

ciones legales que establecen la obligación de un médico para "llevar a cabo cualquier acción que se requiera para preservar la salud o la vida de un paciente".

La ética es la conciencia de la práctica médica. "Una buena práctica dentro de los preceptos de la ética, permite asegurar una atención médica con calidad".

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ginebra. 1949.
2. Declaración de Helsinki. Asamblea Médica Mundial. Helsinki 1964, Tokio 1975, Venecia 1983 y Hong Kong 1989.
3. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo. 1994.
4. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. 1995.
5. Real de la Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. España 1981.

La relación médico-paciente y su papel en el apego al tratamiento

DR. NIELS H. WACHER

Egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en Medicina Interna. Maestro en Ciencias Médicas. Ha publicado varios artículos en revistas nacionales y extranjeras. Ex jefe de enseñanza del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Actualmente jefe de Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Concepto

Se define el apego al tratamiento como el grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico. Esta conducta no se limita a la toma de medicamentos e incluye, las indicaciones relativas a la dieta, el ejercicio, cambios de estilo de vida y otras indicaciones higiénicas, los exámenes paraclínicos, asistencia a las citas y cualquier otra indicación o recomendación relevante para el diagnóstico, prescripción, monitoreo y control del padecimiento.

La evaluación del apego al tratamiento supone como prerrequisito el cumplimiento de los siguientes supuestos: que se trate de una enfermedad relevante, que exista tratamiento eficaz, que el diagnóstico y la prescripción sean correctos, que existan métodos apropiados para medir el apego y que existan consecuencias demostrables del desapego.

Magnitud del problema

El desapego al tratamiento constituye uno de los retos terapéuticos más importantes de la actualidad. En un número creciente de padecimientos crónicos considerados incurables y que corresponden con las más importantes causas de mortalidad, (la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las dislipidemias, por mencionar sólo algunos) se

ha demostrado que existen medidas preventivas relativamente sencillas que evitan la enfermedad y en quienes ya enfermaron existe un tratamiento eficaz, que permite retrasar o reducir las complicaciones que causan la muerte o la incapacidad. Un número creciente de médicos y pacientes conocen estas alternativas terapéuticas y a pesar de esto, se estima que no más de 60% de los pacientes se apegan a las recomendaciones de su médico.

Por ejemplo, se calcula que la mayoría de los casos de hipertensión arterial que reciben tratamiento y están aún fuera de control, se relacionan con desapego al tratamiento. En estos enfermos, 32% de los ingresos al hospital tienen su origen en un problema de desapego y que el costo de la atención médica aumenta en casi 900 dólares americanos por paciente como consecuencia del aumento en las complicaciones relacionadas con el desapego.

Entre las indicaciones no farmacológicas el problema es aún mayor, el apego a la dieta no suele ser mayor de 50% (sólo en relación a las calorías, pues otras indicaciones específicas como el consumo de colesterol o grasas de origen animal puede ser aún menor). La prescripción de ejercicio regular no suele seguirse en más de 30% de los casos y la recomendación de usar medidas preventivas, como el cinturón de seguridad en el automóvil sólo la siguen 20% de los pacientes, cuando la recomendación viene del médico.

Métodos para medir el apego

Se han usado distintos métodos para evaluar el apego al tratamiento y ninguno es perfecto; entre los peores se encuentran la apreciación del médico y el autoreporte del enfermo. La capacidad del médico para predecir la conducta del enfermo, basado en su "experiencia y conocimiento del enfermo" es notablemente imprecisa, el autoreporte del paciente, aunque altamente específico es poco sensible, pues, aunque casi nunca mienten cuando informan desapego, pocos enfermos admiten de manera espontánea esta conducta. Algunos de estos últimos enfermos responden afirmativamente cuando el médico los cuestiona (preguntar al paciente), pero una proporción considerablemente, por temor, vergüenza u otras razones.

