



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

Facultad de Medicina

**División de estudios de posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar N.20**

**PERCEPCIÓN DEL MODELO DE
COMUNICACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-
PACIENTE Y SU ASOCIACIÓN CON EL APEGO
A TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
EN LA UMF N.20**

T E S I S

**QUE PARA OTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

Presenta:

Dra. Miriam Muñoz Sancén

Tutora:

Yolanda Estela Valencia Islas

Asesora Metodológica:

María del Carmen Aguirre García

Generación: 2007-2010

México D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTORA:

DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS.

Médico especialista en Medicina Familiar

Profesora adscrita al área de docencia del Departamento de Medicina Familiar. UNAM.

ASESOR METODOLÓGICO.

DRA. MARÍA DEL CARMÉN AGUIRRE GARCÍA

Especialista en Medicina Familiar.

**Profesora titular del Curso de Especialización de Medicina Familiar de la
UMF N.20**

Vo.Bo.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
Especialista en Medicina Familiar
Profesora adjunta del Curso de Especialización de Medicina Familiar
UMF N.20

Vo.Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

Especialista en Medicina Familiar

Maestra en Ciencias

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud

**Percepción del modelo de comunicación de la
relación médico-paciente y su asociación con el
apego a tratamiento de pacientes con
enfermedades crónico-degenerativas en la UMF
N.20**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Ángel y María de los Ángeles que con todo su amor y esfuerzo han logrado conmigo la culminación de este proyecto y todos los proyectos de mi vida; gracias por brindarme su vida, creer en mí y ayudarme a ser lo que soy.

A mis hermanos Miguel Ángel, Carlos y Margarita por brindarme su apoyo, cariño y ser los mejores hermanos que he podido tener.

A mi esposo Mario César por acompañarme en este camino, darme tanto amor y felicidad; gracias te amo.

A mis amigas Sandy, Martha y Amelia por compartir conmigo penas y alegrías en estos años de estudios.

A mis profesoras Dras. Carmén, Santa, Victoria y Yolanda por aportarme los conocimientos necesarios para mi vida como especialista y su indispensable colaboración en la elaboración de estas tesis.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México a la que orgullosamente pertenezco.

Y a todos aquellos involucrados para que hoy pueda llamarme Médico Familiar y que han participado en la elaboración de este proyecto.

Gracias Dios, por ser mi guía y protector.

Mi más profundo agradecimiento y cariño.

Dra. Miriam Muñoz Sancén.

ÍNDICE.

I.	Resumen.....	8
II.	Introducción.....	9
III.	Marco teórico.....	10
IV.	Planteamiento problema.....	20
V.	Justificación.....	21
VI.	Hipótesis.....	23
VII.	Objetivos.....	23
VIII.	Material y Métodos.....	23
IX.	Factibilidad y aspectos éticos.....	29
X.	Resultados.....	31
XI.	Discusión.....	48
XII.	Conclusiones.....	52
XIII.	Recomendaciones.....	53
XIV.	Referencias.....	55
XV.	Anexos.....	59

Título de proyecto: Percepción del modelo de comunicación de la relación médico-paciente y su asociación con el apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en la UMF N.20

Muñoz -Sancén Miriam¹, Yolanda Estela Valencia Islas², Aguirre-García María del Carmen³

1Médico residente de tercer año de Medicina Familiar 2 Medico Especialista en Medicina Familiar; Médico Familiar Titular del curso de especialización en medicina familiar UMF 20 .

Objetivos: Determinar la percepción del modelo de comunicación de la relación médico-paciente y su asociación con el apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en la UMF N.20

Material y método estudio transversal analítico en 288 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS, portadores de enfermedad crónico-degenerativa atendidos por su médico con mínimo de un año. Previo consentimiento informado se indago perfil sociodemográfico, percepción acerca de la actitud del médico, la comunicación en la relación médico paciente y el apego al tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva (distribución de frecuencias y porcentajes) y analítica (OR valor de P e IC al 95%)

Predominio *género femenino* 62.8% (n=181), *escolaridad primaria* 29.5% (n=85), *religión católica* 85.4% (n=246) y nivel socioeconómico con pobreza baja 49.7 (n=143).

La percepción de los pacientes acerca de la *actitud* del médico que predominó fue *adecuada* 66% (n=190), el modelo de comunicación paternalista 59.4% (n=171).

Las *enfermedades crónico degenerativas* que predominaron fueron las clasificadas como *otras*, 27.4% (n=79) de las cuales destacan enfermedades como osteoartritis, artritis reumatoide, LES, migraña, epilepsia, enfermedad ácido péptica y depresión, Cuadro 4.

El *tiempo de evolución* de la enfermedad crónico-degenerativa que predominó en los pacientes entrevistados fue 0-5 años, 63.5% (n=183) Cuadro 5.

El *tiempo de conocer* a su médico que predominó fue 0-5 años 64.9% (n=187). Cuadro 6.

Los factores asociados al apego fueron *a mayor escolaridad* (licenciatura vs. analfabeta) OR 6.40 (1.52-28.88) IC al 95% y p=0.048, *pacientes con HAS vs. DMT2* OR 9.88 (2.04-65.02) IC al 95% p= 0.0005. *pacientes sin evidencia de pobreza vs. pobreza media* OR 5.6 (2.23-14.92) IC al 95% p= 0.000032. modelo de comunicación *interpretativo vs. paternalista* OR 13.31 (2.64-90.43) IC de confianza al 95% y p=0.0004; tiempo de conocer a su médico *11-15 vs. 0-5 años* OR 3.68 (1.38-10.90) IC al 95% y p= 0.005 y *con tiempo de evolución de enfermedad crónico degenerativa de 11-15 años vs. 0-5 años* OR (1.52-10.73) p= 0.00147.

PALABRAS CLAVES: Percepción, modelo de comunicación, relación médico-paciente, apego a tratamiento, enfermedades crónico-degenerativas

INTRODUCCIÓN

En la dimensión humanística del acto médico, tiene especial importancia su dimensión ética, producto de la relación espacio-temporal que se da entre dos seres humanos: uno que está capacitado para resolver cierto tipo de problemas de salud, y otro que acude a él esperando aliviar sus dolencias y curar sus males, pensando que todo el mundo debe estar enterado de su problema (1).

La relación médico-paciente tradicionalmente ha sido considerada un pilar esencial del ejercicio médico. Por otra parte, se reclama por parte de los pacientes como un derecho del que, ante el imparable avance de la «tecnificación» de la asistencia médica, ven peligrar su existencia.

Esta constituye una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados. (2)

Casi todos los pacientes desean que sus médicos les apoyen, les escuchen y les expliquen con claridad; esperan una atención personalizada realizada por su médico y que sea fácil de conseguir. La evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, debido esto nos dimos a la tarea de investigar la asociación de los modelos de comunicación en la relación medico-paciente y su asociación con el apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

MARCO TEÓRICO.

