

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

Obstructive Sleep Apnea: Adherence to CPAP

Beatriz Martín Cabrero *, Teresa Planelles Font * y
Joana María Frau Morro **

* Servicio de Psiquiatría, Hospital Son Llátzer, Palma de Mallorca.

** Servicio de Neumología, Hospital Son Llátzer, Palma de Mallorca.

RESUMEN

Marco teórico: se revisan factores asociados a la adherencia al tratamiento con CPAP para el SAHOS, prestando especial atención a los estudios sobre variables psicológicas, así como la eficacia de las intervenciones desarrolladas a partir de estos estudios. Método: la revisión se ha efectuado a través de PubMed, Cochrane, y Psicodoc, utilizando los términos de "CPAP", "adherencia", "cumplimiento", "intervenciones" y "tratamientos". Para la selección de artículos se ha tenido en cuenta la fecha de publicación, la calidad científica y la relevancia del tema en el contenido global del artículo. Resultados: variables psicológicas como autoeficacia, percepción del riesgo, expectativas de resultados, balance decisional y severidad percibida son mejores predictores de la adherencia que los índices biomédicos que miden severidad de la enfermedad (Sage et al., 2001; Olsen et al., 2008). Las intervenciones educativas, de apoyo y especialmente la terapia conductual aumentan el uso de la CPAP en mayor proporción que la intervención habitual (Wozniak, Lasserson y Smith, 2014). Se han diseñado intervenciones que tratan de influir en variables psicológicas y que se han mostrado eficaces para aumentar la adherencia a la CPAP (Aloia et al., 2011; Richards et al., 2007). Conclusiones: las variables psicológicas del paciente contribuyen a la adherencia a la CPAP, y se han diseñado intervenciones basadas en estos estudios que, aún en espera de ser replicados, han aumentado la adherencia al tratamiento. Aspectos metodológicos a subsanar son la selección de la muestra, la medición temporal de las variables y la adherencia, y la discriminación de la contribución de los diferentes componentes de las intervenciones en la adherencia. El psicólogo clínico es un valor añadido al equipo de neumología en el abordaje multidisciplinar de la adherencia a la CPAP.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, intervenciones psicológicas, Síndrome de Apneas-Hipopneas Obstructiva del Sueño, Ventilación Mecánica No Invasiva.

ABSTRACT

Theoretical Framework: associated factors adherence to CPAP treatment for OSA are reviewed, with particular attention to studies on psychological variables, as well as the effectiveness of interventions developed from these studies. Method: The review was conducted through PubMed, Cochrane, and Psicodoc, using the terms "CPAP", "adherence," "compliance," "interventions" and "treatment." It has been taken into account for the selection of papers the date of publication, scientific quality and relevance of the topic in the overall content of the article. Results: psychological variables such as self-efficacy, risk perception, outcome expectancies, decisional balance and perceived severity are better predictors of adherence than biomedical indexes that measure disease severity (Sage et al, 2001; Olsen et al., 2008). Educational interventions, support and especially behavioral therapy increase the use of CPAP in greater proportion than the usual intervention (Wozniak, Lasserson and Smith, 2014). Interventions have been designed to try to influence these psychological variables that have been shown effective in increasing adherence to CPAP (Aloia et al, 2011; Richards et al., 2007). Conclusions: psychological variables contribute to adherence to CPAP, and there have been design interventions based on these studies that have increased adherence to treatment, although still waiting to be replicated. Methodological issues to address are the selection of the sample, the temporal measurement of variables and adherence, and discrimination of the contribution in adherence of the different components of the interventions. The clinical psychologist is an added value to the pulmonary medicine and nursery team for the multidisciplinary approach of adherence to CPAP.

Key words: Adherence to treatment, psychological interventions, Obstructive Sleep Apnea, Continuous Positive Airway Pressure

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

INTRODUCCIÓN.

La Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) define el Síndrome de Apneas-Hipopneas durante el Sueño (SAHS) o Síndrome de Apneas-Hipopneas Obstructiva del Sueño (SAHOS) como la aparición de episodios recurrentes de limitación al paso del aire durante el sueño, como consecuencia de una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior (VAS) que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina (SaO₂) y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva, trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos (Montserrat et al., 1998)

Una apnea es una obstrucción que provoca un cese de la respiración de al menos 10 segundos de duración durante el sueño. Esta obstrucción se produce por el colapso de las partes blandas de la garganta, lo cual provoca síntomas como la hipoxemia, los mencionados microdespertares no conscientes, y la excesiva somnolencia diurna (ESD) (GES, 2005). Dichos efectos se objetivan con el Índice de Apneas-Hipoapneas (IAH), expresado en número de apneas por hora de sueño.

Según el Grupo Español del Sueño (GES, 2005), diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en Estados Unidos y en Europa han evidenciado que el SAHS es una enfermedad muy prevalente que afecta entre 4-6% de hombres y 2-4% de las mujeres en la población general adulta de edades medias, pudiendo ser tres veces mayor en mayores de 65 años y menor, aunque existente, en el caso de los niños (1-3%).

