

# Tema 9: Adhesión al tratamiento, bienestar y calidad de vida

- Concepto y teorías de la adhesión
- Evaluación de la adhesión
- Estrategias de intervención para la promoción de la adhesión
- Concepto de Calidad de vida y bienestar
- Calidad de vida en pacientes crónicos. Factores que influyen en la respuesta ante la enfermedad. Calidad de vida como producto del proceso de adaptación

Profesor: Iván de los Reyes Ruiz Rodríguez  
Área de Psicología Social  
Asignatura: Psicología  
Grado en Podología



# Concepto y teorías de la adhesión



**Adhesión → Reto de la práctica sanitaria**



**Sin adhesión → Tratamiento pierde valor**

Tratamiento eficaz, diagnóstico con precisión, protocolos con evidencia científica → Depende de adherencia del paciente



**Datos epidemiológicos: Adhesión es norma, no excepción**

# Concepto y teorías de la adhesión

OMS

- 50% de pacientes con enfermedades crónicas sigue tratamiento
- 6 meses tras inicio de tratamiento: 30%-80% abandonan

España  
(% incumplimiento)

- 75% patología psiquiátrica
- 70% asma
- 50% hipertensión, diabetes y dislipemias
- 30-40% patologías agudas

Prevención

- 80% abandono programas dietas / tabaco

No problema individual



Patrón generalizado

# Concepto y teorías de la adhesión (Consecuencias)

## Nivel personal

- Empeoramiento de enfermedad
- ↑↑ complicaciones
- Resistencia a antibióticos (uso inadecuado)
- ↑↑ morbilidad/mortalidad

## Nivel profesional / sanitario

- Interpretación errónea de falta de mejoría como fracaso de tratamiento → ↑↑ dosis / cambio de tratamiento no necesario
- ↑↑ gasto: pruebas repetidas, consultas adicionales, uso ineficiente de recursos

## Nivel social

- Impacto en familia y entorno laboral
- Mayor dependencia
- ↑↑ malestar emocional / psicológico

# Concepto y teorías de la adhesión (Qué es adhesión)

- Adhesión ≠ Cumplimiento
- Cumplimiento: Grado en que el paciente sigue el tratamiento tal como fue prescrito
  - Modelo paternalista
  - Visión centrada solo en conducta de paciente
  - Incumplimiento → Responsabilidad sobre paciente
  - Consecuencias
    - No pregunta dudas
    - Oculta dificultades
    - Abandono tratamiento al no sentirse escuchado
- Adhesión: Implicación activa, voluntaria y colaborativa del paciente en un plan de tratamiento aceptado de mutuo acuerdo
  - Modelo mutualista / de colaboración
  - Profesional → Información / Paciente → Decisiones y responsabilidad
  - Relación + simétrica
  - Conducta profesional influye en adhesión
  - No culpa paciente: Analizan factores que influyen en adhesión
  - Paciente no se "vuelve activo por inspiración" → Profesional favorece

# Concepto y teorías de la adhesión (Conducta de adhesión)

Adhesión no comportamiento único → Conjunto de conductas

- Medicación correctamente
- Pautas de actividad / reposo
- Dieta y cambios de estilo de vida
- Revisiones
- Evitar riesgos / hábitos nocivos
- Cumplir curas / pautas no farmacológicas (vendajes, ejercicios,...)

Falta de adhesión

- No intencional: olvidos, errores, falta de comprensión
- Intencional: Consciente de no seguir tratamiento

# Concepto y teorías de la adhesión (Podología)

## Adhesión especialmente crítica

## Uso de plantillas en fascitis plantar (eficacia)

- Uso tiempo recomendado
- Entienda para qué sirven
- Perciba comodidad
- Reciba seguimiento y ajuste adecuado

## Pie diabético

- Curas
- Control del calzado
- Descarga plantar
- Revisiones periódicas
- Control glucémico

# Concepto y teorías de la adhesión (Teorías principales)

Modelos  
biomédicos

Modelos  
conductuales

Modelos  
cognitivos

# Teorías principales (Modelos biomédicos)



Idea: Características del paciente, enfermedad, relación terapéutica → predicen incumplimiento



Factores (Haynes et al.)

Edad

Nivel educativo

Comprensión de enfermedad

Nº medicamentos



Perfiles de pacientes tienen más probabilidad de adherirse que otros



Limitación

No explican cómo se producen esos factores ni cómo interactúan con contexto  
“Falta de comprensión” puede ser por mala comunicación (no por déficit de paciente)

# Teorías principales (Modelos conductuales)

- Adhesión es una conducta de salud que se aprende y se mantiene en función de refuerzos, consecuencias, presencia/ausencia de estímulos que mantienen conducta
- Subtipos
  - Modelos operantes
  - Modelos de comunicación
  - Modelos cognitivos



# Teorías principales (Modelos conductuales – Modelos operantes)

## Aplican principios de condicionamiento operante

- Moldeamiento de conducta: aprender paso a paso
- Planificación ambiental: Adaptar contexto → Facilita conducta
- Refuerzos

## Muy usado para adhesión en enfermedades crónicas (hospitales y hogar)

## Limitaciones

- Existencia de multitud de factores cognitivos implicados (no en cuenta)
- Papel de conducta verbal → Creencias y expectativas de paciente