Se han usado otros métodos: evaluar efectos terapéuticos del fármaco, que se basa en algunos supuestos que con frecuencia no se cumplen: que la prescripción fue adecuada, que la farmacocinética y la farmacodinamia serán iguales o equivalentes en todos los casos; inclusive, que el enfermo recibió instrucciones apropiadas, lo cual no siempre sucede. La medición del fármaco en la sangre u otros componentes corporales se asocia con problemas similares y además suele ser costosa y en ocasiones resulta imposible (como cuando se evalúa el apego a indicaciones no medicamentosas). El estándar de oro es la cuenta de tabletas o medicamento sobrante, ya sea con visita a domicilio o en la consulta, que es poco práctico en el consultorio y se usa casi exclusivamente en la investigación. Aún este método

do puede resultar impreciso si el paciente tira el medicamento sobrante o lo comparte con otros, pues extraer el medicamento de su envase no garantiza que se tomó. Los métodos más recientes incluyen dispositivos electrónicos integrados en el envase que permiten registrar la fecha y la hora en que éste se abrió. Se asume que cada registro corresponde con una toma (un supuesto inexacto). La ventaja de estos métodos es que permiten evaluar apego en el consumo numérico y además, permiten evaluar si la frecuencia y el horario corresponden con lo indicado. Desafortunadamente estos métodos son notablemente costosos y requieren equipo y "software" difícil de conseguir. En comparación con este último método, la cuenta de pastillas tendría la desventaja de no detectar cambios en el horario; sin embargo, el resultado final (el porcentaje de tomas con respecto del total esperado) representa la suma integrada de todas las fallas del apego e identifica fielmente a los pacientes con mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del desapego.

Dificultades para medir el apego

La dificultad principal para evaluar el apego comienza con la necesidad de definir "operativamente" esta conducta. En términos generales, la costumbre y la evidencia han señalado que al menos 80% del fármaco indicado en la prescripción debe consumirse para lograr el efecto terapéutico esperado. Esta definición puede ser inadecuada en casos específicos, donde el tiempo de latencia entre el desapego y su efecto es muy corto o donde es importante el horario de las tomas o aplicaciones (las inyecciones de insulina, especialmente la insulina de acción rápida, deben acoplarse con la ingesta de medicamentos). Los medicamentos con una vida media más larga pueden permitir períodos más largos de desapego sin que se hagan evidentes sus consecuencias.

Otra dificultad reside en determinar si se trata de desapego completo o parcial y este último es el más frecuente de todos. El desapego puede tomar distintas formas, omisión (el más estudiado), comisión (por ejemplo sobremedicación), errores de horario, olvidos y otras. El enfermo que sólo en algunas circunstancias y por períodos de tiempo variables, suspende o reduce la dosis o el número de tabletas). Sin embargo, esta forma de desapego también se ha relacionado con consecuencias perjudiciales para el enfermo y debe investigarse y resolverse.

La disponibilidad de bases de datos "administrativas" ha originado un caudal de informes relacionados con "desapego" en estudios que además causan gran impacto por que el tamaño de la muestra alcanza decenas y hasta centenares de miles de pacientes. Estos estudios no necesariamente analizan desapego. La conducta que analizan es la de "resurtir la receta" que seguramente incluye pacientes con desapego, pero que no garantiza de manera alguna que la "receta surtida" corresponde con el acto de consumir el fármaco.

En los casos de las indicaciones no terapéuticas el problema es aún mayor, pues no existen instrumentos o estrategias universalmente aceptadas como válidas para evaluar el apego a la dieta, el ejercicio y los investigadores deben invertir su esfuerzo y creatividad para desarrollar métodos de medición apropiados.

Además de las dificultades técnicas y operativas, hay otras dificultades conceptuales. Con frecuencia no hubo una indicación terapéutica o no corresponden lo anotado en la receta y en el expediente, las instrucciones fueron inadecuadas o imprecisas (tome analgésico PRN y otros). Estos casos corresponden con fenómenos distintos del desapego y no deben confundirse pues tienen causas diferentes y se resuelven de manera distinta.

El desapego debe resolverse porque niega los beneficios de un tratamiento de eficacia comprobada.

Las causas de desapego

El crecimiento de los estudios encaminados a analizar las causas del desapego terapéutico ha mostrado un crecimiento exponencial en los últimos 40 años. Como el desapego es variable en distintos tratamientos y las razones del desapego pueden ser distintas en cada uno de ellos y aún pueden existir razones diferentes para el desapego en una misma variable (los jóvenes abandonan el tratamiento porque no se perciben vulnerables a sus consecuencias, los más viejos lo hacen por limitaciones sensoriales, cognitivas, sociales o económicas), resulta extraordinariamente difícil sistematizar esta información. En términos generales se ha notado un cambio evolutivo del pensamiento sobre las causas del desapego, desde las causas únicas (edad, número de pastillas por día) que a cambio de ofrecer soluciones más prácticas sobresimplifica el problema, a los modelos psicológicos y antropológicos del desapego que consideran la necesidad de movilizar recursos familiares, comunitarios y de la sociedad en su conjunto para su solución y en última instancia reconocen el derecho de los pacientes para decidir lo que es importante en su vida.