Debido a las complicaciones en diferentes áreas que provoca (por ejemplo, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, desregulación metabólica de la glucosa, afectación neurocognitiva, depresión o accidentes de tráfico), se considera un problema de salud pública prioritario y para el que además existen tratamientos eficaces (GES, 2005). La CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) o VMNI en castellano (Ventilación Mecánica No Invasiva) es el tratamiento de elección para los casos de SAHOS (GES, 2005) en los que existan, o un IAH >30, o bien un IAH entre 5 y 30 con clínica significativa (Epwoth >11). La CPAP es una mascarilla nasal o facial a la que se aplica una presión positiva aérea continua procedente de una turbina eléctrica.

Desgraciadamente, en general la adherencia a los tratamientos es baja, especialmente para enfermedades crónicas o las que implican conductas por parte del paciente. Se calcula que la proporción de pacientes que no logran adherirse a los regímenes prescritos comprende del 20 al 80% (OMS, 2004). Esta falta de cumplimiento puede objetivarse con mayor frecuencia cuando los efectos adversos de la prescripción médica se perciben como más aversivos que la enfermedad en sí misma. Esta falta de adherencia es aún más marcada si es asintomática, o si no se relaciona con esos efectos adversos (OMS, 2004), como en ocasiones ocurre con el SAHS.

De esta manera ocurre específicamente con la adherencia a la CPAP. Algunos estudios estiman la adherencia a la CPAP del 46 al 80% (Giles et al, 2006). Entre el 15-30% de los pacientes diagnosticados, no aceptan el tratamiento con CPAP, o no llegan a iniciar el tratamiento. De los que aceptan el tratamiento y

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

obtienen la CPAP, entre el 25 y 50% de éstos no se adhiere de forma óptima al tratamiento. Después de tres años de uso de la CPAP, más del 25% de los que empiezan han abandonado el tratamiento (Olsen, Smith y Oei, 2008).

Olsen et al. (2008) señalan que los factores fisiológicos (por ejemplo, presión de la CPAP, severidad del trastorno, el IMC) y demográficos (por ejemplo, el nivel de estudios) raramente explican más del 10-15% de la varianza en la adherencia al tratamiento según Engelman y Wild (2003), y citan varios estudios (Edinger, Carwile, Miller, Mayti y Hope, 1994; Olsen, Smith, Oei y Douglas, 2008; Stepnowsky, Bardwell, Moore, Ancoli-Israel y Dimsdale, 2002; Stepnowsky, Marler y Ancoli-Israel, 2002) en los que se concluye que la inclusión de variables psicológicas mejora sustancialmente la capacidad predictiva de los modelos que tratan de explicar la adherencia a la CPAP.

El objetivo del presente artículo es revisar estas investigaciones, presentar los resultados y conclusiones acerca de factores asociados a la adherencia al tratamiento con CPAP así como la eficacia de intervenciones psicológicas que se han desprendido de esos estudios, con el fin último de orientar a los profesionales en la práctica clínica. Asimismo, con la intención de facilitar la puesta en marcha de programas aplicados en los servicios de salud para aumentar la adherencia a la CPAP, se describe finalmente de forma breve la colaboración de una psicóloga clínica con el equipo de neumología de un hospital público español para el aumento de adherencia a la CPAP para pacientes con problemas de adaptación y riesgo de incumplimiento o abandono del tratamiento.

MÉTODO.

La revisión bibliográfica se ha efectuado mayoritariamente por bases bibliográficas de PubMed, Cochrane, y Psycodoc, utilizando los términos de CPAP, adherencia y cumplimiento (en inglés adherence y compliance), intervenciones y tratamientos (en inglés interventions y treatment).

Para la selección de artículos se ha tenido en cuenta la fecha de publicación (primando las más recientes, aunque considerando artículos clásicos citados frecuentemente), la calidad científica y rigor metodológico, y la relevancia del tema de la adherencia a la CPAP en el contenido global del artículo (se han seleccionado artículos de revisión de estudios sobre los factores asociados a la adherencia y de intervenciones basadas en estudios sobre las posibles variables psicológicas implicadas, así como investigaciones específicas sobre los factores asociados a la adherencia y sobre la eficacia de las intervenciones basadas en los modelos psicológicos sobre la adherencia).

De la selección de artículos de revisión de estudios sobre factores asociados a la adherencia, se ha realizado a su vez una selección de factores para la exposición de resultados, debido al volumen de factores estudiados: estos factores seleccionados son los derivados del paciente y los derivados del apoyo familiar y profesional, por considerar que se trata de factores susceptibles de intervención en la consulta del psicólogo.

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

RESULTADOS.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA A LA CPAP

Se considera que el paciente tiene adherencia a la CPAP cuando la usa como mínimo 4 horas en el 70% de las noches, utilizándose este número de horas como umbral clínico y empírico (Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards y Weaver, 2011). Frente a este dato contundente, Olsen et al. (2008) advierten de la inexistencia de una definición de “dosis” óptima de uso de la CPAP, aunque señalan la probable relación lineal entre el uso de la CPAP y la mejoría clínica. Esto tiene una repercusión práctica evidente, y es que el objetivo del clínico es que el paciente utilice la CPAP cuanto más mejor. En la consulta del psicólogo, en base a este dato y a la necesidad de reforzar al paciente en sus esfuerzos, es importante considerar que en el proceso de adaptación a la CPAP cualquier tiempo que inicialmente el paciente tolere la máquina se considera un éxito.