## Paciente con fascitis plantar → Uso de plantillas diariamente

- Refuerzo positivo al usarlas correctamente
- Recordatorios visuales
- Asociación de plantillas con rutinas fijas

# Teorías principales (Modelos de comunicación)

## Centrados en cómo mejorar

- Recepción del mensaje
- Comprensión del mensaje
- Retención del mensaje

Si entiende mejor tratamiento, + capacitado para llevarlo a cabo

Impacto en campañas de salud pública: mensajes claros, repetidos, simples y adaptados

## Aplicación podología

- Pie diabético: explicar cómo hacer una cura usando lenguaje sencillo y demostraciones visuales → Comprobar comprensión
- Folletos ilustrados sobre cuidado de pie
- Repetir mensajes clave (revisión diaria, señales de alarma)

# Teorías principales (Modelos cognitivos)



Expectativas, creencias y evaluaciones de paciente influyen en su decisión de adherirse



Teoría de la Autoeficacia (Bandura, 1977)



Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974)



Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980)



Teoría de la Acción Social (Ewart, 1993)

# Teorías principales (Modelos cognitivos – Teoría de la autoeficacia)

Autoeficacia: Convicción de la persona de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida

## Determinante fundamental

- Cuánto esfuerzo empleará
- Cuánto tiempo mantendrá la conducta
- Cómo afrontará barreras / dificultades

## Relación con adhesión

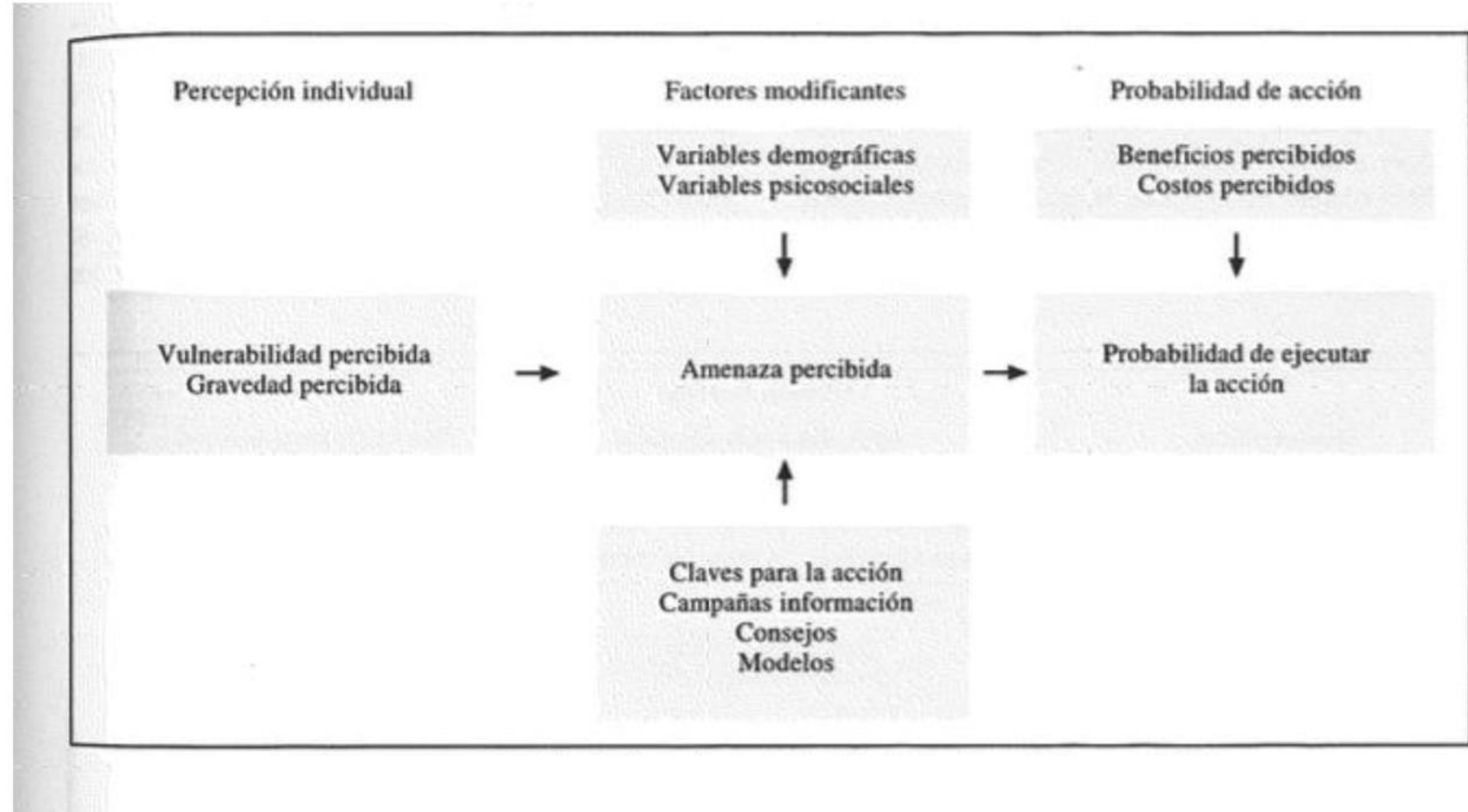
- Paciente no cree que pueda realizar conducta (modificar calzado, hacer cura) → muy improbable que la realice (incluso conociendo beneficios)