Las causas del desapego podrían agruparse en las siguientes categorías:

Características sociodemográficas de los pacientes, que incluyen pero no se limitan a: edad, género (las mujeres se apegan más), escolaridad (menor escolaridad), nivel económico (pobreza), la edad del cónyuge y muchos otros.

La enfermedad: si es aguda o crónica y su duración (es más alto en los primeros días que a largo plazo), gravedad, co-morbilidad, y su evolución (recientemente diagnosticada o avanzada con complicaciones) y otras.

El tratamiento: farmacológico (mas alto que los no farmacológicos), formulación (inyecciones), posología (toma única), complejidad (menor en múltiples fármacos), los efectos adversos y su gravedad

La atención médica: disponibilidad, costo, accesibilidad, satisfacción con la relación médico-paciente y con el tratamiento, entre otros

Aspectos psicosociales, que incluyen:

Conocimientos sobre la enfermedad (se cura o se "controla") y el tratamiento (indispensable para la dieta, menos importante para los fármacos).

Actitudes y creencias que se relacionan con la disposición del paciente para aceptar su enfermedad y las conductas terapéuticas que deberá asumir, la percepción del riesgo que implica esta enfermedad para la salud, de las posibles consecuencias del desapego, el significado de la enfermedad y del tratamiento; incluyendo el costo (en calidad de vida) de las restricciones y cambios que impone el tratamiento en el estilo de vida del paciente y el balance que el paciente hace entre estos costos y los posibles beneficios que podría obtener.

Aspectos sociales y ambientales: incluyendo las redes de apoyo familiar (indispensable para el apego a la dieta) y social (amigos, situaciones de riesgo), la interacción con el equipo de salud (doble mensaje, en ocasiones contradictorio del médico y otros miembros del equipo), barreras al tratamiento, que incluyen las económicas (costo elevado), sociales (disponibilidad de parques o deportivos), laborales (horario, comer en la calle, temor a ser etiquetado y despedido) y muchas más.

Un modelo integrado

Las oportunidades para el desapego son muy variadas y suelen ser personales, para cada ejemplo de un "factor de riesgo" se puede evocar en la memoria un paciente que lo tenía y que a pesar de todo encontró la forma de apegarse a sus recomendaciones. Siempre será importante recordar que existen:

Características del paciente

- De la enfermedad y su tratamiento
- La relación médico-paciente
- Las actitudes y creencias del enfermo y del médico,
- Las barreras al tratamiento

En el estudio del desapego terapéutico el punto de vista del paciente es de aparición reciente y seguramente es el más importante. Los médicos asumimos gratuitamente, que el apego es un valor deseable para el enfermo y con frecuencia no hemos logrado convencer al paciente de sus bondades. Es importante resaltar la escasa atención que han recibido en la investigación clínica, las actitudes y creencias del médico (insatisfacción, resentimiento, nihilismo terapéutico, entre otras) con relación al apego al tratamiento.

Técnicas para mejorar el apego

En los últimos se ha desarrollado un nuevo campo del conocimiento: la "Medicina del Comportamiento" ("*Behavioural Medicine*" en inglés) como un área multidisciplinaria con aportaciones de la medicina, la psicología y la antropología. En estos campos se han desarrollado numerosas técnicas, que corresponden con las distintas

teorías que explican el fenómeno del desapego y que incluyen: Técnicas de modificación de la conducta, entrevista motivacional, terapia cognitiva, emancipación ("*empoderamiento*", "*empowerment*") y que se han aplicado con grandes variables de éxito en distintas circunstancias. Todas ellas requieren de profesionales altamente calificados y consumen tiempo, que nunca será una inversión mal aplicada, considerando las consecuencias del desapego; pero que a la fecha, resultan poco prácticas y sobre todo poco factibles, en relación con la magnitud del problema. Además, es una disciplina en crecimiento y desarrollo, los diferentes autores todavía las aplican a todos los pacientes sin considerar sus características individuales y sus posibles razones para el desapego. En opinión del autor, estos recursos podrán aplicarse en casos seleccionados por que son especialmente complejos o no responden a la intervención del médico desde su consultorio.