Aloia, Di Dio, Ilniczky, Perlis, Greenblatt, y Giles (2001) concluyen que no hay un único factor que haya sido identificado consistentemente como predictivo de la aceptación y adherencia a la CPAP. En la misma línea, Shapiro y Shapiro (2010) consideran que la adherencia es un concepto multidimensional y que sólo atendiendo a sus múltiples facetas nos iremos acercando a un entendimiento de la misma. Estos autores realizan una revisión sobre los factores asociados a la adherencia y aportan una clasificación de los mismos en siete categorías: aquellos derivados del método

de tratamiento (los cambios en el estilo de vida, efectos secundarios adversos y el estigma asociado), del paciente (factores clínicos, situacionales, cognitivos y de personalidad), de la familia (la influencia del apoyo familiar y la satisfacción del esposo/a con el tratamiento), del médico (su rol de proveedor de educación, mantener comunicación abierta, citas de seguimiento adecuadas), del enfermero u otro profesional sanitario (programas de apoyo), de las facilidades del sistema de salud (respecto a tiempos de espera, organización, flexibilidad) y por último, de las políticas gubernamentales (relacionadas con las máquinas de CPAP, normas para pacientes no adherentes, y las coberturas de salud).

Como se menciona en el apartado de método, para la presente revisión, se han seleccionado estudios que incluyen factores derivados del paciente y derivados del apoyo familiar y profesional (estos últimos, quedan ampliados en el apartado en el que se revisan la eficacia de las intervenciones), ya que son factores más susceptibles de intervención en la consulta del psicólogo.

Factores psicológicos

Dentro de la categoría de factores del paciente, encontramos las variables psicológicas o cognitivas. Olsen et al. (2008) señalan que la atención a este tipo de factores en la literatura sobre la adherencia a la CPAP ha sido reciente, y que los resultados hasta la fecha son inconsistentes. Los autores atribuyen este hecho a los escasos estudios que utilizan como guía de sus investigaciones los modelos teóricos sobre la salud ampliamente desarrollados en otras áreas, con algunas excepciones: Stepnowsky et al. (2002) y Aloia, Arnedt, Stepnowski, Hecht y Borrelli (2005)

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

aplicaron la Teoría Cognitivo-Social (TCS) de Bandura (1998) y el Modelo Transteorético (TTM) de Prochaska y Diclemente (1982); Wild, Engleman, Douglas y Espie (2004) utilizaron la Teoría del Locus de Control de Salud y Aprendizaje Social de Wallston (1992); y finalmente Sage, Southcott y Brown (2001) y ellos mismos (Olsen et al., 2008) utilizaron el Modelo de Creencias de Salud de Conner y Norman (1996) (véase también Tyrrel, Poulet, Pepin y Veale, 2006 y Tzischinsky, Shahrabani y Peled, 2011). En su artículo realizan una revisión de los estudios sobre factores psicológicos realizados hasta la fecha, para la cual revisan bases de datos como el Psyc-Info y Medline. Seleccionaron 17 estudios que resumen en una tabla en la que especifican el tamaño de la muestra utilizada, la metodología, los resultados y la fuerza de las correlaciones. A continuación mencionaremos aquellos más relevantes para el tema de este apartado.

Aloia et al. (2005) estudiaron algunas variables de los modelos teóricos mencionados anteriormente, administrando una batería de medidas antes del inicio del tratamiento, a la semana, a los tres meses y a los seis meses de seguimiento. Encontraron que la buena disposición al tratamiento y la autoeficacia eran predictores de adherencia evaluados a la semana de tratamiento y a los tres meses.

Este estudio es también citado en la revisión de Sawyer et al. (2011), quienes destacan el resultado de que las medidas de algunas percepciones cognitivas (como la percepción del riesgo, las expectativas de resultados, la autoeficacia y el balance decisional) realizadas antes de comenzar el tratamiento con CPAP no influyen en la adherencia según varios estudios (Stepnowsky et al., 2002; Aloia et al., 2005; Olsen

et al., 2008), sin embargo sí influyen a medio y largo plazo si se miden después de una semana de tratamiento. Estos resultados, además de tener implicaciones en la metodología de las investigaciones, pueden explicar las inconsistencias encontradas sobre estos constructos, y han estimulado otros estudios que han incluido la evaluación de intervenciones específicas sobre estos factores. Sawyer et al. (2011) señalan los resultados de dos estudios propios (Sawyer, Deatrck, Kuna y Weaver, 2010, y otro en proceso de publicación), en el cual concluyen que las percepciones se forman en esos inicios del tratamiento con CPAP y por tanto los programas educativos realizados de forma temprana para influir en la conformación de creencias tienen un efecto en la adherencia.