## Paciente mayor → limpiarse úlcera a diario

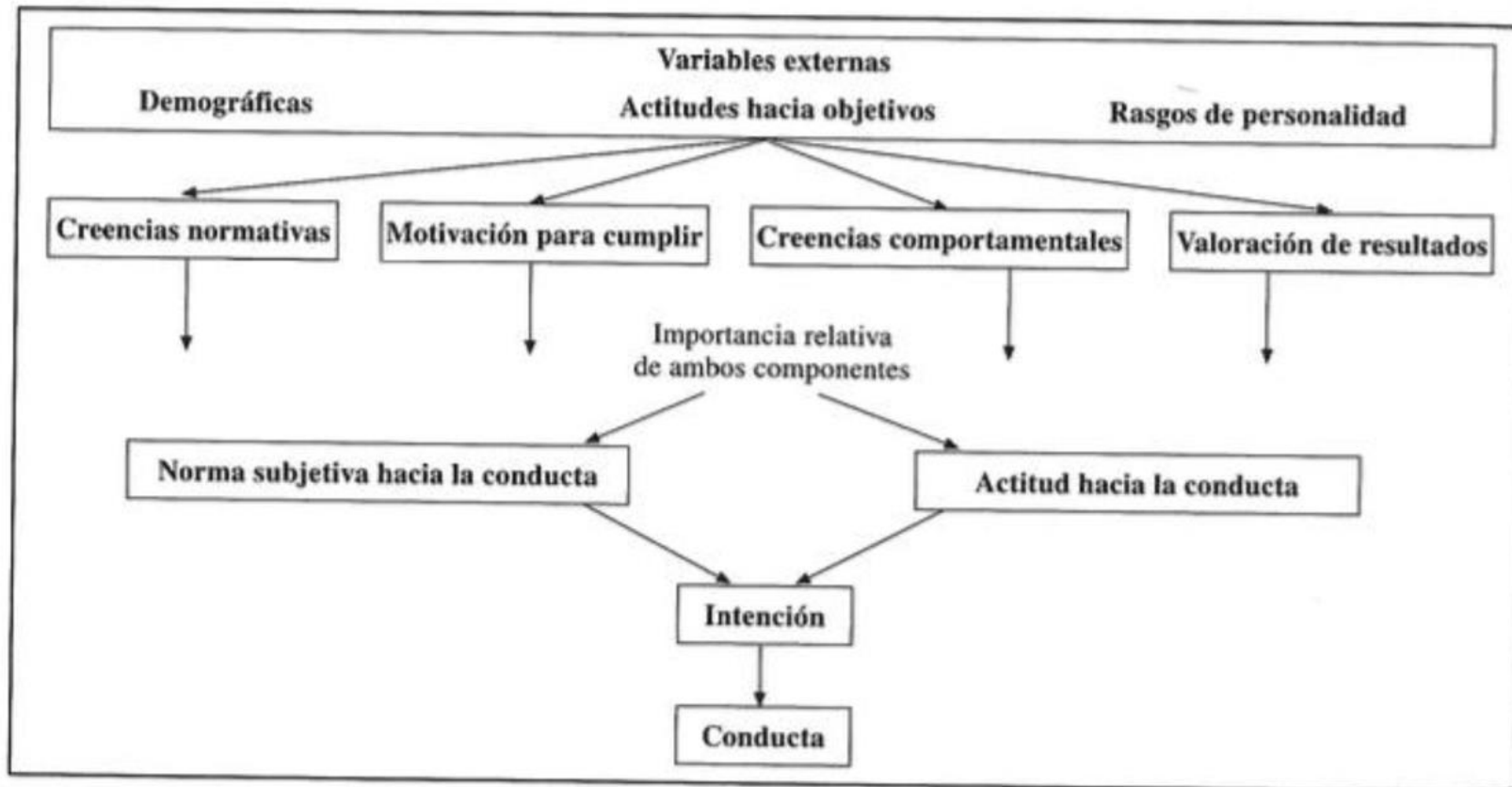
- Aún sabiendo cómo, no se cree capaz (“no tengo maña”, “me da miedo”) → poca probabilidad de adherencia

Profesional: Reforzar sensación de competencia (enseñando paso a paso)

