas Asociadas, Media (dp)	5,1(1,9)
Condiciones Clínicas Asociadas [†] , % (n)	
Dislipidemia	86,4(51)
Hipertensión Arterial	84,7(50)
Diabetes mellitus	45,8(27)
Arteriopatía Periférica	22,0(13)
Insuficiencia Cardíaca	16,9(10)
Accidente Vascular Encefálico	8,5(5)
Intolerancia a la glucosa	1,7(1)
Tratamiento, % (n)	
Clínico e Intervención (RM/ATC/RM y ATC)	67,8(40)
Clínico	32,2(19)

Número de Medicamentos en uso, Media (dp)	6,8(2,0)
Número de Medicamentos Cardioprotectores Media (dp)	3,5(0,6)
Número de Medicamentos de Alivio dos síntomas, Media (dp)	0,9(0,7)
Score Total de Morisky, Media (dp)	7,2(3,1)
Proporción da Adhesión, Media (dp)	92,1(13,7)
Proporción da adhesión [†] , % (n)	
Dosificación adecuada ($\geq 80\%$)	53(89,8)
Dosificación insuficiente ($< 80\%$)	6(10,2)
Evaluación global de la adhesión [†] , % (n)	
Adherentes	19(32,2)
No Adherentes	40(67,8)

*dp = Desvío padrón; [†]Porcentaje por línea.

SM = sueldo mínimo (1SM=R\$ 545,00)

RM = Revascularización Quirúrgica do Miocardio

ATC = Angioplastia Transluminal Percutánea

Descripción de los Planes de Acción y de Enfrentamiento de Obstáculos

Los planes de acción más frecuentemente elaborados con relación a *cuando* tome los medicamentos fueron aquéllos que asociaron la tomada de los medicamentos a marcadores temporales como comidas (desayuno, almuerzo y cena) y el ciclo vigilia-sueño (al levantarse y antes de ir a dormir). En cuanto a *donde* implementar el comportamiento, hubo mayor frecuencia de planes que asociaron la tomada de medicamentos a un determinado local (en casa o en el local de trabajo), aunque planes para tomar los medicamentos en cualquier local también hayan sido evidenciados. Con respecto a *como* tomar los medicamentos, se destacaron planes que asociaron la tomada de los medicamentos a las comidas (Tabla 2).

Las barreras percibidas para la tomada de medicamentos y los planes para superación de estas están presentados en las Tablas 3, 4 y 5. Se constató que los sujetos apuntaron barreras para la tomada de los medicamentos en diferentes situaciones, o sea, en el *cotidiano*, durante las *actividades de trabajo* y en el *ocio*. En el *cotidiano*, las barreras más frecuentemente apuntadas fueron el olvido (46,9%), la ausencia de rutina para asociar la tomada de la medicación a las actividades cotidianas (26,0%) y el desconocimiento sobre la enfermedad (7,3%). Durante las *actividades de trabajo*, se destacaron las barreras relacionadas a la necesidad de pausa en el trabajo (33,3%), de rutina para las comidas durante el trabajo para asociar la tomada de los medicamentos a este marcador (25,0%), además del olvido (12,5%). También fue elevada la frecuencia del olvido (73,3%) en el ocio. Fue observada la formulación de mayor número de planes para el olvido de tomar los medicamentos en el cotidiano, destacándose el plan - "Asociar la tomada de medicación a marcadores temporales (comidas) a lo largo del día" (25,0%).