Sage et al. (2001) evaluaron el Modelo de Creencias de Salud (HBM) y la autoeficacia al mes del inicio del tratamiento con CPAP, y encontraron que las variables psicológicas (susceptibilidad, severidad, barreras y beneficios percibidos, y autoeficacia) eran mejores predictores que las medidas objetivas de la severidad de la enfermedad (Índice Masa Corporal, Índice de Disturbio Respiratorio y la presión de la CPAP). En este estudio, los participantes completaron los cuestionarios después de que recibieran educación sobre el uso de la CPAP y de que recibieran la máquina, lo cual apunta hacia una eficacia de los programas educativos para el aumento de adherencia, tal y como señalaban Sawyer et al. (2011).

Olsen et al. (2008) también evaluaron la contribución de variables psicológicas relativas al HBM en la predicción de la adherencia cuatro meses después del inicio del tratamiento, comparándolo con índices biomédicos (por ejemplo, Índice Masa Corporal, Índice de Disturbio Respiratorio, Índice de Apneas).

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

Evaluaron la contribución de aquellos constructos psicológicos que contaban con procedimientos de medida validados: la autoeficacia, la susceptibilidad a la enfermedad o riesgo percibido, la severidad percibida y los beneficios percibidos. La muestra estaba integrada por pacientes que se les acababa de diagnosticar el SAHOS y nunca habían probado el tratamiento con CPAP, por lo que evalúan sus creencias y expectativas ya presentes antes de iniciar el tratamiento.

Los autores encontraron que los constructos psicológicos estudiados explicaban el 21,8% de la varianza en la adherencia a la CPAP, mientras que tomados junto a los índices biomédicos explicaban el 31,8%. De los constructos psicológicos, la autoeficacia no explicaba una proporción significativa de la varianza, al igual que los índices biomédicos por sí solos. Los autores concluyen que las expectativas de resultados (beneficios percibidos) antes de usar la CPAP y la percepción del riesgo, así como las limitaciones funcionales percibidas (severidad percibida) debidas a la somnolencia en áreas como la intimidad, niveles de actividad y productividad general, todos ellos en conjunto predicen el inicio del uso de la CPAP y la adherencia a la misma.

Stepnowsky et al. (2002) evaluaron la influencia de varios factores en la adherencia, entre ellos las estrategias de afrontamiento. El estilo de afrontamiento (activo / pasivo) fue la única variable que estaba relacionada con la adherencia: el estilo activo contribuyó un 16% de la varianza (Sawyer et al., 2011). Stepnowsky et al. (2002) evaluaron la influencia de variables del TCS y del TTM, y encontraron que el balance decisional era el mejor predictor de adherencia tras un mes de tratamiento.

Wild et al. (2004) evaluaron, antes del inicio con la CPAP, variables clínicas (IMC, puntuaciones en la Escala de Somnolencia de Epworth ESS, Índice de Apnea IA, y la presión de la CPAP) y variables psicológicas de la teoría del locus de control de salud de Wallston, junto con la variable “valor otorgado a la salud”, y encontraron que esta última fue la única variable psicológica que contribuyó significativamente a la adherencia a los 3 meses del inicio de la CPAP. Mediante regresión logística, crearon un modelo que incluía ambas variables psicológicas y clínicas. Este modelo explicó el 24% de la varianza en el uso de la CPAP, e identificó correctamente el 75% de las personas con adherencia y el 53% de las personas sin adherencia. A pesar de que en su conjunto las variables psicológicas explicaban una pequeña cantidad de la varianza, los autores concluyen que el resultado apoya la hipótesis de que las variables psicológicas influyen en la adherencia y proponen mayor investigación en factores específicos que ayuden a desarrollar intervenciones psicológicas para el aumento de la adherencia. En otro estudio posterior, de Zeeuw et al. (2007) concluyeron que el locus de control (interno o externo) en cuanto a implicarse en conductas saludables es un factor influyente en la predicción de la adherencia a la CPAP al año del tratamiento (Weaver y Sawyer, 2010)

Poulet et al. (2009) administraron cuatro instrumentos de evaluación psicológica a 122 pacientes con SAHOS, antes del tratamiento con CPAP y a un mes del inicio del mismo: el Nottingham Health Profile (NHP), el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), y dos cuestionarios específicos de su enfermedad que miden la comprensión del paciente sobre el SAHOS y su tratamiento (Apnea

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

Knowledge Test: AKT) y sus actitudes hacia el SAHOS y la CPAP (Apnea Beliefs Scale: ABS). Los análisis del árbol de decisiones indicaron que era posible clasificar correctamente al 85,7% de pacientes no adherentes usando tres factores (la edad, la puntuación de reacciones emocionales del NHP y la ABS), siendo dos de ellas variables psicológicas que resultaron ser predictores independientes de la adherencia mediante el análisis de regresión logística.

Otro estudio citado por Sawyer et al. (2011) es el de Baron et al. (2011a), quienes estudiaron las variables expectativas de resultado y la autoeficacia. Encontraron que estas dos medidas eran moderadoras de la relación entre el uso de la CPAP a los tres meses de seguimiento y la percepción de los síntomas de fatiga/somnolencia diaria: las elevadas expectativas estaban asociadas a una menor percepción de mejoría por el uso de la CPAP, lo que se presupone tendrá efectos en la adherencia.