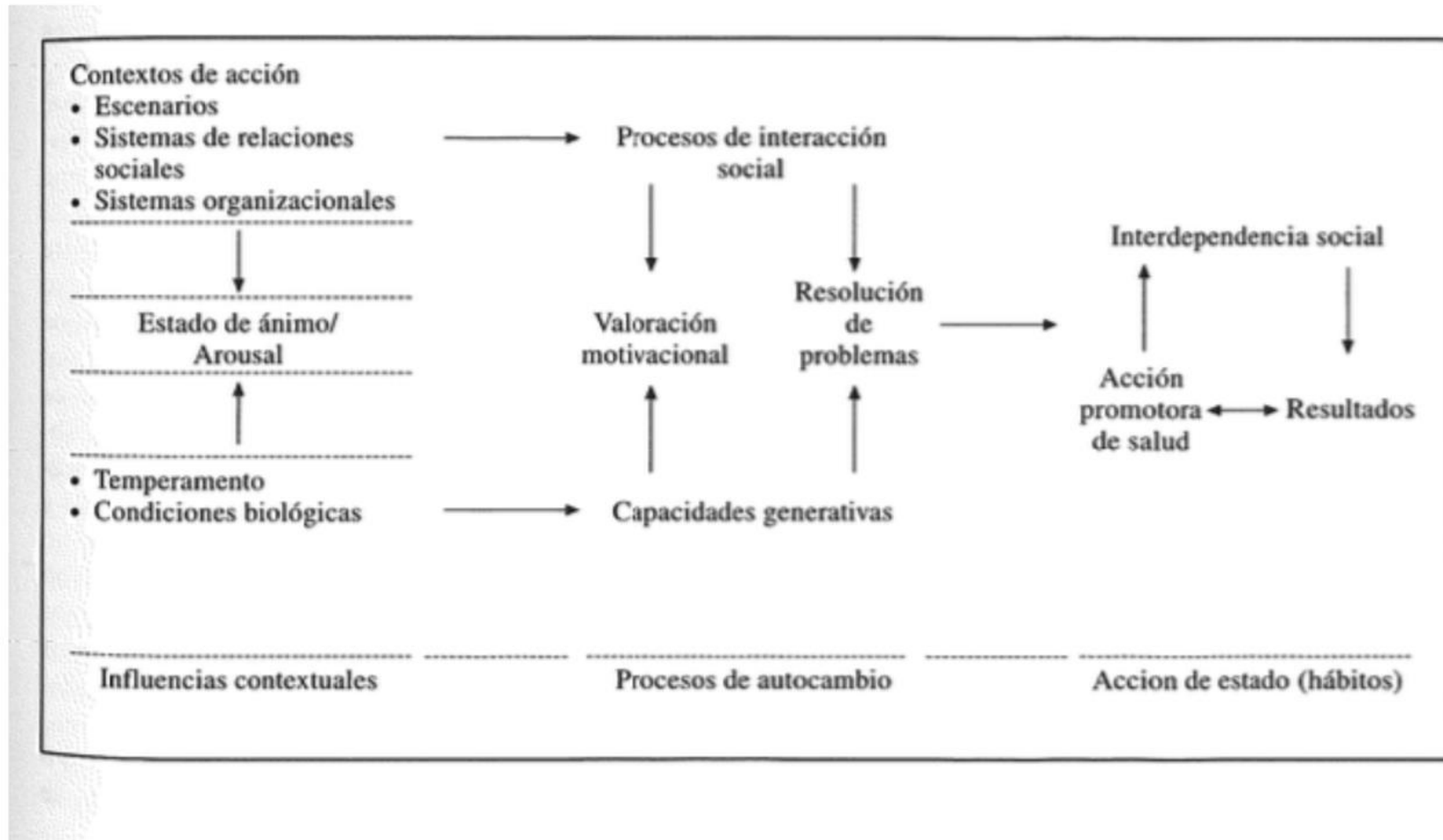
# Teorías principales (Modelos cognitivos – Modelo de Creencias de Salud)



# Teorías principales (Modelos cognitivos – Teoría de la Acción Razonada)



# Teorías principales (Modelos cognitivos – Teoría de la Acción Social)





# Teorías principales

- Modelos biomédicos → Factores de riesgo
- Modelos conductuales → Cómo se forma y mantiene la conducta
- Modelos cognitivos → Cómo paciente interpreta su situación
- ¡¡¡Combinar 3 enfoques!!!

# Concepto y teorías de la adhesión

- Adhesión influyen múltiples factores interrelacionados
  - Variables de tratamiento
  - Relación profesional-paciente
  - Variables del paciente
  - Variables de enfermedad

# Factores que influyen en adhesión (variables del tratamiento)

## Mejores predictores de adhesión

## Reducción de adhesión cuando tratamiento

- Demasiado complejo (varios medicamentos, múltiples dosis, instrucciones complicadas)
- Interferente con estilo de vida (reorganizar horarios laborales/familiares)
- Prolongado en tiempo (ttos crónicos → deterioro progresivo de adhesión)
- Escasamente supervisado

## Adhesión a un programa complejo no predice adhesión a cada uno de sus componentes

- Paciente sigue uso de plantillas, pero no recomendaciones dietéticas

# Factores que influyen en adhesión (Relación profesional-paciente)

Satisfacción del paciente con el profesional → Mejor adhesión



## Componentes

Comunicación clínica

Actitudes del profesional

# Relación profesional-paciente (Comunicación clínica)

Quando se requiere que paciente realice conducta → 1ª tarea de profesional: informarle de forma clara, simple y operativa

## Fallos

- Dar menos información de la necesaria
- Instrucciones se comprenden incorrectamente
- Minutos después de consulta, paciente recuerda la mitad del contenido