Las relaciones médico-paciente son una parte integral principal de la ética médica en general y de la deontología en particular. Ello explica el carácter específico del oficio del médico, al que el enfermo le confía voluntariamente, con esperanza, su salud y su vida; le confía todo, incluso lo más íntimo. Esta confianza sin límites del enfermo al médico le exige a este último tener altas cualidades morales. El paciente no es solo un objeto de influencia profesional, sino también, y en primer lugar, un sujeto racional, es una personalidad. Él no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, y quiere comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que transcurren en su organismo (2). Se puede afirmar que *Sigmund Freud* fue el primero en analizar directamente la relación psicológica entre el médico y el paciente y llamó *resistencia* a la falta de comunicación entre ellos. (2)

La relación médico-paciente, piedra angular de la gestión médica asistencial, pasó así por diferentes etapas históricas que podemos denominar: de compañía, mágica, mística, clerical, profesional, tecnicista e integral. En esta última el hombre es valorado a la luz de la ecología de la salud como ente biopsicosocial.

Desde que el hombre empezó a enfermar han existido otros hombres que intentaban curar las enfermedades. En las culturas primitivas era el brujo de la tribu el que, por medio de complicados rituales, expulsaba del cuerpo del atribulado enfermo los malos espíritus que producían el mal. La relación entre ellos era de sometimiento absoluto. El enfermo hacía sin rechistar lo que el brujo le mandaba y no se preocupaba de saber las razones ocultas de su actuación. Por otra parte, el brujo se cuidaba mucho de revelar sus secretos y sólo los decía a sus hijos o discípulos. Naturalmente, este conocimiento le daba un poder inmenso sobre el grupo. (3)

El principio en que estaba basada esta relación primigenia era el paternalismo, el brujo estaba en una posición muy superior a la del enfermo y tenía poder absoluto. Es cierto que actuaba en bien del enfermo, pero sólo porque era bueno y derramaba su bondad en los que lo rodeaban. Estas ideas perduraron hasta el siglo pasado. Un atisbo de cambio asomó a partir del siglo XV cuando el hombre empezó a pensar que no sólo podía interpretar la naturaleza que lo rodeaba, sino que también podía cambiarla. Naturalmente, esto empezó como una teoría socio-política y, mucho más tarde, se planteó como cuestión médica.

En algunos textos hipocráticos queda patente la condición de enfermo como *in firmus*, débil no sólo desde el punto de vista físico, sino también moral, dependiente y obediente, el buen enfermo es el que hace lo que le dicen sin preguntar.

Durante la Edad Media la expansión del cristianismo es un hecho fundamental de nuestra cultura, que concede al hombre la posibilidad de

alcanzar la perfección espiritual aún en un cuerpo enfermo, con lo que no se abandonará a los pacientes, prestándoles el auxilio de la caridad. Así, en este período los límites ya no los impone la naturaleza de las cosas ni la de la propia enfermedad; rebasar los límites del arte con la caridad es un imperativo moral: se extiende el cuidado de pacientes terminales y moribundos. La medicina es fundamentalmente monástica: la asistencia médica debe prestarse a los pacientes como si en verdad se prestase al mismo Cristo lo que la convierte en un oficio caritativo, igualitario. Durante el Renacimiento y la Ilustración se dan ciertos avances sin embargo el modelo paternalista persiste, es en este último período cuando ocurre instrumentalización de la persona que tenía clara justificación utilitarista de beneficencia colectiva, pero sin contar con el consentimiento expreso de los pacientes (niños expósitos, presos, braceros, etc.).

En los siglos posteriores (XIX-XX) los cambios se precipitan. Se produce una paulatina e importante secularización de la sociedad, a la vez que una imparable industrialización. Además, asistimos a una auténtica “rebelión del individuo”, en la que empiezan a cobrar importancia no sólo los aspectos físicos y biológicos de la enfermedad, sino también los aspectos sociales, psíquicos y personales, con el inicio del estudio y tratamiento del llamado fenómeno neurótico. La concepción de la autonomía de la persona es ya claramente expresada por J.S. Mill a mediados del siglo XIX.

Pese a esta visión moderna, el paternalismo persistirá hasta el último cuarto del siglo XX, siendo aún la relación entre el médico y el paciente de dependencia, con una paulatina funcionarización de la profesión.

El principio del fin del paternalismo tiene un claro precedente en 1914 en la sentencia del juez Cardozo dictada en un juicio por falta de consentimiento en una intervención quirúrgica.

En 1948 en el juicio de Nuremberg se juzgó a 23 médicos nazis, acusados de haber realizado experiencias inhumanas y crueles con seres humanos durante la Segunda Guerra Mundial, donde ninguno de los individuos prestó su consentimiento. Como resultado de estos hechos, en 1947 se redacta el código de Nuremberg y, a partir de 1964, la investigación biomédica se regulará mediante la Declaración de Helsinki.

Se produce definitivamente un cambio en el paradigma de la relación entre el médico y el paciente, motivado en suma por la progresiva e imparable tecnificación del acto médico, el cambio en la relación con la “persona” enferma (actual o potencialmente), y la socialización de la asistencia, con su posterior masificación, despersonalización, desarrollo de una relación más contractual y limitación del tiempo disponible para la atención.

Se pueden considerar cuatro formas distintas de encauzar esta relación, es un hecho innegable que los elementos que determinan el modo de relacionarse entre el médico y el paciente han variado a lo largo de la historia de la medicina occidental y en la actualidad a veces es confuso el papel que cada uno de los actores de esta relación debe o quiere desempeñar.

Modelos en la relación médico - paciente

Con Emmanuel Kant llegamos a la culminación de la idea de autonomía en la edad moderna. Kant introduce el concepto de autonomía ética. Propone que es fundamental que consideremos a los demás libres para elegir y en consecuencia hay que respetar sus decisiones autónomas.

De esta manera es indudable la importancia de la comunicación dentro de la relación médico-paciente, históricamente se han descrito distintos modelos de comunicación dentro de la relación médico-paciente, a través de ello se intenta identificar el papel de cada uno de los integrantes. Algunos autores, atendiendo a los diferentes factores que intervienen en la relación, han analizado las distintas formas que puede adoptar la relación médico-enfermo. Entre ellas destacan los modelos, ya clásicos, de Szasz y Hollender, Von Gebstall, y Tatossian. Dichos autores analizan las diferentes actitudes e interacciones entre médico y paciente según el tipo de enfermedad de que se trate aguda o crónica, la mayor o menor capacidad de participación y colaboración del enfermo, el momento del acto médico en que se esté, anamnéstico, diagnóstico, terapéutico, etc. Aunque la construcción teórica, y por lo tanto artificial, cada modelo enfatiza un factor como determinante dinámica de la relación, en la práctica constituyen diferentes puntos de vista de la misma realidad, que se complementan y pueden ayudar a entender mejor las distintas etapas de este encuentro.