Tabla 2 - Descripción de los Planes de Acción elaborados por los pacientes con coronariopatía con relación a la adhesión a la terapia medicamentosa cardioprotectora y de alivio de síntomas (n=59). Campinas, SP, Brasil, 2011-2012

Planes de Acción		n	%
Cuando (marcadores temporales)			
Asociar la tomada da medicación ciclo vigilia-sueño e a marcadores temporales – comidas (desayuno, almuerzo y cena)		24	40,7
Asociar la tomada de la medicación al ir a dormir y a marcadores temporales - comidas (desayuno, almuerzo y cena)		16	27,1
Asociar la tomada de la medicación a marcadores temporales, esto es, las comidas (desayuno, almuerzo y cena) a lo largo del día		12	20,3
Asociar la tomada de la medicación a las AVD* (como por ejemplo, después de cepillar los dientes) y a marcadores temporales - comidas (desayuno, almuerzo y cena)		7	11,9
¿Dónde (en que lugar)?			
Apenas en casa		37	62,7
Adondequiera		14	23,7
En casa y en el local de trabajo		8	13,5
¿Cómo?			
Asociar a las comidas y con un vaso de agua/zumo		30	50,8
En ayuno y asociado a las comidas con un vaso de agua/zumo		27	45,8
Sin asociación con el ayuno y/o comidas con un vaso de agua/zumo		2	3,9

*Actividades de Vida Diaria.

Tabla 3 - Planes de Enfrentamiento de Obstáculos elaborados por los pacientes con coronariopatía relacionados al comportamiento de adhesión a la terapia medicamentosa cardioprotectora y de alivio de síntomas en el día a día (n=59). Campinas, SP, Brasil, 2011-2012

En el día-a-día					
Obstáculos/Barreras Percibidas	n	%	Planes de Enfrentamiento	n	%
Olvido					
Olvidar de tomar los medicamentos en las horas prescritas	45	46,9	Asociar la tomada de la medicación a marcadores temporales (comidas) a lo largo del día	24	25,0
			Registrar las horas de tomada en los embalajes de los medicamentos	12	12,5
			Pedir ayuda a la referente social (familiar) para evitar el olvido de la hora de tomada de los medicamentos	9	9,4
Ausencia de referentes sociales para ayudar a recordar de tomar los medicamentos	8	8,3	Registrar los horarios de la tomada de los medicamentos en los embalajes de los medicamentos	7	7,3
			Memorizar los nombres de los medicamentos y sus respectivas horas de acuerdo con la prescripción médica	1	1,0
Olvidar de comprar y/o de retirar la medicación en los servicios de salud	7	7,3	Registrar la fecha de compra o de la retirada de los medicamentos en servicio de salud y afijar en local de fácil visualización (como por ejemplo, en la puerta de la heladera)	5	5,2
			Contar el total de medicamentos semanalmente para providenciar la retirada o la compra de los medicamentos antes de su término	2	2,1
Ausencia de rutina.					
Ausencia de rutina para el ciclo vigilia-sueño	25	26,0	Establecer rutina mínima para el ciclo vigilia-sueño	23	23,9
			Utilizar estrategias que auxilien en la adopción de rutina para el Sueño (uso del despertador, por ejemplo)	2	2,1
No tener hora habitual para hacer las comidas a lo largo del día	16	16,7	Establecer rutina para las comidas y asociar la tomada de los medicamentos a las comidas	16	16,7
Desconocimiento sobre el tratamiento.					
Desconocimiento sobre acción/ finalidad de los medicamentos prescritos	7	7,3	Pedir orientación al médico/profesional de salud en las consultas de seguimiento	7	7,3
Total	96	100	Total	96	100

Tabla 4 - Planes de Enfrentamiento de Obstáculos elaborados por los pacientes con coronariopatía relacionados al comportamiento de adhesión a la terapia medicamentosa cardioprotectora y de alivio de síntomas en el trabajo (n=59). Campinas, SP, Brasil, 2011-2012

En el trabajo					
Obstáculos/Barreras Percibidas	n	%	Planes de Enfrentamiento	n	%
Dificultad en tomar los medicamentos en el trabajo					
Dificultad de conciliar la hora de la tomada de los medicamentos con la pausa en el trabajo	8	33,3	Negociar con el empleador pausa para la tomada de los medicamentos de acuerdo con la prescripción médica	8	33,3

(continúa...)