## Comunicación falla en

- Ausencia de instrucciones explícitas (qué, cómo, cuándo)
- Falta de adaptación a estilo de vida del paciente
- Ausencia de supervisión/seguimiento
- No ensayo de conductas nuevas

## “Conducta gobernada por reglas”

- Instrucciones de profesional → “reglas” que guían conducta (siempre que describan bien contingencias reales)

# Relación profesional-paciente (Actitudes del profesional)

## Actitud empática

- Humaniza relación
- Mejora confianza
- Aumenta receptividad de paciente
- Refuerza expectativas positivas sobre evolución
- Motivo: Consecuencias inmediatas para paciente (aclarar dudas / adaptar tratamiento)

## Trato cordial y respetuoso

- Facilita comprensión de tareas
- Paciente se atreve a preguntar, expresar barreras, comprometerse con plan

# Factores que influyen en la adhesión (Variables del paciente)

Menos capacidad predictiva en adhesión

Variables sociodemográficas

- No buenos predictores
- Relación mediada por duración y complejidad de tratamiento

Variables de personalidad

- Tampoco predicen adhesión

Expectativas del paciente

- Incluye: creencias sobre enfermedad, causas, consecuencias, tratamiento, eficacia
- Efecto modesto aunque sí influyen en
  - Cómo interpreta las prescripciones
  - Disposición inicial al tratamiento
- Pueden mejorar adhesión al principio del tratamiento

Autoeficacia

# Factores que influyen en la adhesión (Variables de la enfermedad)

- Tipo de enfermedad
  - Enfermedades agudas → Mejor adhesión al inicio
    - Malestar evidente → Tratamiento efectos rápidos → Motivación alta
  - Enfermedades crónicas → Adhesión más baja
    - Tratamiento largo → síntomas fluctúan / no generan alarma inmediata → beneficio a medio-largo plazo
    - “Fatiga del tratamiento”
- Severidad de la enfermedad
  - Objetiva: No predice bien adhesión
  - Subjetiva: Si predice adhesión
- Síntomas y experiencias subjetivas
  - Síntomas → señales internas que aumentan/disminuyen adherencia
    - Nota mejora → Abandono tratamiento prematuro
    - Nota empeoramiento → aumentar adherencia / abandono por miedo
    - No nota síntomas (enfermedades silenciosas) → Baja adhesión

# Factores que influyen en la adhesión (Variables de la enfermedad)

## Evolución de la enfermedad y consecuencias visibles

- Consecuencias visibles (infecciones cutáneas, deformidades, heridas)
  - Mayor adherencia inicial
  - Al mejorar apariencia → motivación disminuye
- Sin señales externas (neuropatía diabética)
  - Menor percepción de amenaza → peor adherencia

## Comorbilidades

- Aumenta complejidad del tratamiento
- Incrementa carga de tareas
- Reduce probabilidad de mantenimiento de adhesión

# Evaluación de la adhesión

## Métodos indirectos de evaluación de la adhesión

- Entrevista clínica
- Autoinformes / Autorregistros del paciente
- Información de familiares / cuidadores

## Métodos directos de evaluación de la adhesión

- Recuento comprimidos / material de tratamiento
- Controles electrónicos
- Revisar bases de datos farmacia
- Marcadores bioquímicos
- Medida del efecto farmacológico



No viables

# Evaluación de la adhesión (Métodos indirectos – Entrevista clínica)

Sobre hábitos y cumplimiento (“¿Está realizando los ejercicios?”)

Limitaciones

Profesional sobreestima nivel de cumplimiento

Paciente tiende a responder lo que cree que el profesional quiere oír

Poca info sobre errores (horarios, omisiones)

Permite observar señales que ayudan a detectar incumplimiento

Dudas de paciente

Contradicciones

Desconocimiento de pauta

Expresiones de miedo / evitación

# Evaluación de la adhesión

(Métodos indirectos – Autoinformes / Autorregistros del paciente)



**Método rápido y fácil**



**Explorar motivos de incumplimiento**



**Facilita diálogo y alianza terapéutica**



**Limitaciones**

Deseabilidad social → Reporta más adhesión de la real

Olvidos / Errores en registro

Requiere cooperación y constancia

# Evaluación de la adhesión (Métodos indirectos – Autoinformes / Autorregistros del paciente)

Necesidad de adaptación (en caso necesario) para podología (hábitos y pautas)

Test de Haynes-Sackett (Haynes et al., 1979) – conocido como Test de Cumplimiento Autocomunicado

- La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar sus comprimidos ¿tiene usted dificultades para tomar los suyos? (Sí / No)
- Ante respuesta negativa: ¿Cuándo los toma? (Todos los días / muchos / algunos / pocos días / rara vez)

Test de Morisky-Green (Morisky et al., 1986) (Sí / No)

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

# Evaluación de la adhesión (Métodos indirectos – Información de familiares / cuidadores)

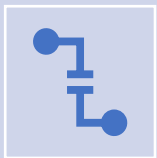


Útil cuando paciente

No recuerda

No quiere reconocer errores

Presenta deterioro cognitivo



Limitación

Invasión de privacidad → Tensión en relación familiar

# Evaluación de la adhesión

## Podología

- Tratamientos prolongados (úlceras, neuropatías)
- Conductas complejas (cambios de calzado, curas)
- Pacientes mayores / con comorbilidades
- Seguimiento

## Viabilidad métodos indirectos

### Entrevista clínica estructurada

- Preguntar con detalle y sin juicio, ejemplos concretos (“¿Cuántas veces se puso las plantillas la última semana?”, “en la cura, ¿qué paso le resulta más difícil?”)