En la actualidad se vive una polémica sobre el papel que debe jugar el paciente en la toma de decisiones médicas u odontológicas; polémica que ha estado marcada por el conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del médico. Esta confrontación engloba tanto las expectativas de médicos y pacientes, como los criterios éticos y legales de los códigos deontológicos médico y odontológico, del consentimiento informado y el concepto de mala práctica. Este enfrentamiento lleva a la pregunta de cómo debe ser la relación ideal del médico y el paciente. (4)

Emanuel y Emanuel (1992) reconocen cuatro modelos de encuentro clínico que no provienen de la observación empírica sino de un análisis teórico.

Modelo paternalista

A veces llamado paternal o sacerdotal. En él la interacción del médico y el paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. Con este fin los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso enfermizo, y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados con objeto de restaurar la salud del paciente o calmar su dolor. Por lo tanto, el médico da al paciente una información ya seleccionada que le conducirá a consentir la intervención que, según el médico, es la mejor. Llevándolo al extremo, el médico informará de forma "autoritaria" al paciente en el momento de iniciar la intervención. (5)

Este modelo presupone la existencia de un criterio objetivo que sirve para determinar qué es lo mejor. De ahí que el médico pueda discernir qué es lo

mejor para el paciente sin que sea necesaria su participación. Además, se presupone que el paciente debe estar agradecido por la decisión tomada por el médico, incluso si no estuviera de acuerdo con ella. En la tensión entre la autonomía del paciente y su bienestar, entre la capacidad de elección y la salud, el médico paternalista pone especial énfasis en estos últimos. No obstante el médico también tiene obligaciones, entre las que se incluyen poner los intereses del paciente por encima de los propios y pedir la opinión de otros médicos cuando carezca de los conocimientos suficientes. En este modelo se concibe la autonomía del paciente como un asentimiento, ya sea en el momento o posteriormente, a lo que el médico considera que es lo mejor (6).

Modelo informativo

A veces llamado modelo científico o del consumidor. Aquí el objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. Para ello el médico informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles y las intervenciones terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención y sobre la incertidumbre del conocimiento médico. Llevado hasta el extremo, los pacientes podrían llegar a conocer toda la información médica relevante en relación con su enfermedad y las actitudes terapéuticas posibles y seleccionar la intervención que mejor se ajuste a sus valores.

Este modelo se basa en una clara distinción entre los hechos y los valores. Los valores del paciente son conocidos y están bien definidos; lo que el paciente no conoce son los hechos. Es obligación del médico es facilitar al paciente todos los datos disponibles, y será el paciente, desde sus valores, quien determine qué terapéutica se le debe aplicar. En este modelo el médico suministra la experiencia técnica y dota al paciente de los medios necesarios para ejercer el control de la situación. Los médicos, como “expertos”, tienen una importante obligación a la hora de brindar información veraz, mantener la competencia técnica en su especialidad y consultar a otros “expertos” cuando sus conocimientos y habilidades sean insuficientes. Este modelo concibe la autonomía del paciente como el control del mismo sobre la toma de las decisiones médicas. (7,8,9).

Modelo interpretativo

El objetivo de la relación del médico y el paciente en este modelo es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarlo así a elegir, de entre todas las intervenciones médicas disponibles, aquellas que satisfagan sus valores. El médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible y ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándole así a interpretar sus propios valores.

Según este modelo, a diferencia del informativo, los valores del paciente no son necesariamente fijos ni conocidos por él. A menudo están poco definidos y el paciente los comprende parcialmente. Por consiguiente, es tarea del médico con el paciente aclarar y hacer coherentes estos valores.

Para ello el médico trabaja con el paciente intentando reconstruir sus objetivos, sus aspiraciones, sus responsabilidades y su carácter. Llevándolo al extremo, el médico debe concebir la vida del paciente como un todo desde donde se determinan sus valores y sus prioridades. De esta manera el médico determina qué pruebas y tratamientos desarrollan mejor estos valores, y lo que es más importante, el médico no impone sus órdenes al paciente, sino que es el paciente quien en última instancia decide qué valores y formas de actuar se ajustan mejor a él. El médico nunca juzga los valores del paciente; le ayuda a comprenderlos y a valerse de ellos en el contexto médico.

En este modelo el médico es un consejero, desarrolla un papel consultivo facilitando al paciente la información relevante, ayudándole a aclarar valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que mejor los lleven a cabo. La autonomía del paciente se concibe como una auto comprensión; el paciente llega a conocer más claramente quién es y cómo las distintas opciones médicas afectan a su identidad. (7,8,9)

Modelo deliberativo

Aquí el objeto de la relación es ayudar al paciente a determinar y elegir, de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarle posteriormente a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles.

Entre los objetivos del médico se incluye indicar por qué ciertos valores relacionados con la salud tienen más valor y se debe aspirar a ellos. Llevado al extremo, médico y paciente deben comprometerse en una deliberación conjunta sobre qué tipo de valores relacionados con la salud puede y debe buscar el paciente. El médico analizará sólo los valores relacionados con la salud, esto es, valores que afectan o son afectados por la enfermedad del paciente y su tratamiento, y tendrá presente que muchos elementos de la moralidad no están relacionados con la enfermedad del paciente o con su tratamiento, y que se sitúan fuera del alcance de su relación profesional.

Además no debe ir más allá de la persuasión moral: en última instancia se debe evitar la coacción y será el paciente quien defina su vida y seleccione el orden de valores que va a asumir. Al comprometerse en esa deliberación moral, médico y paciente juzgan la utilidad y la importancia de los valores asociados a la salud.

En este modelo el médico actúa como un maestro o un amigo, comprometiéndose al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería

la mejor. El médico indica no sólo qué es lo que el paciente podría hacer sino también, conociendo al paciente y deseando lo mejor para él, qué debería hacer, qué decisión respecto al tratamiento sería la más adecuada. La autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral. El paciente está capacitado no solamente para seguir unas preferencias irreflexivas o unos valores establecidos, sino también para analizar, a través del diálogo, los distintos valores relacionados con la salud, su importancia, y sus implicaciones en el tratamiento (7,8,9).