El consultorio es probablemente el mejor sitio para mejorar el apego y la relación médico-paciente es la única herramienta "terapéutica" útil para resolver el problema.

Necesidades para mejorar el apego

Lo primero es reconocer que existe el problema, a los pacientes que no se apegan y los que tienen mayor probabilidad de recaída. Es indispensable conocer cómo toma el paciente sus decisiones, sus valores, creencias y actitudes y su entorno familiar y social (las barreras). Esta información es indispensable para determinar cuáles serán las habilidades (conocimientos, actitudes psicométricas) que deberá desarrollar el enfermo.

La secuencia de los tratamientos es importante, un programa de ejercicio refuerza y potencia las metas de otro para dejar de fumar; pero, una dieta estricta impide lograr las metas de un programa para dejar de fumar. Es importante planear la intervención en fases sucesivas, buscando sinergias.

Que determina un cambio de actitud

Lo más importante es lograr un cambio de actitud y para esto es necesario conocer cual es el balance que hace el paciente de: la percepción de vulnerabilidad a las consecuencias de la enfermedad (no basta con conocerlas), los posibles beneficios del tratamiento, los riesgos y los costos (el esfuerzo que habrá de invertir y qué satisfactores deberá desechar), qué tan incierto es el resultado del tratamiento y cuánta confianza tiene el enfermo en sus habilidades.

Componentes del programa

El apego no es una indicación más que el paciente no habrá de cumplir, involucre al paciente (convencer), identifique como interactúa con su entorno, cuáles son sus barreras y sus posibilidades (converse con él/ella, conózcalo), utilice los recursos del enfermo y su entorno (internet si dispone de computador y sabe usarlo, si no se asusta con más

información, un miembro de la familia, vecino o amigo), haga un plan de monitoreo (pregunte y evalúe el apego en cada consulta, no haga juicios de valor), motíVELO a cambiar (explique las razones, convenza), reconozca la posibilidad de recaídas y qué manejo se les dará (nuevamente, no penalice), refuerce el apego (felicitelo), termine gradualmente.

Consejos prácticos

Para el apego a las citas: explique los motivos y metas de cada consulta, arregle que las citas sean en fecha y horario conveniente.

Para tratamientos cortos: use el menor número de dosis posibles, si es posible y aceptable para el enfermo, use inyecciones. Ofrezca instrucciones escritas, simples y claras.

En tratamientos largos (crónicos): Comience por quién no acude a sus citas, identifique los que no logran el objetivo terapéutico, pregunte al paciente, si tiene dudas sobre la veracidad de las respuestas, use otros métodos. Establezca un método de supervisión continuo (citas más frecuentes, involucre a la familia) discuta las consecuencias del desapego (convencer) e identifique casos problema que pudieran beneficiarse de apoyo profesional específico (por ejemplo, dos o más episodios de cetoacidosis en un año).

Conclusión

Una relación médico-paciente inadecuada puede ser causa de desapego terapéutico en una proporción de los pacientes. Sin embargo, es la única herramienta diagnóstica y terapéutica para resolver este grave problema. No asuma que el paciente se apega a sus indicaciones, siempre pregunte. El desapego es una actitud que puede modificarse, las razones suelen ser personales y la solución debe considerar los recursos propios del paciente, el escarnio y el castigo sólo empeoran el problema. La buena actitud del médico es indispensable y puede hacer la diferencia en el resultado final.

Palabras de clausura

DR. CARLOS TENA TAMAYO

Estamos muy satisfechos quienes organizamos este *Simposio Internacional sobre Comunicación Humana y Relación Médico-Paciente*, en el que encontramos conceptos que van desde la importancia de la comunicación para mejorar esta relación, hasta evitar demandas; desde lograr la satisfacción de nuestros pacientes hasta reducir costos. Se abordaron temas sobre la importancia de la comunicación para mejorar la calidad de la atención médica y para retener a nuestros pacientes.