### Autoinformes breves y fáciles

- Versión adaptada Morisky
- Registros simples de síntomas/curas

### Asistencia a citas

### Observación directa

- Mostrar cómo

### Información de familiares

- Especialmente si tiene limitaciones

Estrategias de intervención para la promoción de la adhesión

No solo aumentando conocimiento de paciente



Estrategias se centran en

Cómo se comunica la información

Cómo se negocian los objetivos terapéuticos

Cómo se entrenan las habilidades necesarias para el autocuidado

Cómo se apoya, supervisa y refuerza la conducta del paciente

# Estrategias de intervención para la promoción de la adhesión (Comunicación clara, estructurada y adaptada)

Forma de comunicar → Influye en cuánto recuerda y capacidad para actuar

## Categorización explícita

- Profesional anuncia qué va a explicar antes (“vamos a hablar de tres cosas: higiene, calzado y descarga”)
- Ayuda a paciente a organizar información en memoria → Aumenta recuerdo

## Efecto de primacía y efecto de recencia

- Si conducta se realiza más adelante → Información crucial al inicio (primacía)
- Si conducta se realiza de inmediato → información crucial al final (recencia)

## Lenguaje simplificado

- No tecnicismos, frases cortas, instrucciones accesibles
- “haga ejercicio” / “suba escaleras una vez al día”

## Indicaciones específicas y operativas

- Describir qué, cómo, cuándo y dónde
- “use plantillas cuando pueda” / “Póngase las plantillas desde que se levanta hasta la noche, todos los días”
- Fracaso si profesional desconoce contexto del paciente (ej. Vivir en décimo)

# Estrategias de intervención para la promoción de la adhesión (Comunicación clara, estructurada y adaptada)

## Repetición sistemática

- Recuerda + cuando: se repiten puntos clave, estructura, instrucciones operativas

## Repetición del paciente

- Pedir paciente que repita con sus palabras: qué debe hacer, cómo, cuándo, durante cuánto tiempo
- Funciones
  - Detectar errores en comprensión
  - Reforzar por entender bien instrucciones
  - Obtener compromiso público → Aumenta adherencia

## Uso de ilustraciones y material escrito / grabado

- Aceleran comprensión
- Reducen carga verbal
- Mejoran recuerdo
- Permiten que repase información en casa

# Estrategias de intervención para la promoción de la adhesión (Entrenamiento en entrevista clínica)

No solo recoger datos → instrumento para mejorar adhesión

## Motivos

- Escucha empática tiene efecto motivador → mejora vínculo y aumenta participación de paciente
- Conocer barreras reales del paciente (problemas familiares, horarios, limitaciones físicas, creencias erróneas)
- Información permite adaptar tratamiento a condiciones de paciente

## Objetivos

- Recoger información relevante
- Transmitir información útil (autocuidado)
- Servir como modelo de habilidades (cómo aplicar un vendaje, realizar cura)

# Estrategias de intervención para la promoción de la adhesión (Entrenamiento en autocuidados)

Saber qué hacer no implica saber hacerlo

Entrenamiento en autocuidados, incluir

- Ensayo guiado de la conducta: modelado y práctica supervisada
- Corrección de errores
- Enseñanza gradual (moldeamiento, encadenamiento)
- Control de estímulos: facilitar que conducta ocurra (recordatorios)
- Autoinstrucciones: pasos verbales que paciente se repite para guiar la acción
- Evaluación periódica del desempeño

Ej paciente diabético

- Profesional modela conducta
- Paciente practica
- Corregir errores
- Pauta entrenamiento en casa
- Revisa en siguiente sesión

# Estrategias de intervención para la promoción de la adhesión (Negociación de objetivos terapéuticos)



**Profesional no impone tareas → Negocia con paciente considerando**

Estilo de vida

Capacidades

Creencias

Expectativas

Limitaciones físicas / económicas



**Objetivo: reducir cantidad de conductas mínimas necesarias y fijar metas secuenciales**

Prescripciones complejas fracasan

Prescripciones contrarias a rutina fracasan

Cambios deben ser graduales

# Concepto de calidad de vida y bienestar

- Calidad de vida
  - Grado en que el bienestar físico, social, funcional o emocional esperado por el paciente se ve afectado o disminuido por el tratamiento o por el proceso médico (Cella, 1994)

# Calidad de vida como evaluación subjetiva del bienestar



**Calidad de vida → Juicio subjetivo sobre su**

Felicidad  
Satisfacción personal  
Estado de ánimo  
Bienestar emocional



**Componente subjetivo incluye**

Emociones positivas (alegría, calma)  
Satisfacción vital  
Expectativas cumplidas / frustradas  
Interpretación del propio estado de salud

# Calidad de vida como evaluación subjetiva del bienestar



- Pacientes con fascitis plantar con dolor moderado pero satisfecho si comprende evolución y nota progresos