Los modelos descritos implican variaciones en la actitud relativamente pasiva del paciente y del médico, en donde cada uno adopta un rol y define un modelo, lo que trae consigo diferentes grados de autonomía por parte del paciente, modificaciones en la forma de dirigir la consulta, la presencia o no de empatía y relevancia sobre los acuerdos y la toma de decisiones acerca del proceso terapéutico. (10)

La relación médico-paciente tiene ciertas connotaciones éticas, siendo estas muy importantes para delimitar los diversos papeles que, mientras dure la enfermedad, van a ser asumidos por ambas partes, evitando que se produzca una transformación del carácter de la relación previamente establecida. (11)

El ejercicio profesional del médico no sólo se rige por un código ético y moral, obviamente existen leyes que presiden el adecuado desempeño de la práctica diaria. Dichas leyes procuran que cada médico cuente con los conocimientos indispensables para ejercer competentemente su labor y sanciona a quienes hacen mal uso de la profesión, ya sea por omisión o negligencia. Sin embargo, es realmente triste ver cómo continuamente surgen cambios en la legislación de la práctica médica y en la mayor parte de las ocasiones no se consulta a la comunidad profesional (médicos) para externar su sentir al respecto y mucho menos se toma en cuenta si estas leyes son en detrimento de su labor esencial, que es la de preservar la vida como derecho universal del ser humano. Éste es un rubro que quizás como comunidad se ha dejado a un lado y es obligación ética y moral de cada médico trabajar activamente para fortalecer el adecuado ejercicio de la profesión y velar por una atención de calidad en los pacientes, con remuneración acorde al nivel de conocimientos y destrezas que todos y cada uno aplicamos en nuestra vida diaria. Es indudable que los avances médicos continuarán a un ritmo acelerado en los próximos años; por lo tanto, esto no debe ser una limitante para continuar con el compromiso fundamental de prevenir y sanar las enfermedades que aquejan a los pacientes, con estricto apego a las normas éticas y morales que rigen la práctica profesional.

La alianza terapéutica que se establece entre médicos y pacientes se basa en una relación de confianza iniciada a partir de la primera entrevista. Por ella ambos deciden colaborar juntos para intentar lograr un objetivo común: combatir el trastorno por el cual se consultó al médico. Por tanto *una buena relación médico paciente va a influir de modo notable en la respuesta del paciente a tratamiento prescrito*, ya de ella depende, en buena medida, la confianza que en él va a poner el enfermo. (12)

Apego a tratamiento

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma. Con independencia del término que se utilice, “adherencia” o “cumplimiento” es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, es él quien decide en última instancia cómo y cuando lo hará. En este sentido, se hace mucho hincapié en diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia (13) pues la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de elaboración de las recomendaciones, quiere decir que los pacientes, deben ser “socios activos” de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva entre ambos, deben conducir a lograr mejores niveles de adhesión.

Debemos mencionar que la frecuencia del incumplimiento terapéutico se sitúa en torno al 40% de los pacientes que realizan tratamientos crónicos y puede superar el 50% en cuadros agudos de corta duración, lo cual representa un grave problema con repercusiones económicas en el sistema de salud.

El origen de la falta de adherencia al tratamiento es multifactorial y se han identificado más de doscientas variables relacionadas con ello y que están relacionadas con características del paciente, el médico, el proceso patológico y el propio tratamiento, puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación (14).

Son también diversos los estudios que han investigado las cifras de incumplimiento terapéutico en diferentes patologías crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipemia, la depresión, etc. Las cifras obtenidas son así mismo preocupantes, con cifras medias de incumplimiento que rondan el 35-50% (15).

Esta falta de adherencia a tratamiento menciona la bibliografía, reduce la eficacia del tratamiento. Existen investigaciones que demuestran esta pérdida de eficacia en procesos tan dispares como hipertensión arterial, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o patología psiquiátrica. En este sentido, un reciente metanálisis publicado por Simpson ha demostrado la asociación entre la adherencia terapéutica y la disminución de la mortalidad (odds ratio 0,55; intervalo de confianza al 95%: 0,49-0,62) (15).

La Organización Mundial de la Salud, (OMS) asegura que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes” (16).

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico-paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea, más si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países con independencia de su nivel de desarrollo y de alarmante magnitud, sobre todo en las regiones más pobres (17).

Constituye un avance significativo en el reconocimiento de la envergadura de este problema por parte de organismos internacionales, la iniciativa mundial lanzada en 2001 por el grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS con el trabajo realizado en el marco de un proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo, el que generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004. Este documento, de más de 200 páginas, está dirigido básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud, cuyas decisiones deben repercutir en las estrategias nacionales y locales que mejoren los resultados de salud y la eficiencia económica del sector, además de servir de referencia a científicos, investigadores y personal de salud en su labor cotidiana.

En el presente esfuerzo es de destacar la creación de una Red Mundial Interdisciplinaria sobre Adherencia Terapéutica compuesta por especialistas y científicos expertos en el tema, organizaciones profesionales y de la industria, pacientes y formuladores de políticas, quienes proporcionaron contribuciones para la elaboración del mencionado informe. Las consecuencias médicas o clínicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas. El informe de la OMS enumera algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos y son muy ilustrativos de este tipo de consecuencias:

- Recaídas más intensas: las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- Aumenta el riesgo de dependencia: muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- Aumenta el riesgo de efectos adversos: algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- Aumenta el riesgo de toxicidad: el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- Aumenta el riesgo de accidentes: el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida,

como abstenerse del alcohol o no manejar. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes.

- Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa, especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes. Por ejemplo, en pacientes con infección por el VIH/SIDA la resistencia a los antirretrovirales se ha vinculado con niveles bajos de adherencia.

Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales.

La falta de apego al tratamiento puede generar grandes pérdidas desde el punto de vista personal. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico, que pudiera evitarse, así como

limitaciones irreversibles y progresivas que afecten de modo significativo su calidad de vida (18), en lo cual está relacionado la mala calidad en la relación medico-paciente.

Acápate aparte es el problema del *adecuado diagnóstico y la correcta prescripción del tratamiento*, lo cual compromete la competencia técnica del profesional de la salud, su preparación científica y habilidades profesionales (19) para establecer una adecuada relación medico-paciente.

Enfermedad crónica

La enfermedad crónica es una consecuencia de la actual dinámica demográfica producto del incremento sustancial de la población de 60 años y más, que en 1970 representó 3.7% de la población y en 1990 ascendió a 4.2%.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. (20). Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 1979) (21).