Tabla 4 - *continuación*

Obstáculos/Barreras Percibidas	En el trabajo		Planes de Enfrentamiento		
	n	%		n	%
Dificultad en conciliar la tomada de los medicamentos con las actividades de trabajo	7	29,2	Programar pausa en las actividades de trabajo para tomada de los medicamentos	7	29,2
Asociar la tomada de los medicamentos a las comidas y tener dificultad para establecer rutina para las comidas en el local de trabajo	6	25,0	Buscar establecer rutina mínima para las comidas en el local de trabajo	6	25
Olvido					
Olvidar de llevar los medicamentos para el trabajo	3	12,5	Colocar los medicamentos diariamente en el bolsillo de la camisa/pantalones (hombres) y en la bolsa (mujeres) para llevarlos al trabajo	3	12,5
Total	24	100	Total	24	100

Tabla 5 - Planes de Enfrentamiento de Obstáculos elaborados por los pacientes con coronariopatía relacionados al comportamiento de adhesión a la terapia medicamentosa cardioprotectora y de alivio de síntomas en el ocio (n=59). Campinas, SP, Brasil, 2011-2012

Obstáculos/Barreras Percibidas	En el ocio		Planes de Enfrentamiento		
	n	%		n	%
Olvido					
Olvidar de llevar los medicamentos en actividades habituales de ocio	33	73,3	Aislar los medicamentos y llevarlos en el bolso/bolsa	21	46,7
			Aislar los medicamentos y llevarlos en el bolso/bolsa acompañado de botella de agua	12	26,6
Olvidar de llevar los medicamentos en paseos/viajes cortas	9	20	Priorizar la colocación de todos los medicamentos en la mala de viaje	9	20
Uso concomitante con bebidas alcohólicas					
Consumir bebidas alcohólicas concomitante al uso de medicamentos	3	6,7	Evitar el consumo de bebidas alcohólicas concomitante al uso de medicamentos	3	6,7
Total	45	100	Total	45	100

Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir los planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos elaborados por pacientes con coronariopatía en seguimiento de ambulatorio relacionados al comportamiento de adhesión a la terapia medicamentosa cardioprotectora y de alivio de síntomas, indicada en el tratamiento de la DAC.

La formulación de planes de acción y de planes de enfrentamiento de obstáculos puede ser efectiva en la implementación de la intención de diferentes comportamientos en salud. Mientras, el empleo de esta estrategia implica que las personas sean capaces de elaborar planes que lleven al cambio de comportamiento⁽⁷⁾. Hay relatos de que la calidad de los planes influencia en la efectividad de la adopción del comportamiento deseado^(7,11). Estudio anterior⁽¹⁹⁾ mostró que participantes que fueron guiados/orientados por el investigador para elaboración de los planes para adherir la actividad física formularon planes más completos y necesarios comparados a planes auto elaborados por los pacientes. Además, fue evidenciada asociación entre los planes más completos y nivel más elevado de actividad física después de seis meses de seguimiento.

Así, en el presente estudio, la baja escolaridad asociado a las recomendaciones de estudio previo⁽⁶⁾ aportaron para decisión de que los planes fuesen elaborados en conjunto con el investigador, de manera no directiva, norteados por la cuestión: *Cuándo, dónde y cómo usted planea tomar las medicaciones prescritas para el tratamiento de su problema en el corazón, ¿considerando sus actividades del día-a-día?* Aunque algunos planes hayan sido elaborados de manera independiente, la mayoría fue elaborada en conjunto con el investigador, respetándose el deseo de los pacientes en los planes formulados. Debido a la elaboración conjunta, los planes fueron completos, englobando *cuando, donde y como* la acción sería implementada.

Ensayo clínico, controlado e introducido de manera aleatoria testó el impacto de la implementación de la intención en cambios clínicamente relevantes de la actividad física diaria entre adultos de la población de Holanda. Una de las razones apuntadas para baja efectividad de la intervención fue el hecho de los planes han sido elaborados por los participantes, de manera autónoma, lo que puede haber influenciado la especificidad y la calidad de los planes elaborados⁽²⁰⁾.