- Lesión leve y fatalismo si piensa “no podré volver a caminar”

Calidad de vida depende de exp subjetiva, no solo diagnóstico

**Calidad de vida**  
**sob**

Feli  
Satisfaccio  
Estado de ánimo  
Bienestar emocional

**Subjetivo incluye**

as (alegría, calma)  
ción vital  
Expectativas cumplidas / frustradas  
Interpretación del propio estado de salud

# Calidad de vida como condiciones objetivas del entorno

## Calidad de vida influida por indicadores objetivos

- Nivel económico (ingresos, empleo)
- Vivienda (comodidad, seguridad)
- Servicios disponibles (sanitarios, educativos, comunitarios)
- Interacción social (apoyo, amistades)
- Estado de salud

## Paciente con pie diabético

- Vive solo
- Sin ascensor
- Lejos del centro de salud

Peor calidad de vida y + riesgo de complicaciones

# Salud como dimensión mixta: física, psicológica y social

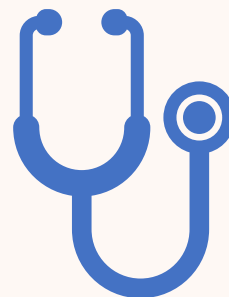


**Salud → Indicador mixto de calidad de vida**

Parámetros físicos objetivos (biológicos)

Percepciones subjetivas (cómo se siente el paciente)

Condiciones sociales (apoyos, contexto)



**OMS (1948) → Salud es un estado completo de bienestar físico, psicológico y social, no solo ausencia de enfermedad**

# Calidad de vida relacionada con la salud

## Bienestar general (QoL)

- Ingresos
- Trabajo
- Vivienda
- Relaciones sociales
- Actividades de ocio
- Seguridad
- Condiciones ambientales

## Calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL)

- Cómo la salud afecta a la vida de la persona
- Cómo la enfermedad limita o altera su bienestar
- Cómo los tratamientos afectan su funcionamiento
- Su percepción de síntomas, energía, movilidad y autonomía
- Satisfacción con la evolución clínica

# Calidad de vida (Podología)

## Importante

- Calidad de vida → subjetiva
- No solo depende de gravedad
- Factores psicológicos y sociales
- Exige atender perspectiva de paciente

## Podología

- Enfermedades poco dolorosas pero muy limitantes (neuropatía diabética)
- Lesiones visibles que afectan a autoestima (uñas, deformidades)
- Tratamientos largos que deterioran calidad de vida
- Miedo a amputación → reduce bienestar

# Calidad de vida en pacientes crónicos: factores y adaptación

Cdv → Relevancia en enfermedades crónicas

No solo “mejor o peor” → cómo vive, interpreta y afronta una condición que acompañará durante largos periodos (toda una vida)

Factores de calidad de vida en población normal también en pacientes crónicos

- Nuevos elementos que influyen directamente en bienestar
  - Presencia de síntomas
  - Capacidad funcional
  - Impacto emocional
  - Dificultades para autocuidado / económicas

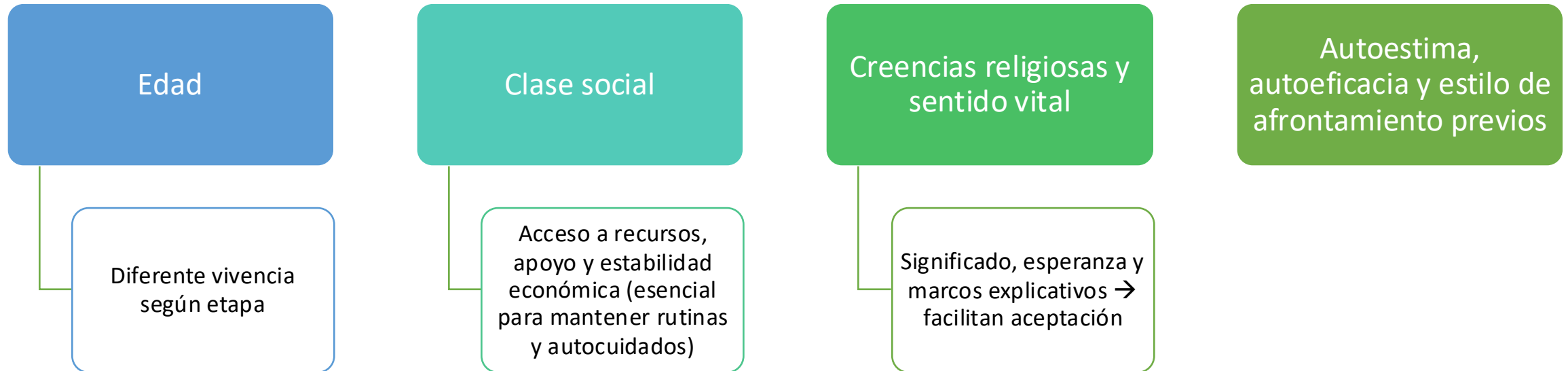
# Factores que influyen en la adaptación a la enfermedad crónica (Factores relacionados con la enfermedad)