En forma paralela a las intervenciones dirigidas al control intensivo de los padecimientos infecto-contagiosos, los determinantes de la transición demográfica contribuyen a marcar los cambios que ocurren en el proceso salud-enfermedad y ambos favorecen la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas que hoy en día constituyen las principales causas de muerte en la población adulta y anciana. El proceso de cambio está marcado

por la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, que pasó de 7.71 defunciones por 1 000 habitantes en 1950 a 0.75 en 1990, y por el incremento de la tasa de mortalidad por las enfermedades crónico-degenerativas, que ascendió de una tasa de 1.04 a otro de 2.15 en el mismo periodo (22)

Además de estar relacionadas con la edad, las siguientes son las causas de muerte más frecuentes en este grupo poblacional: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, influenza, neumonía y accidentes. El curso y la severidad de ambos grupos de padecimientos están vinculados con algunos condicionantes sociales como la viudez, el aislamiento social y la carencia de servicios de salud para algunos estratos socioeconómicos de la población anciana.

Durante 1980 las principales causas de muerte en la población masculina de 60 años y más fueron: infarto al miocardio, con una tasa de 2.95 por 1 000 habitantes; disritmia cardíaca, 2.69; neumonía, 2.63; enfermedad de la circulación pulmonar 2.58, y diabetes, con 2.31. Para 1990 la tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio había aumentado en un tercio, 4.16, respecto al periodo anterior, y ocupaba el primer lugar; la diabetes mellitus seguía en segundo con un valor de 3.17, y la enfermedad de la circulación pulmonar con 2.01.

En la década de los ochenta la diabetes mellitus fue la segunda causa de mortalidad para las mujeres, con una tasa de 3.01; en 1990 ocupó el primer lugar con una tasa de 4.13. En 1990 las enfermedades del corazón estuvieron entre las principales causas de muerte de las mujeres: así, el infarto agudo al miocardio tuvo una tasa de 2.92; la enfermedad de la circulación y pulmonar y otras del corazón presentaron una tasa de 2.36 y la enfermedad isquémica del corazón una de 1.24. (23). En 1993 las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares siguieron siendo las principales causas de muerte entre las personas de 65 años y más, constituyendo 47% del total de defunciones (85 810 muertes). Para ese año hubo 46 159 casos de diabetes mellitus y 69 1592 de hipertensión arterial.

Una de las características de la transición epidemiológica es la sustitución de las enfermedades transmisibles por las crónicas. En este fenómeno destacan tres aspectos: el primero es que el ritmo del descenso de los problemas infecciosos es más rápido y el impacto de las intervenciones es casi inmediato, mientras que el ascenso de las enfermedades crónicas es lento pero constante. El segundo es que la protección y las intervenciones dirigidas al control de las enfermedades infecciosas benefician sobre todo a la población infantil, mientras que en el caso de las enfermedades crónicas existe un común denominador de riesgos al que toda la población se ve expuesta en tanto aumenta su edad. El tercero y último es que mientras en los problemas transmisibles la curación es inmediata y casi siempre se acompaña de inmunidad permanente, en las enfermedades crónico-degenerativas el proceso es lento, no hay inmunidad, su severidad va en aumento y es discapacitante.

Con independencia de los diferentes criterios y técnicas que se utilicen para evaluar el grado de adhesión a los tratamientos se registran datos sobre la frecuencia de cumplimiento en algunas enfermedades crónicas, los que aún siendo aproximados ilustran la gravedad del problema. Por ejemplo, en hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo el 27 % en Gambia, 43 % en China y 51 % en Estados Unidos.⁴ En Cuba, se realizó una investigación en un área de salud del municipio Marianao, La Habana y se encontró que sólo el 51 % de los pacientes incluidos en el estudio cumplían adecuadamente el tratamiento antihipertensivo (24).

Para otras enfermedades se informan cifras igualmente bajas. En Australia, sólo 43 % de los pacientes con asma toman los medicamentos prescritos, todo el tiempo y el 28 % utilizan la medicación preventiva indicada. En el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA, la adherencia a los antirretrovirales varía entre el 37 y el 83 % según el medicamento y las características de las poblaciones en estudio y en el caso de los pacientes con depresión se revela entre el 40 y 70 % de adherencia a los tratamientos antidepresivos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estilo de comunicación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes es fundamental ya que los profesionales con aptitudes y/o actitudes negativas para informar, contribuyen a la falta de adherencia del paciente. Otro aspecto de igual importancia es la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico; la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento se conjugan de manera activa para lograr la adhesión.

Quizás el núcleo de la intervención, es el fomento de la responsabilidad individual con la salud. Muchas veces, es el propio sistema de salud, con enfoques de trabajo paternalistas, el que deprime el papel del individuo en su auto cuidado y crea en el paciente una dependencia excesiva del servicio, del trabajo de sus profesionales, incluso de los familiares, como si él no tuviera nada que ver o hacer para mejorar o recuperarse de una enfermedad o vivir con ésta controlada. La orientación, la educación de los pacientes, la información por todas las vías que caracterizan los estilos de comunicación, constituye parte imprescindible de la estrategia que puede elevar las tasas de cumplimiento.

En base a lo anterior nos preguntamos **¿Cuál es la percepción del modelo comunicación de la relación médico-paciente y su asociación con el apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en la UMF N.20?**

HIPÓTESIS

El modelo de comunicación de la relación médico-paciente, se asocia con el apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas de la UMF N.20.

OBJETIVOS:

Determinar la percepción del modelo de comunicación de la relación médico-paciente y su asociación con el apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en la UMF N.20.

Objetivos específicos:

1. Conocer el perfil socio-demográfico y clínico del paciente.
2. Identificar la percepción del paciente sobre la actitud de su médico tratante.
3. Identificar la percepción del paciente sobre el modelo de comunicación utilizado por su médico tratante.
4. Evaluar el apego a tratamiento.
5. Asociar la percepción del paciente del modelo de comunicación en la relación médico-paciente y el apego a tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas.

JUSTIFICACIÓN

Existe la necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico ya que aproximadamente el 90 % de ellos no ha tenido un entrenamiento formal para tal función (25). Es conveniente resaltar que aunque el paciente no está en la mejor posición para juzgar la competencia profesional de su médico, existen dos áreas en las cuales puede convertirse en el mejor juez de tal competencia: a) dominio de la relación médico-paciente b) habilidades interpersonales (26).

Al revisar los modelos de comunicación en la entrevista médico paciente, se argumenta que la investigación de los últimos decenios evidencia la gran relación que existe entre la comunicación efectiva por parte del médico con la satisfacción del paciente y la satisfacción del propio médico (27)

El aspecto más interesante se refiere a que los médicos en general, tienen poca disposición a escuchar las historias de sus pacientes; sin embargo, tales historias con frecuencia revelan muchos aspectos del sufrimiento humano, posturas corporales, expresiones faciales o cambios en la voz que no podrían ser detectados por las maravillas tecnológicas: Los médicos deben aprender a escuchar con ambos oídos, *lo cual significa escuchar con un oído atentamente la información biomédica y con el otro la información psicosocial del paciente* (28).

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. Este dato permite reconocer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, lo que pone en peligro la capacidad del sistema sanitario para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población. Quiere decir que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. Lo peor, es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que crecen los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad.