Recientemente, Sampaio, Pereira y Winck (2013) han estudiado la representación cognitiva de la enfermedad. Encuentran que la primera es dependiente del tiempo, es decir, que va cambiando, de forma que los que tienen escasa adherencia, perciben el SAHOS y el tratamiento con APAP (Automatic Positive Airway Pressure) como ligeramente amenazante, mientras que en los pacientes con adherencia la representación cognitiva de la enfermedad de SAHOS como una enfermedad amenazante decrece con el tiempo.

Finalmente, se han estudiado otros aspectos como la personalidad y la influencia de síntomas psiquiátricos como la depresión o la ansiedad. Brostrom,

Stromberg, Martensson, Ulander, Harder y Svanborg (2007) encontraron que los pacientes con personalidad tipo D presentaban una adherencia significativamente menor que los que no tenían este tipo de personalidad. Drake (2010) encontró que el modelo de personalidad de los 5 factores no era predictivo de adherencia. Por otro lado, Edinger et al. (1994) evaluaron la personalidad y los síntomas psiquiátricos por medio del MMPI y encontraron que los “cumplidores” tenían menor depresión y menores puntuaciones en hipocondriasis. Por último, Lewis, Seale, Bartle, Watkins y Ebden (2004) evaluaron la influencia de síntomas de ansiedad y depresión medidas al inicio del diagnóstico y el tratamiento, y no encontraron influencia posterior en el uso de la CPAP.

Factores sociales y relacionados con los recursos sanitarios

Entre los factores sociales estudiados se incluyen el apoyo social, la implicación de la pareja en el tratamiento y la calidad del sueño de la pareja (Weaver y Sawyer, 2010).

Las personas con CPAP que viven solas es menos probable que la utilicen según Lewis et al. (2004). En otros estudios se concluye que aunque el apoyo de una pareja puede influir positivamente en el compromiso para el uso de CPAP, el hecho de no tener este apoyo no supone una barrera percibida al cumplimiento (Sawyer et al., 2010).

Según Cartwright (2008), dormir con una pareja que puede dar feedback sobre la eliminación de síntomas como el ronquido puede contribuir a aumentar el

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

uso de la CPAP. No obstante, tener un “compañero de cama” puede impactar de forma diferenciada en la adherencia. Por ejemplo, la mejora en la calidad del sueño del compañero de cama (como resultado del uso de CPAP del paciente) influye positivamente en el cumplimiento terapéutico de éste (McArdle, Kingshott, Engleman, Mackay y Douglas, 2001), aunque la presión que la pareja ejerza para que el paciente use la CPAP puede influir negativamente en la adherencia evaluada a los tres meses (Baron et al., 2011b).

Sampaio et al. (2013) estudiaron el papel del afrontamiento familiar en la adherencia, además de la representación cognitiva de la enfermedad ya mencionada, y concluyeron que las familias con más estrategias de afrontamiento refuerzan la visión de los pacientes de que serán capaces de responder al tratamiento con APAP, de forma que hay una interrelación entre la autoeficacia y el afrontamiento familiar.

En relación a los recursos sanitarios, Shapiro y Shapiro (2010) señalan aspectos importantes relacionados con el médico, otros profesionales de la salud, las facilidades de acceso a los recursos sanitarios y las políticas gubernamentales, si bien se basa en estudios relacionados en otros problemas de salud distintos al SAHOS y el tratamiento con CPAP. Aunque no hemos encontrado en la literatura investigaciones controladas específicas para la CPAP, es probable que estos factores cumplan un papel muy importante en la adherencia a la CPAP, como sí se desprende de los estudios que evalúan positivamente las intervenciones educativas y de apoyo por parte de los profesionales de la salud dirigidas a aumentar la adherencia, y que serán descritas más adelante.

INTERVENCIONES PARA MEJORAR ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA CPAP

Wozniak, Lasserson y Smith (2014) realizaron una revisión de estudios que evaluaban intervenciones educativas, de apoyo y/o conductuales, a través de búsquedas en el Registro especializado del Grupo Cochrane de Vías Respiratorias (Cochrane Airways Group Sleep Apnoea) hasta enero del 2013. Seleccionaron 30 estudios, y observaron que los tres tipos de intervenciones dieron lugar a un mayor uso de la CPAP en los participantes con SAHOS de moderado a grave que no habían recibido el tratamiento de forma previa. En comparación con el tratamiento habitual, las intervenciones de apoyo continuo aumentaron el uso de aparatos en alrededor de 50 minutos por noche y aumentaron el número de participantes que utilizaron aparatos durante más de cuatro horas por noche de 59 a 75 por 100. Las intervenciones educativas aumentaron el uso de aparatos en alrededor de 35 minutos por noche y aumentaron el número de participantes que utilizaron los aparatos durante más de cuatro horas por noche de 57 a 70 por 100. La terapia conductual dio lugar a una mejoría apreciable en el uso promedio de aparatos de 1,44 horas por noche y aumentó el número de participantes que usaron los aparatos durante más de cuatro horas por noche de 28 a 47 por 100. Los propios autores señalan que la mayoría de los estudios evaluaban intervenciones que mezclaban educación, apoyo y terapia conductual, si bien incluyeron cada estudio en un tipo de intervención únicamente según aquella que era prevalente según su criterio. Este hecho no permite discriminar con certeza qué aspecto contribuye más significativamente al

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

resultado y qué aspectos son prescindibles contribuyendo a disminuir la razón coste/beneficio de las intervenciones.