Estudiosos⁽²¹⁾ también tienen hipótesis que planes

específicos son más probables de promover la acción intencionada comparados a los elaborados de manera genérica. Esta premisa se apoya en la idea de que por la descripción detallada de la situación crítica y de la acción a ser realizada, la situación de riesgo puede ser fácilmente reconocida y deflagrar la acción antepasadamente planeada^(7,11). Estudio⁽⁷⁾ relata que planos instrumentales (capaces de promover el cambio del comportamiento y viables para implementación de la intención en el contexto en el que fueron elaborados) y con elevado grado de especificidad (cuya descripción de la situación se caracteriza por la riqueza de detalles, facilitando el reconocimiento de la situación de riesgo y la implementación de la acción) resultaron en mayor probabilidad de abstinencia al tabaco cuando comparado a los planos poco específicos y no instrumentales.

En el presente estudio, el análisis de los planes evidenció que fue formulado mayor número de planes para el olvido de tomar los medicamentos en el día-a-día. Además, se observa que los planes relacionados al olvido en las diferentes situaciones (en el cotidiano, en el trabajo y en el ocio) eran detallados y pertinentes al contexto, excepto el plan de *"Memorizar los nombres de los medicamentos y su respectivas horas, de acuerdo con la prescripción médica"*, considerado poco probable de llevar el cambio de comportamiento en población con media de edad elevada y con bajo nivel de escolaridad. Sin embargo, también fueron observados planes genéricos, principalmente para la ausencia de rutina en el cotidiano, así como para la dificultad en conciliar la toma de los medicamentos con las actividades del trabajo. Se observa que tales planes pueden generar dificultad de implementación en la vigencia de la situación de riesgo. Se puede tener hipótesis que la elaboración más frecuente de planes genéricos tenga relación con el bajo nivel de escolaridad de la población estudiada.

Por otro lado, hay relato⁽⁷⁾ de que la super especificación de las acciones no necesariamente resulta en efectos benéficos, cuando un o más componentes de la acción deseada no están presentes o no pueden ser realizados. Así, la elaboración de planes múltiples y específicos parece asociarse a un mayor efecto de la intervención. En el presente estudio, mientras, no fue posible analizar el número de planes elaborados, una vez que fue pedido que los participantes elaborasen hasta tres planes de acción, según recomendado en estudio previo⁽⁶⁾.

Son escasos los estudios sobre planes para adhesión medicamentosa. Un estudio⁽²¹⁾ que testó la efectividad de las estrategias de planificación en la adhesión a la antibioticoterapia también encontró entre las barreras para la adhesión, el olvido y la necesidad de cambios

en la rutina. Sus hallazgos sugieren, sin embargo, que la implementación de la intención es útil para el manejo de la no adhesión de causa no intencional, como el olvido, sin embargo poco efectivo en la promoción de comportamientos complejos, como el cambio de rutina.

Actualmente, son diversos los esfuerzos para comprender a no adhesión al tratamiento medicamentoso, pero ése es un desafío aun a ser alcanzado, pues los mecanismos envueltos en el comportamiento de adhesión son complejos⁽²²⁾.

El análisis futuro de los resultados de la efectividad de la implementación de la intención entre pacientes con coronariopatía aportará para el refinamiento de esta estrategia con vistas a su replicación en la práctica clínica.

Conclusión

Los hallazgos evidenciaron la elaboración de planes de acción completos y específicos que asociaron la toma de medicamentos a los marcadores temporales y al ciclo vigilia-sueño. Se observó la elaboración de planes de enfrentamiento específicos para superar el olvido de tomar los medicamentos y de planes genéricos para la falta de rutina para actividades cotidianas relacionadas a la toma de los medicamentos. Estos hallazgos suministran subsidios para aplicación de la implementación de la intención en estudios de intervención destinados la promoción de la adhesión a la terapia medicamentosa entre pacientes con coronariopatía.