Las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones; la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento.

El gasto sanitario del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública (29).

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar.

En el presente trabajo existe el interés de determinar la influencia de la percepción que tiene el paciente sobre el modelo de comunicación utilizado por su médico y la adherencia a tratamiento, ofreciendo con ello datos que ayuden a limitar las consecuencias del mal apego en pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas (30).

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Características del lugar.

El presente estudio se levó a cabo en la siguiente unidad de atención médica:

- Unidad de Medicina Familiar N. 20 de IMSS. Localizada en Calzada "Vallejo N. 675, Colonia Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo A. Madero. DF. Unidad de primer nivel de atención del IMSS.

Diseño.

Tipo de estudio.

Transversal Analítico.

Grupos de estudio.

Derechohabientes con enfermedades crónico-degenerativas con más de un año de evolución, que acuden a la consulta de la UMF N. 20.

Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar.
- Ambos sexos.
- Cualquier edad.
- Ambos turnos.
- En tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas mayor de 1 año de evolución.
- Con un tiempo mínimo de un año adscritos al mismo consultorio, atendidos por el mismo médico.

Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan antecedentes de demanda legal que acudan por primera vez a solicitar atención médica.
- Con cambio de turno reciente.
- Con cambio de consultorio reciente.
- Con algún deterioro cognitivo o dificultad (secuelas de EVC, hipoacusia severa) para contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no estén adscritos a la UMF N20.
- Personas que no deseen participar.
- Personas que no contesten al 100% la *entrevista*.

Tamaño de la muestra:

Fórmula:

Se calculo la muestra con **EPI Info**, para estudios transversales obteniendo un valor de **confiabilidad** de: **95**, **Poder** de: **80**, **relación de expuestos no expuestos de 1:1**, **factor de expuestos** de: **57.14%**, **RR: 1.43**. y **OR: 2.00**.

Obteniendo un tamaño de muestra de **144 /144 = 288** pacientes.

Tipo de muestreo

Por conveniencia.

I. ARIABLES DE ESTUDIO.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
<p>Apego tratamiento</p> <p>Variable dependiente</p>	<p>Comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma. En donde es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas.</p>	<p>Adecuado</p> <p>Inadecuado</p> <p><i>Se evaluará a través del instrumento de 4 ítems</i></p> <p><i>TEST DE MORISKY-GREEN</i></p> <p><i>Interrogatorio directo</i></p> <p><i>Ver anexo 3</i></p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Percepción de la actitud del médico</p> <p>Variable i</p> <p>Independiente</p>	<p>Conjuntos de comportamientos socialmente aceptados en la situación clínica</p>	<p>Adecuado</p> <p>Inadecuado</p> <p>Se evaluará a través del instrumento modificado por Tushida-Fernández</p> <p>Interrogatorio directo</p> <p>Ver anexo 1</p>	<p>Cualitativa nominal</p>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
<p>Percepción de Modelo de comunicación en la relación médico-paciente</p> <p>Variable independiente</p>	<p>Diferentes actitudes e interacciones entre médico y paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Paternalista</i> • <i>Interpretativo</i> • <i>Informativo</i> • <i>Deliberativo</i> <p><i>Cuestionario ex profeso que consta de 4 preguntas; las cuales corresponden a cada uno de los modelos de comunicación</i></p> <p><i>Ver anexo 4</i></p>	<p>Cualitativa nominal</p>

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Aspectos sociodemográficos <i>Variables universales</i> Edad	Características demográficas que identifican a un individuo como son: Años que existen entre la fecha de nacimiento y el tiempo actual	Numero en años <i>Se evaluará a través del interrogatorio directo (entrevista)</i>	Cuantitativa continua
Sexo	Características biológicas que nos distinguen en hombre y mujer	Femenino-masculino <i>Se evaluará a través del interrogatorio directo (entrevista)</i>	Cualitativa nominal
Religión	Culto a una divinidad	Católica Cristiana Testigo de Jehová Evangelista Otra <i>Se evaluará través del interrogatorio directo (entrevista)</i>	Cualitativa nominal
Grado de estudios	Grado máximo de estudios	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Postgrado Otra <i>Se evaluará a través del interrogatorio directo (entrevista)</i>	Cualitativa ordinal
Nivel socioeconómico	Nivel que se otorga socialmente en términos económicos	Sin evidencia de pobreza Alto Medio Bajo <i>Se evaluará a través del Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF) interrogatorio directo Ver anexo 2</i>	Cualitativa ordinal

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
<p>Características clínicas <i>Variables independientes</i></p> <p>Enfermedad crónico-degenerativa</p>	<p>Aspectos clínicos del paciente como:</p> <p>Padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro clínico físico, mental o ambos (30)</p>	<p>a)Hipertensión Arterial b)Diabetes Mellitus T2 b) EPOC c) Otras</p> <p><i>Se evaluará a través del interrogatorio directo (entrevista)</i></p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Tiempo de evolución de la enfermedad</p>	<p>Años que existen entre el diagnóstico del a enfermedad y la fecha de la entrevista</p>	<p>Numero de años</p> <p><i>Se evaluará través del interrogatorio directo (entrevista)</i></p>	<p>Cuantitativa continua</p>
<p>Tiempo de conocer a su medico</p>	<p>Años de acudir a su unidad de salud y ser atendido por el mismo medico</p>	<p>Numero de años</p> <p><i>Se evaluará través del interrogatorio directo (entrevista)</i></p>	<p>Cuantitativa continua</p>

I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal analítico en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS, en el período comprendido entre septiembre de 2008 a Junio de 2009, en una población total de 288 pacientes adscritos a esta unidad, ambos sexos, ambos turnos, cualquier edad, que sean atendidos por el mismo médico por un periodo mínimo de un año y portadores de una enfermedad crónico-generativa de por lo menos un año de evolución, los serán agrupados en dos categorías quienes se apegan a tratamiento y quienes no lo hacen conformando de esta forma los casos y no casos respectivamente.

Se aplicó un cuestionario que consta de las siguientes secciones: cédula de 7 ítems que indaga aspectos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad y religión) y antecedentes clínicos (tiempo de conocer a su médico, enfermedad que padece y tiempo de evolución); cédula de percepción de actitud del médico validado en población española, el cuál consta de 30 ítems en una escala de tipo likert que se evalúa de 30 a 120 tomando punto de corte la media de 90 para considerar adecuada o inadecuada; cédula que evalúa el nivel socioeconómico llamado índice simplificado de pobreza familiar, el cuál permite conocer dentro de las dimensiones de economía, educación y vivienda con puntuación de 0 a 3 en cada rubro, si el paciente muestra no evidencia de pobreza (0-3), pobreza baja (3-6), pobreza media (7-9), pobreza alta (10-12) además de el cuestionario ex profeso que indaga el estilo de comunicación prevalente en la relación médico-paciente que consta de 4 ítems cada uno describe las características del modelo de comunicación (paternalista, deliberativo, informativo e interpretativo) y se solicita al paciente que elija el modelo que mas se apegue a su convivencia con su medico tratante.