Olsen et al. (2008) consideran que es necesario evaluar el efecto de los programas educativos en las variables psicológicas que se han visto implicadas en la adherencia al tratamiento para poder conocer los mecanismos por los cuales actúan y desarrollar programas válidos. Consideran que son los programas de intervención desarrollados a partir de una teoría contrastada los que han demostrado mayor eficacia, y nombra dos estudios recogidos en la revisión de Wozniak et al. (2009): Aloia et al. (2001) y Richards, Bartlett, Wong, Malouff y Grunstein (2007). Olsen et al. (2008) señalan que aunque son presentados como programas cognitivos-conductuales, lo que les caracteriza es una intervención que se asemeja a la entrevista motivacional dirigida a aumentar la preparación del paciente a actuar, es decir, a iniciar y mostrar adherencia a la CPAP, a través de aumentar sus expectativas de resultado y autoeficacia.

Aloia et al. (2001) utilizan como base teórica las teorías psicológicas sobre el no cumplimiento y particularmente aquellas relacionadas con el equilibrio decisional y las expectativas de autoeficacia. Realizaron un estudio para comprobar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para mejorar el cumplimiento con CPAP y los resultados en el test de vigilancia en adultos mayores de 55 años con SAHOS. Todos realizaron un test de vigilancia antes y después del estudio, y se recogieron datos sobre el cumplimiento, utilizando microprocesadores internos dentro de las máquinas de CPAP, a la semana 1, 4 y 12 después del inicio del tratamiento.

Utilizaron una muestra de 12 pacientes que fueron aleatorizados a dos grupos. El grupo experimental recibió dos sesiones de 45 minutos cada una diseñadas para educar a los pacientes en las consecuencias del SAHOS y la eficacia de la CPAP en su caso específico al comparar con su polisomnografía. Específicamente, se revisaban sus datos de sueño, sus síntomas (tanto los referidos como los que pasaban desapercibidos para el paciente como la hipertensión), se discutían los beneficios del tratamiento, las ventajas y desventajas del mismo según el paciente y se establecían objetivos de terapia que en la segunda sesión se revisaban de nuevo. También en la segunda sesión se revisaban los cambios en la sintomatología específica del paciente. El grupo control recibió la misma cantidad de tiempo con un psicólogo clínico que el grupo experimental en las que se hablaba de aspectos generales de la arquitectura del sueño y de la opinión del paciente sobre la clínica del sueño, pero no hubo discusión de los estudios del sueño específicos del paciente, las consecuencias del SAHOS o su percepción sobre la necesidad de tratamiento. Los pacientes del grupo experimental no mejoraron en el cumplimiento después de una semana de tratamiento pero si lo hicieron a la semana 12. Durmieron de media con la CPAP 3,2 horas más por noche que el grupo control. Aunque es un aumento de uso mayor a la media encontrada por Wozniak et al. (2014) en los estudios que evalúan la eficacia de la terapia conductual (1,44 horas), el pequeño tamaño de la muestra hace necesario nuevas investigaciones con una mayor población. Una cuestión que no esclarecen los autores es precisamente lo que Olsen et al. (2008) señalaban y que se ha mencionado más arriba: es posible que el cambio, que se detectó en la semana 12 y no antes, tenga que ver con el cambio en alguna variable psicológica sobre la que

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

los autores pretendían influir. Los autores hipotetizan cambios en las mismas sin poder basarse en una medición.

Richards et al. (2007) diseñaron una intervención basada en componentes de la teoría cognitivo-social (autoeficacia, expectativas de resultados y apoyo social), y compararon dos grupos de pacientes. El grupo experimental asistió a dos sesiones en dos semanas consecutivas de una hora cada una que consistieron en una presentación de diapositivas estandarizada (con información sobre el sueño normal, las consecuencias del SAHOS en la salud durante el día y la noche, y la efectividad del tratamiento con CPAP), una demostración de estrategias de relajación para reducir la posible ansiedad en el uso de la máscara, una presentación de un video de 15 minutos de hombres y mujeres de la vida real presentando sus experiencias personales en el aprendizaje del manejo de la CPAP y los beneficios de salud general que lograron. Además, se les enseñó la máquina y se les entregó un documento escrito con información sobre sueño, la enfermedad y el tratamiento, y la salud general. El grupo de tratamiento habitual recibió una sesión educativa estandarizada consistente en dar información sobre el uso de la CPAP y la máscara, y los posibles efectos secundarios. A los 28 días, en el grupo de tratamiento habitual sólo el 31% de los sujetos usaban la CPAP cuatro horas o más por noche, y aproximadamente el 15% más de seis horas. Sin embargo, el grupo experimental obtuvo mayor éxito, con el 77% de los sujetos usando la CPAP más de cuatro horas, y el 50% durante al menos seis horas. Sólo cuatro personas del grupo experimental no iniciaron tratamiento con CPAP después del estudio de valoración, en

comparación con quince que no iniciaron tratamiento en el grupo de tratamiento habitual. Otro aspecto diferencial entre los grupos es que el grupo experimental adquirió mayores expectativas de autoeficacia y apoyo social percibido además de adherencia terapéutica; la expectativa de resultados fue la misma en ambos grupos.