Grado de amenaza	Enfermedades que implican discapacidad, dolor persistente, riesgo vital o tratamientos invasivos → mayor estrés / peor adaptación
Alteración de la imagen corporal	Impacto profundo en autoestima y dificultad de aceptación
Enfermedades visibles	Condiciones que se manifiestan físicamente (úlceras, deformidades) → vergüenza, aislamiento social, miedo al estigma
Tratamientos con efectos secundarios severos	Fatiga, dolor, cambios corporales, restricciones alimentarias / funcionales

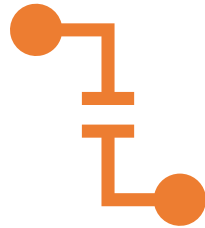
# Factores que influyen en la adaptación a la enfermedad crónica (Factores relacionados con la enfermedad)

Grado de amenaza	Enfermedad crónica, estrés	Paciente con pie diabético	tratamientos invasivos → mayor
Alteración de la imagen corporal	Impacto	<ul style="list-style-type: none"><li>- Úlceras visibles</li><li>- Riesgo de amputación</li><li>- Dolor / pérdida de sensibilidad</li><li>- Limitación funcional (caminar)</li><li>- Tratamientos prolongados</li></ul>	
Enfermedades visibles	Condición al est	Aumenta carga emocional y dificulta adaptación	ergüenza, aislamiento social, miedo
Tratamientos con efectos secundarios severos	Fatiga, dolor, cambios corporales, restricciones alimentarias / funcionales		

# Factores que influyen en la adaptación a la enfermedad crónica (Factores personales)



# Factores que influyen en la adaptación a la enfermedad crónica (Factores del entorno físico y social)



## Apoyo social

Cantidad / Calidad de interacciones familiares, comunitaria y laborales predicen adaptación

Apoyo emocional, instrumental e informacional  
→ facilitan ajuste



## Entorno físico

Paciente hospitalizado durante largos periodos ≠ en casa

# La adaptación a la enfermedad crónica: procesos y fases

## Shontz (1975)



### Fase de choque

Aturdimiento, desconexión emocional

Reacciones automáticas

Días / Semanas



### Reacción de encuentro

Pensamientos desorganizados

Desesperanza, indefensión

Predominio de estrategias evitativas  
(negación)



### Fase de retraining

Negación inicial de la enfermedad

Gradual toma de conciencia

Inicio de aceptación y ajuste

# Áreas que se valoran en calidad de vida de paciente crónico



## **Estatus funcional**

Autocuidado, movilidad, actividades físicas



## **Síntomas físicos**

Dolor, fatiga, rigidez, efectos secundarios del tratamiento



## **Funcionamiento psicológico**

Estrés, ansiedad, ajuste emocional



## **Funcionamiento social**

Roles laborales / familiares, interacción social

# Áreas que se valoran en calidad de vida de paciente crónico



## Estatus funcional

Autocuidado, movilidad, actividades físicas

Autonomía



## Síntomas físicos

Dolor, fatiga, rigidez, efectos secundarios del tratamiento

Síntomas



## Funcionamiento psicológico

Estrés, ansiedad, ajuste emocional

Bienestar emocional



## Funcionamiento social

Roles laborales / familiares, interacción social

Participación social

# Relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento

## Calidad de vida → Adherencia

- Paciente con buen ajuste emocional / mejor apoyo / menor sintomatología → + energía / motivación para seguir indicaciones

## Adherencia → Calidad de vida

- Controlar síntomas, reducir complicaciones y mantener autonomía

## Relación bidireccional

Calidad de vida → Adherencia

Paciente adherente a cura de úlcera  
Mejora + rápido  
Aumenta movilidad / Reduce ansiedad  
Mejora calidad de vida

Adherencia → Calidad de vida

- Controlar síntomas, reducir complicaciones y mantener autonomía

Relación bidireccional

tratamiento

# Relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento

## Calidad de vida → Adherencia

- Paciente con buen ajuste emocional / mejor apoyo / menor sintomatología → + energía / motivación para seguir indicaciones

## Adherencia → Calidad de vida

- Controlar síntomas, reducir complicaciones y mantener autonomía

## Relación bidireccional

# Relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento

Calidad de vida → Adherencia

- Paciente con buen ajuste emocional / mejor apoyo / menor sintomatología → + energía / motivación para seguir indicaciones

Adherencia → Calidad de vida

Paciente con depresión, aislamiento, estrés  
Peor calidad de vida  
Menor energía / motivación para autocuidados  
Peor adherencia  
Empeora úlcera  
Reduce calidad de vida

# Relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento

## Calidad de vida → Adherencia

- Paciente con buen ajuste emocional / mejor apoyo / menor sintomatología → + energía / motivación para seguir indicaciones

## Adherencia → Calidad de vida

- Controlar síntomas, reducir complicaciones y mantener autonomía

## Relación bidireccional

# Implicación práctica con pacientes crónicos

- Evaluar / Mejorar la calidad de vida no es “complemento”
  - Ayuda a ajustar expectativas
  - Identificar áreas de vulnerabilidad
  - Orienta a intervenciones psicosociales
  - Evita tratamientos que prolongan la vida pero deterioran bienestar
  - Mejora adherencia y pronóstico