Hoy se planteó la importancia de la comunicación en la relación con los niños y con los ancianos o adultos mayo-

res; la importancia de la adherencia terapéutica y de la comunicación para un mayor control de las enfermedades; tuvimos la oportunidad de conocer aspectos filosóficos, multidisciplinarios, antropológicos y neurológicos relacionados con el género y ojalá que los asistentes al simposio se hayan comprometido personalmente para contribuir con su grano de arena a mejorar la comunicación con los pacientes en su ámbito de trabajo. Seguramente ya tuvieron la inspiración, en estos dos días de trabajo, para tener un concepto claro de lo que se puede hacer.

Igualmente, creo que encontramos algunos conceptos preponderantes para llevar a las instituciones de educación y de salud. Conceptos que dejaron muy clara la necesidad para que la comunicación se aborde desde el momento en que el alumno entra a la escuela de medicina o incluso antes, durante y después del posgrado y, naturalmente, durante la vida profesional del médico.

Igualmente, aprendimos conceptos de especialistas con gran trayectoria y experiencia, como el de la importancia para que las instituciones de salud de nuestro país tengan espacios y contextos más adecuados que permitan mejorar la comunicación con nuestros pacientes. Se necesita más tiempo para la consulta con los pacientes, mayores espacios, mejor ambiente para que la relación médico-paciente sea más gratificante.

Cada uno de ustedes tendrá claro lo que se lleva de este simposio, sin embargo, reivindicamos el compromiso, como lo hemos hecho en las anteriores reuniones, para editar la memorias, a fin que ustedes las puedan tener.

Finalmente, quisiera agradecer, primero al Instituto Nacional de la Comunicación Humana su participación con nosotros. Los Drs. Hernández Orozco y Xochiquetzal Hernández, junto con el personal del Instituto, participaron en un seminario que tuvimos en la Comisión sobre comunicación humana. Este simposio ha servido como marco para dar por terminado también el seminario. Le agradezco, de nuevo, al Instituto y a sus autoridades, al Dr. Hernández Orozco su disposición para participar con nosotros.

También quiero aprovechar para agradecer a Expo Salud 2000 que hizo su foro junto con nosotros, y que nos apoyo para que el costo de estas instalaciones corriera por su cuenta. Particularmente agradezco este tipo de atención.

Quiero también agradecer en forma muy particular a todos los ponentes que estuvieron con nosotros. Les agradezco su tiempo, prácticamente todos se esperaron hasta el panel de discusión. Quiero decirles que, en su mayoría, el tiempo para ponencias fue muy restringido al igual que el espacio de preguntas y respuestas. Sin embargo adquirimos el compromiso de que estas preguntas estarán en internet a disposición de todos ustedes. Particularmente, agradezco a la Dra. Martha Sotomayor su visita desde Washington para platicar con nosotros su experiencia, muy importante, para que los médicos mexicanos la conociéramos. Quedó claro que no tenemos dificultades de comunicación.

Los problemas de comunicación están en otros lugares, allá, en Estados Unidos, sí es compleja la comunicación. Ya nos platicó lo que sucede con los hispanos que están en ese país, su gran problemática de comunicación.

Agradezco también al personal de la CONAMED que nos apoyó durante el simposio. Muchas gracias por su disposición a estar en estos trabajos que no son estrictamente de la Comisión, pero que ustedes con una gran disposición lo han hecho.

Y, ante todo, agradecerles a ustedes los que asistieron al simposio. Estamos muy satisfechos, precisamente porque tuvimos esta asistencia. Nos sorprendieron gratamente por su interés y adherencia al foro. Se quedaron después de las 16 horas, lo que demuestra la importancia que le destinaron al tema. Ojalá reflexionemos, discutamos y hagamos

propuestas para mejorar la comunicación con nuestros pacientes.

También les agradezco a los asistentes su comprensión, pues ha sido un foro austero, por lo que no pudimos atenderlos de la manera en que se merecen. Las restricciones presupuestales que padecemos nos afectaron. Los asistentes, incluso los que llegaron de muy lejos, no nos cobraron por su presencia e incluso pagaron su propio viaje, de tal manera que en esas condiciones pudimos realizar este foro pero a expensas del sufrimiento de ustedes.

Reiterando el compromiso de entregar las memorias del foro en los primeros meses del año próximo, declaro hoy 25 de octubre del año 2002 formalmente clausurados los trabajos del VII Simposio Internacional de la CONAMED que versó sobre la Comunicación Médico-Paciente.