Aunque la comparación de resultados resulta difícil por, entre otras cosas, los diferentes componentes de las intervenciones y su difícil operativización, parece prometedor el desarrollo de intervenciones eficaces en el aumento de la adherencia a la CPAP. Cabe destacar que las intervenciones que se han estudiado consisten en general en una, dos o tres sesiones de entre 45 minutos y hora y media cada una, lo cual en términos de razón coste/beneficio resultan ventajosas y por tanto a ser consideradas seriamente en los servicios de salud.

EL PSICÓLOGO EN EL HOSPITAL: HACIA UN TRATAMIENTO INTEGRAL

En nuestro país, la inclusión del psicólogo clínico y de la salud en el ámbito hospitalario es cada vez más común y se extiende a áreas más diversas. Si bien la OMS (2004) señala que la adherencia es un gran problema multidisciplinar, es raro encontrar programas psicológicos específicos para aumentar la adherencia a los tratamientos y también es raro encontrar la colaboración del psicólogo con enfermería en programas específicos. En este apartado pretendemos ilustrar el funcionamiento de la consulta del servicio de neumología enfocada al aumento de la adherencia, por medio de la experiencia de las autoras en su labor profesional en el

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca. Este hospital fue pionero en incorporar a finales del 2007 una consulta de enfermería específica para pacientes que usaban CPAP. A finales del año 2011, una psicóloga clínica inicia su colaboración con el equipo de neumólogos y enfermeros para crear un programa de intervención psicológica para pacientes en riesgo de abandono o incumplimiento de su tratamiento con CPAP.

En la consulta del neumólogo/a, el paciente, tras la realización de las pruebas pertinentes, es diagnosticado de SAHOS y se le prescribe un tratamiento adecuado al paciente. El neumólogo informa en primer lugar al paciente sobre su enfermedad y el tratamiento con CPAP. Una empresa externa al hospital le suministra a las pocas semanas todo el material necesario y tras un mes de adaptación, se le cita para una primera visita con la enfermera de referencia.

El equipo de enfermería es el que detecta todas aquellas incidencias relacionadas con la enfermedad y el tratamiento. En esa primera visita, la enfermera refuerza la información que tiene el paciente sobre su enfermedad de SAHOS y la CPAP. Revisa y comprueba el uso correcto del equipo y sus componentes, y da información sobre el mismo y el mecanismo de limpieza del aparato. Detecta las incidencias relacionadas con el aparato y propone soluciones: sobre el tipo de mascarilla, el uso de humidificadores, de mentoneras o calentadores en los casos de sequedad de boca, de apertura involuntaria de la misma o de molestias secundarias al aire frío, respectivamente. Ofrece educación sanitaria sobre higiene del sueño, hábitos de vida y nutricionales saludables, en los casos en que sea necesario.

El paciente es citado para seguimiento por enfermería si se han solicitado pruebas, se han realizado cambios en la máquina o tras derivación a otro especialista. Finalmente, en el caso de rechazo del tratamiento por parte del paciente a pesar de los intentos de solución de los problemas detectados, la enfermera procede a la devolución de la CPAP a la empresa suministradora con el consentimiento firmado por el paciente.

Es el equipo de enfermería el que realiza la derivación a la psicóloga clínica cuando detecta que el paciente presenta grandes dificultades de adaptación al tratamiento. La consulta de psicología se ha concebido desde su inicio como un apoyo a la labor realizada por el equipo de neumología, aportando su conocimiento sobre la importancia de los factores psicológicos en la adherencia. La consulta se estructuró en base a los modelos de actuación revisados en la literatura resumida más arriba. El paciente es citado en consulta individual, y se realizan todas las visitas de seguimiento que el paciente necesite, si bien en la experiencia de las autoras, éstas no suelen ser más de tres.

La primera consulta psicológica consiste en una evaluación de la mayor cantidad posible de factores que pueden estar influyendo en una mayor o menor adherencia al tratamiento. Este listado de factores ha sido elaborado por las autoras tomando como referencia el modelo de Green y Kreuter (2000): conciencia de las consecuencias de la enfermedad y la necesidad de tratamiento, vulnerabilidad percibida, locus de control sobre la salud, competencia percibida, beneficio y coste percibido de la conducta saludable, valor otorgado a beneficios y a costes, razón

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

coste/beneficio, consecuencias sociales y emocionales percibidas de la conducta saludable, apoyo social, motivación para cumplir, valor otorgado a la salud, preparación para la acción, intención conductual, objetivo conductual, experiencia subjetiva de estar informado, y finalmente expectativas de resultados y autoeficacia.

Esa evaluación se realiza de forma oral, con la posibilidad de hacerlo de una manera semi-estructurada utilizando varios cuestionarios elaborados por la psicóloga clínica. Paralelamente, se evalúa la mejoría percibida por el paciente tras el uso de la CPAP, dada su importancia para el balance decisional, también usando como guía un cuestionario elaborado a tal efecto.