Finalmente el test de Morinsky-green para apego a tratamiento de 4 ítems en el cuál ante una negación se considera no apego terapéutico.

II. ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó estadística descriptiva frecuencia y distribución de porcentajes para variables nominales, media, moda, mediana y DE para variables cuantitativas así como estadística inferencial con valor de P, IC y OR para determinar la asociación entre el modelo de comunicación en la RMP, la percepción de la actitud del médico y el apego a tratamiento.

La forma de captura se llevó a cabo por medio del programa SPSS, previa codificación, los datos se describirán agrupando las variables en cuantitativas y cualitativas, por medio de los paquetes estadísticos EPI, info, SPSS, tablas 2x2, y finalmente se expuso en presentación de tablas de salida.

RESULTADOS

Se entrevistaron 288 pacientes derechohabientes de la consulta externa de la UMF 20 del IMSS primer nivel de atención obteniendo los siguientes resultados:

El perfil sociodemográfico de predominio fue *genero femenino* 62.8% (n=181), *escolaridad primaria* 29.5% (n= 85), *religión católica* 85.4% (n=246) y nivel socioeconómico con pobreza baja 49.7 (n=143) (Cuadro 1).

La percepción de los pacientes acerca de la *actitud* del medico que predominó fue *adecuada* 66% (n=190) (Cuadro 2, figura 2).

La percepción de los pacientes acerca del modelo de comunicación utilizado por su médico fue predominantemente el *modelo paternalista* 59.4% (n=171) (Cuadro 3, figura1).

Las *enfermedades crónico* degenerativas que predominaron fueron las clasificadas como *otras*, 27.4% (n=79) de las cuales destacan enfermedades como osteoartritis, artritis reumatoide, LES, migraña , enfermedades psiquiátricas y epilepsia (Cuadro 4).

El *tiempo de evolución* de la enfermedad crónico-degenerativa que predominó en los pacientes entrevistados fue 0-5 años, 63.5% (n=183) (Cuadro 5).

El *tiempo de conocer* a su médico que predominó fue 0-5 años 64.9% (n=187). (Cuadro 6).

El *perfil sociodemográfico* de acuerdo al apego a tratamiento que se observó en los **pacientes con apego** fue para el genero *femenino* 65.3% (n= 94), mientras que en los **pacientes sin apego** el mismo género con 60.4% (n=87), *primaria* fue la escolaridad en pacientes **con apego y sin apego** 28.5% (n=41) y 30.6% (n=44) respectivamente. Por otro lado la religión *católica* en pacientes **con apego y sin apego** en 84.2% (n=122) y 86.1% (n=124) respectivamente y finalmente el nivel socioeconómico fue *pobreza baja* en pacientes **con apego** 50.7% (n=73) y **sin apego** 48.6% (n=70) (Cuadro 7).

La percepción de la actitud fue *adecuada* en pacientes **con apego** 68.8% (n=99), y **sin apego** 63.2% (n=91) (Cuadro 8).(Figura 3).

El modelo de comunicación que prevaleció en los pacientes **con apego** a tratamiento fue el *deliberativo* 57.6% (n=83) y **sin apego** el *modelo paternalista* 84% (n=121) (Cuadro 9, figura 4).

La enfermedad que predominó en los pacientes **con apego** fue Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) con un porcentaje de 23.6% (n=34), en los pacientes **sin apego** fue el rubro clasificado como otra 31.9% (n=46) (Cuadro 10).

El tiempo de conocer a su médico predominante en los pacientes **con apego** y **sin apego** fue de 0-5 años 58.3% (n=84) y 71.5% (n=103), de forma respectiva (Cuadro 11, figura 5).

El tiempo de evolución de la enfermedad crónica degenerativa en los pacientes **con apego y sin apego** fue de 0-5 años con los valores de 57.6% (n=83) y 69.4% (n= 100) (Cuadro 12, figura 6).

Se utilizó estadística analítica en busca de los factores asociados al apego y la variables estudiadas encontrando: *apego a mayor escolaridad* (licenciatura vs. analfabeta) OR 6.40 (1.52-28.88) IC al 95% y p=0.048. Cuadro 1.1 ; *en pacientes con enfermedad crónica degenerativa HAS vs. DMT2* OR 9.88 (2.04-65.02) IC al 95% p= 0.0005. Cuadro 1.2; *en pacientes sin evidencia de pobreza vs. pobreza media* OR 5.6 (2.23-14.92) IC al 95% p= 0.000032. Cuadro 1.3; cuando el modelo de comunicación en la relación médico paciente es *interpretativo vs. paternalista* OR 13.31 (2.64-90.43) IC de confianza al 95% y p=0.00043. Cuadro 1.4; Con tiempo de conocer a su médico 11-15 vs. 0-5 años OR 3.68 (1.38-10.90) IC al 95% y p= 0.0055. Cuadro 1.5 y *con tiempo de evolución de enfermedad crónica degenerativa de 11-15 años vs. 0-5 años* OR (1.52-10.73) p= 0.00147 (Cuadro 1.6).

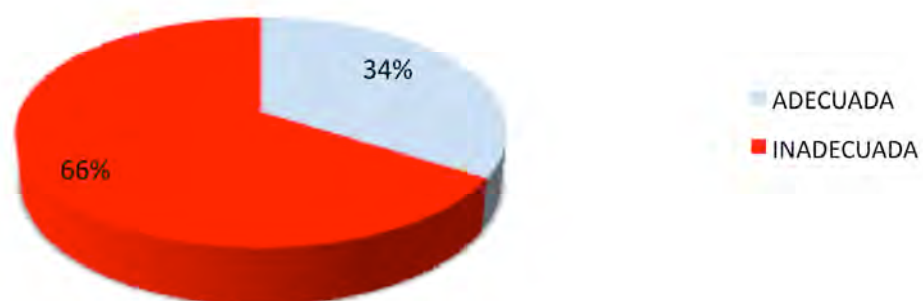
1.- Perfil sociodemográfico de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable	n=288	%
1.- Género		
Masculino	107	37.2
Femenino	181	62.8
2. Escolaridad		
Analfabeta	27	9.4
Sabe leer y escribir	56	19.4
Primaria	85	29.5
Secundaria	53	18.4
Bachillerato	43	14.9
Licenciatura	21	7.3
Posgrado	3	1
3. Religión		
Católica	246	85.4
Evangelista	7	2.4
Testigo de Jehová	3	1
Mormón	2	0.7
Otra	30	10.4
4. Nivel socioeconómico		
Sin evidencia de pobreza	106	36.8
Pobreza baja	143	49.7
Pobreza media	39	13.5

