

Carlos Tena Tamayo, Francisco Hernández Orozco. LA COMUNICACIÓN HUMANA EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. Segunda Edición, Ed. Prado. México, 2007.

CAPÍTULO 15. RESUMEN

LA COMUNICACIÓN Y SU PAPEL EN EL APEGO AL TRATAMIENTO. Dr. Niels H. Wachter, Dra. Norma L. Juárez Díaz González.

El apego al tratamiento es el grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico (tomar medicamentos, cambios en el estilo de vida, etc.). Se estima que sólo el 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 descontrolada, se relacionan con desapego al tratamiento, y que casi un tercio de los reingresos hospitalarios tienen su origen en un problema de desapego al tratamiento. Las indicaciones no farmacológicas suelen mostrar más problemas para el apego: el apego a la dieta no es mayor del 50%, la prescripción de ejercicio no suele seguirse en más de 30% de los casos y las medidas preventivas (como usar cinturón de seguridad en el automóvil) sólo son seguidas por un 20% de pacientes.

MÉTODOS PARA MEDIR EL APEGO AL TRATAMIENTO

Ninguno de los métodos que se han usado es perfecto, entre los peores están la apreciación del médico y el autorreporte del enfermo (específico pero poco sensible, pues aunque casi nunca mienten cuando informan desapego, pocos lo admiten de manera espontánea). Se han usado otros métodos, como el *evaluar efectos terapéuticos del fármaco* y el *medir las concentraciones del fármaco* en las sangre u otros componentes corporales, que se basan en supuestos que no pueden asegurarse (que la prescripción y la dosis fueron adecuadas, que la farmacodinamia y la farmacocinética son equivalentes en todos los casos e incluso, que el paciente recibió instrucciones apropiadas). El estándar de oro es la *cuenta de tabletas* o de medicamento sobrante, en visita domiciliaria o en el consultorio que, sin embargo, es poco práctico, poco confiable, impreciso y costoso, aún con el uso de dispositivos electrónicos integrados en el envase (que registran fecha y hora en que este se abrió). Algunos estudios evalúan la conducta de “resurtir la receta”, lo cual no necesariamente garantiza con el acto de consumir el fármaco.

DIFICULTADES PARA MEDIR EL APEGO

En términos generales se ha señalado –por costumbre y evidencia- que al menos el 80% del fármaco indicado en la prescripción debe consumirse para lograr el efecto terapéutico esperado. Esta definición puede ser inadecuada en casos específicos, como en donde el tiempo de latencia entre el desapego y su efecto es muy corto (por ejemplo, inyecciones de insulina); con medicamentos de vida media más larga pueden haber periodos más largos de desapego sin que se hagan evidentes sus consecuencias.

Otra dificultad es el determinar si se trata de desapego completo o parcial (el más frecuente). Además el desapego puede tomar diferentes formas: *omisión* (el más estudiado),

comisión (como en la sobremedicación), *errores de horario*, *olvidos* y otras. Estas posibilidades siempre deben investigarse y resolverse.

LAS CAUSAS DEL DESAPEGO

El crecimiento de los estudios que analizan las causas del desapego al tratamiento han mostrado un aumento exponencial en los últimos 40 años. Las causas del desapego son muy variadas (por ejemplo, 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) y es muy difícil sistematizar toda esta información. En última instancia, se ha reconocido el derecho de los pacientes para decidir lo que es importante en su vida.

Las causas del desapego podrían agruparse en las siguientes categorías:

- I. **Características sociodemográficas de los pacientes:** que incluyen, pero no se limitan a: edad, género (las mujeres tiene mejor apego), escolaridad, nivel económico, etc.
- II. **La enfermedad:** si es aguda o crónica y su duración (el apego es mayor en los primeros días de tratamiento), gravedad, comorbilidad, evolución, etc.
- III. **El tratamiento:** farmacológico (mayor apego que en los no farmacológicos), formulación, posología, complejidad, efectos adversos, etc.
- IV. **La atención médica:** disponibilidad, costo, accesibilidad, satisfacción con la relación médico-paciente y con el tratamiento, entre otros.
- V. **Aspectos psicosociales:**
 - a) Conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento.
 - b) Actitudes y creencias del paciente respecto a su enfermedad, así como su comprensión y percepción del riesgo que implica el no apegarse a las indicaciones.
 - c) Aspectos sociales y ambientales, como las redes de apoyo familiar (importante, por ejemplo, para el apego a la dieta) y social, la interacción con el equipo de salud (el cual debe cuidar la comunicación con el paciente y la familia, evitando, por ejemplo, el doble mensaje o las contradicciones); barreras al tratamiento como las económicas, sociales (ejemplo, disponibilidad de parques o deportivos), laborales y muchas más.

UN MODELO INTEGRADO

Si bien las razones para el desapego son muy variadas, en los estudios sobre este tema, el *punto de vista del paciente* es de aparición reciente y, con toda seguridad, el más importante. Sin embargo, no hay que dejar de resaltar la escasa atención que ha recibido en la investigación clínica las actitudes y creencias del médico (insatisfacción, resentimiento, nihilismo terapéutico, entre otras) con relación al apego al tratamiento. Siempre será importante recordar que existen:

- a) Características del paciente.
- b) De la enfermedad y su tratamiento.
- c) La relación médico-paciente.

- d) Las actitudes y creencias del enfermo y del médico.
- e) Las barreras al tratamiento.

TÉCNICAS PARA MEJORAR EL APEGO

En tiempos recientes se ha desarrollado un nuevo campo de conocimiento: la “Medicina del Comportamiento” (*Behavioural Medicine*, en inglés) con aportaciones de la medicina, la psicología y la antropología, que ha desarrollado técnicas para mejorar el apego al tratamiento, que se corresponden con diferentes teorías que abordan el desapego, y que se han aplicado con grados variables de éxito. Todas requieren de profesionales altamente calificados y consumen mucho tiempo, por lo que resultan poco prácticas o factibles. Ejemplos de ellas son Técnicas de Modificación de la Conducta, Entrevista Motivacional, Terapia Cognitiva, Emancipación (“empoderamiento” o “empowerment”).

El consultorio es probablemente el mejor sitio para mejorar el apego y la comunicación que resultan de una buena comunicación 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; es indispensable conocer cómo toma el paciente sus decisiones, sus valores, creencias, actitudes y su entorno familiar y social. Es importante la secuencia del tratamiento y planear la intervención en fases sucesivas, buscando sinergias.

QUÉ DETERMINA UN CAMBIO DE ACTITUD

Para lograr un cambio de actitud respecto al apego al tratamiento es necesario conocer el balance del paciente acerca de su percepción de vulnerabilidad a las consecuencias del padecimiento (no basta conocerlas, pregunte a un fumador su estimación de riesgo personal de infarto), los posibles beneficios del tratamiento, los riesgos y los costos (es esfuerzo que habrá de invertir y qué satisfactores deberá desechar) y cuánta confianza tiene el enfermo en sus habilidades.

Procure involucrar al paciente (convencer), identifique cómo interactúa con su entorno, cuáles son sus barreras y posibilidades (*conozca* al paciente), utilice los recursos del enfermo y su entorno (si dispone de computadora e internet, si sabe cómo usarlo, si no se asusta con más información, etc.), 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 regañe*), refuerce el apego (felicítelo).

CONSEJOS PRÁCTICOS

Para procurar 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. Ofrezca instrucciones escritas, simples y claras. En tratamientos largos pregunte siempre al paciente si tiene dudas e investigue si cree en la veracidad de las respuestas, 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 un desapego terapéutico. Además, 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 pueden ser personales y la solución debe considerar los propios recursos 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.