Este proceso de evaluación es en sí mismo una intervención, en tanto en cuanto se concede más valor a la actitud mantenida en la entrevista que a la recopilación o transmisión de datos. Esta actitud está basada en la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991), la cual considera que es el paciente el que indaga, valora y decide sobre sus propias actitudes frente al tratamiento, siendo el psicólogo clínico alguien que le guía en este proceso y le ayuda a llevar su atención a áreas psicológicas de interés sobre el tema de su propia adherencia. El paciente es agente activo de su cambio, y facilitar este aspecto trasciende la labor educativa o de soporte, es decir, la información o el apoyo no llevan necesariamente a la modificación de creencias o al cambio conductual (sabemos que “fumar mata” pero sigue habiendo fumadores), por lo que la intervención del psicólogo supone un valor añadido a la importante labor del equipo de neumólogos y enfermeros para ayudar a aumentar la adherencia a la CPAP.

REFERENCIAS.

- Aguirrezabal, A. (2004). Sida y mundo laboral: una aproximación desde la Teoría de las Representaciones Sociales. Tesis doctoral no publicada, UPV-EHU, Donostia.
- Ballesteros, B. P., Medina, A. y Cayedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 5, 239-258.
- Barra, E. (2010). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barra, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Revistas Diversitas-Perspectiva Psicológica*, 8, 29-38.
- Canabal, G. (1996). Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. *Investigación y educación en enfermería*, 16, 27-45.
- Castañeda, M. (2007). *El machismo invisible, regresa*. Mexico; Taurus
- Caycedo, C., Ballesteros, B. P. y Novoa, M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 7, 231-250.
- Córdova, A. y Lartigue, T. (2004). Evaluación de dos casos de madres con VIH mediante la entrevista apego adulto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18, 119-13.

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

Deci, E. y Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction.

Journal of Happiness Studies, 9, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I. y

Valle, C. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.

Godoy, P. (1999). Prevalencia de la infección tuberculosa y por el Vih en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). *Revista Española de Salud Pública*, 73, 375-381.

<http://dx.doi.org/10.1590/s1135-57271999000300006>

Harding, S. (1986), *Ciencia y feminismo*. Barcelona: Morata.

Kendall, T. y Pérez, V. H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas Vih positivas*.

Necesidades y apoyos en ámbito médico, familiar y comunitario. Mexico: Colectivo Sol, A.C.

Lamas, M. (1986). *El género: la construcción de la diferencia sexual*. Mexico:

PUEG.

Lartigue, T., Casanova, G., Ortiz, J. y Aranda, C. (2004). Indicadores de malestar

emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-Vih/Sida. *Perinatología y Reprocción Humana*. 18, 73-90.

Lindfors, P., Berntsson, L. & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40, 1213-1222.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.016>

Magis, C., Gayet, C., Negroni, M. & Leyva, R. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Acquired Immune Deficiency Syndrome Journal*, 1, 215-226. <http://dx.doi.org/10.1097/01.qai.0000141252.16099.af>

Molina, C. J. y Meléndez, J.C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika*, 22, 97-105.

O'Cleirigh, C., Ironson, G., Antoni, M., Fletcher, M. A., McGuffey, L. & Balbin, E. (2003). Emotional expression and depth processing of trauma and their relationship to long-term survival in patients with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 225-235. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00524-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00524-x)

OMS (1978). *Atención Primaria y Salud. Informe de la Conferencia Internacional.*

Peñate, W., Del Pino-Sedeño, T. y Bethencourt, J. M. (2010). El efecto diferencial de escribir sobre uno mismo trauma o sobre diferentes traumas en el bienestar psicológico y el estado de salud autoinformado. *Universitas Psychologica*, 9, 433-445.

Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño: adherencia al tratamiento con CPAP

Peterson, C., Park, N. & Seligman, M. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction; The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>

Rico, B., Vandale, S., Allen, B. y Liguori, M. L. (1997). *Situación de las mujeres y el Vih/Sida en América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Ring, L., Holfer, S., McGee, H., Hickey, A. & O'Boyle, C. (2007). Individual quality of life: Can it be accounted for by psychological or subjective well-being? *Social Indicators Research*, 82, 443-43. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-006-9041-y>

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Samman, E. (2007). Psychological and subjective well-being: A proposal of internationally comparable indicators. *Oxford Development Studies*, 35, 459-486. <http://dx.doi.org/10.1080/13600810701701939>

Scott, J. (1986). El género, una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas, M. (Ed), *El género: la construcción de la diferencia sexual* (265-302). México: PUEG.

Valls-Llobet, C. (2003). El dolor y el malestar de las mujeres: Diagnóstico diferencial. En libro de ponencias del *IV Seminario de la Red de Médicos y Profesionales de la Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer.

La correspondencia concerniente a este artículo debe dirigirse a:

Beatriz Martín Cabrero.
Unidad de Psiquiatría. Hospital Son Llàtzer.
Carretera de Manacor km.4
07198 Palma de Mallorca
Islas Baleares

Email: Bmartin2@hsl.es