Referencias

1. Choudhry NK, Patrick A, Antman EM, Avorn JA, Shrank WH. Cost-effectiveness of providing full drug coverage to increase medication adherence in post-myocardial infarction medicare beneficiaries. *Circulation*. 2008;117:1261-8.
2. Ho PM, Magid DJ, Shetterly SM, Olson KL, Maddox TM, Peterson PN, Masoudi FA, Rumsfeld JS. Medication non-adherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *Am Heart J*. 2008;155:772-9.
3. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD000011.
4. Adriaanse MA, Gollwitzer PM, De Ridder DTD, Wit JBF, Kroese FM. Breaking habits with implementation intentions: a test of underlying processes. *Pers Soc Psychol Bull*. 2011;37(4):502-13.
5. De Vet E, Oenema A, Sheeran P, Brug J. Should implementation intentions interventions be implemented in obesity prevention: the impact of if-then plans on daily

- physical activity in Dutch adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009;6:11.
6. Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R. Action plans and coping plans for physical exercise: a longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. *Br J Health Psychol.* 2006;11(Pt1):23-37.
7. van Osch L, Lechner L, Reubsat A, de Vries, H. From theory to practice: an exploratory study into the instrumentality and specificity of implementation intentions. *Psychol Health.* 2010;25(3):351-64.
8. Araújo-Soares V, McIntyre T, Sniehotta FF. Predicting changes in physical activity among adolescents: the role of self-efficacy, intention, action planning and coping planning. *Health Educ Res.* 2009;24(1):128-39.
9. Spana TM. Realização de atividade física por cardiopatas isquêmicos: análise de estratégias de intervenção [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2009.
10. Verplanken B, Faes S. Good intentions, bad habits and the effect of forming implementation intentions on healthy eating. *Eur J Soc Psychol.* 1999;29(5-6):591-604.
11. de Vet E, Gebhardt WA, Sinnige J, Puffelen AV, van Lettow B, Wit JBF. Implementation intentions for buying, carrying, discussing and using condoms: the role of the quality of plans. *Health Educ Res.* 2011;26(3):443-55.
12. Lourenço LAB. Efeito do planejamento de ação e de enfrentamento de obstáculos na adesão medicamentosa e qualidade de vida de pacientes coronariopatas. [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2012.
13. Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento de Morisky de adesão a medicação para pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 2006;16:116.
14. Januzzi FF. Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética. [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2009.
15. Morisky DE, Green LW, Levine MA. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24:67-74.
16. Ventura-Cerdá JM, Mínguez-Gallego C, Fernandez-Villalba EM, Alós-Almiñana M, Andrés-Soler J. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp.* 2006;30(3):171-6.
17. Hansen RA, Kim MM, Song L, Tu W, Wu J, Murray MD. Comparison of methods to assess medication adherence and classify nonadherence. *Ann Pharmacother.* 2009;43(3):413-22.
18. Scholz U, Sniehotta, FF, Schwarzer R. Predicting physical exercise in cardiac rehabilitation: The role of phase-specific self-efficacy beliefs. *J Sport Exercise Psychol.* 2005;27:135-51.
19. Ziegelmann JP, Lippke S, Schwarzer R. Adoption and maintenance of physical activity: planning interventions in young middle-aged adults. *Psychol Health.* 2006;21:145-63.
20. de Vet E, Oenema A, Sheeran P, Brug J. Should implementation intentions interventions be implemented in obesity prevention: the impact of if-then plans on daily physical activity in Dutch adults. *Int J Behav Nutr Phys Activity.* 2009;6:11.
21. Jackson C, Lawton RJ, Raynor DK, Knapp P, Corner MT, Lowe CJ, Closs SJ. Promoting adherence to antibiotics: a test of implementation intentions. *Patient Educ Couns.* 2006;61:212-8.
22. Gimenes HL, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(1):46-51.

Recibido: 10.1.2012

Aceptado: 3.9.2012

Como citar este artículo:

Lourengo LBA, Rodrigues RCM, Spana TM, Gallani MCBJ, Cornélio ME. Planes de acción y de enfrentamiento de obstáculos relacionados al comportamiento de adhesión a la terapia medicamentosa en pacientes con coronariopatía. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sep.-oct. 2012 [acceso: / /];20(5):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día | año
mes abreviado con punto

URL