2.- Percepción de la actitud del médico de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable	n=288	%
Adecuado	190	66
Inadecuado	98	34

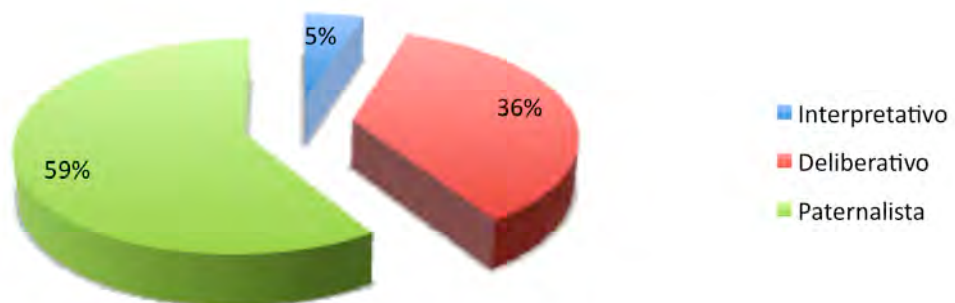
Fig 1. Percepción de la actitud del médico de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas de la UMF N.20



3.- Percepción del modelo de comunicación del médico de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable	n=288	%
Interpretativo	13	4.5
Deliberativo	104	36.1
Paternalista	171	59.4

Fig 2. Percepción del modelo de comunicación del médico de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20



4.- Enfermedades crónico degenerativas de pacientes de la UMF N.20

Variable	N=288	%
Enfermedad crónico degenerativa		
HAS *	77	26.7
DM*	51	17.7
EPOC*	**4	1.4
Otra (osteoartritis, AR*,LES*, epilepsia, migraña, trastornos psiquiátricos, enfermedad ácido péptica, etc.)	79	27.4
HAS*, DM*	37	12.8
HAS*, EPOC*	2	0.7
DM*, EPOC*	3	1.0
HAS *,DM*, EPOC*	8	2.8
Otra, HAS*	5	1.7
Otra, DM*	9	3.1
Otra, DM*, HAS*	9	3.1
Otra, DM*, HAS*, EPOC*	51	17.7

*HAS: Hipertensión Arterial Sistémica, DM: Diabetes Mellitus, EPOC: Enfermedades Pulmonar Obstructiva Crónica, AR: Artritis Reumatoide, LES: Lupus Eritematoso Sistémico.

5.- Tiempo de evolución de enfermedades crónico degenerativas de pacientes de la UMF N.20

Variable	n=288	%
Tiempo de evolución de enfermedad crónico-degenerativa		
1-5 años	183	63.5
6-10 años	58	20.1
11-15 años	30	10.4
16-20 años	14	4.9
21-25 años	3	1

6.- Tiempo de conocer a su medico de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable	n=288	%
Edad		
1-5 años	187	64.9
6-10 años	58	20.1
11-15 años	24	8.3
16-20 años	13	4.5
21-25 años	2	0.7
26 a mas	4	1.4

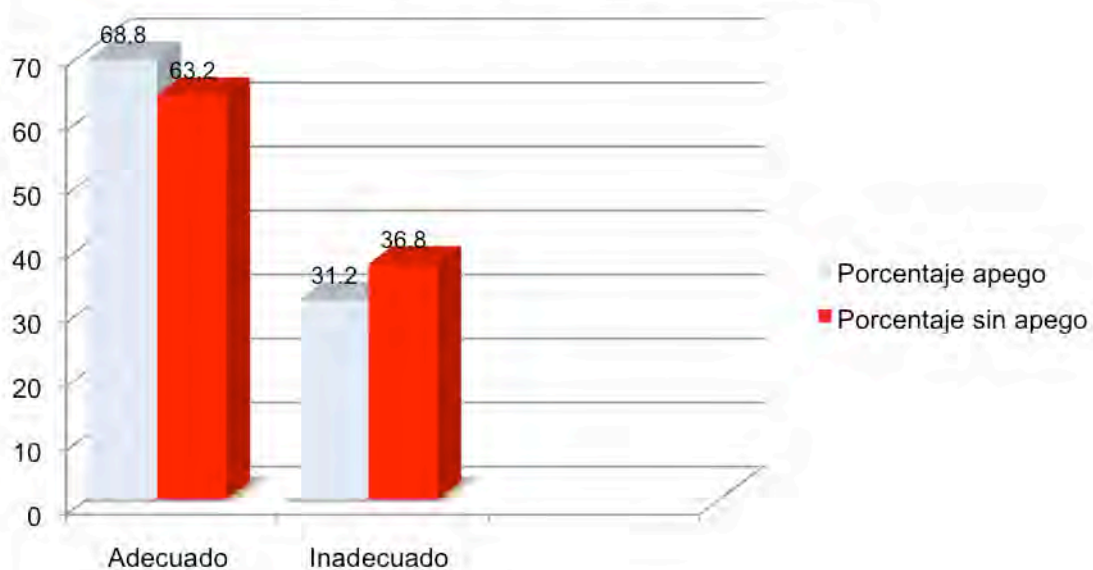
7.- Perfil Sociodemográfico- de acuerdo al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas de la UMF N-20

Variable	Con apego		Sin apego	
	n= 144	%	N=144	%
1. -Género				
Masculino	50	34.7	57	39.6
Femenino	94	65.3	87	60.4
2.- Escolaridad				
Analfabeta	9	6.2	18	12.5
Sabe leer y escribir	23	16.0	33	22.9
Primaria	41	28.5	44	30.6
Secundaria	30	20.8	23	16
Bachillerato	23	16	20	13.9
Licenciatura	16	11.1	5	3.5
Secundaria	30	28.9	23	16
Bachillerato	23	16	20	13.9
Licenciatura	6	11.1	5	3.5
Posgrado	2	1.4	1	0.7
3.- Religión				
Católica	122	84.2	124	86.1
Evangelista	4	28.1	3	2.1
Testigo de Jehová	2	1.4	1	0.7
Mormón	1	0.7	1	0.7
Otra	15	10.4	15	10.4
4.- Nivel socioeconómico				
Sin evidencia	63	43.8	43	29.9
Pobreza baja	73	50.7	70	48.6
Pobreza media	8	5.6	31	21.5

8.- Percepción de la actitud del médico de acuerdo a apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable	Con apego		Sin apego	
<i>Actitud</i>	n=288	%	N=288	%
Adecuado	99	68.8	91	63.2
Inadecuado	45	31.2	53	36.8

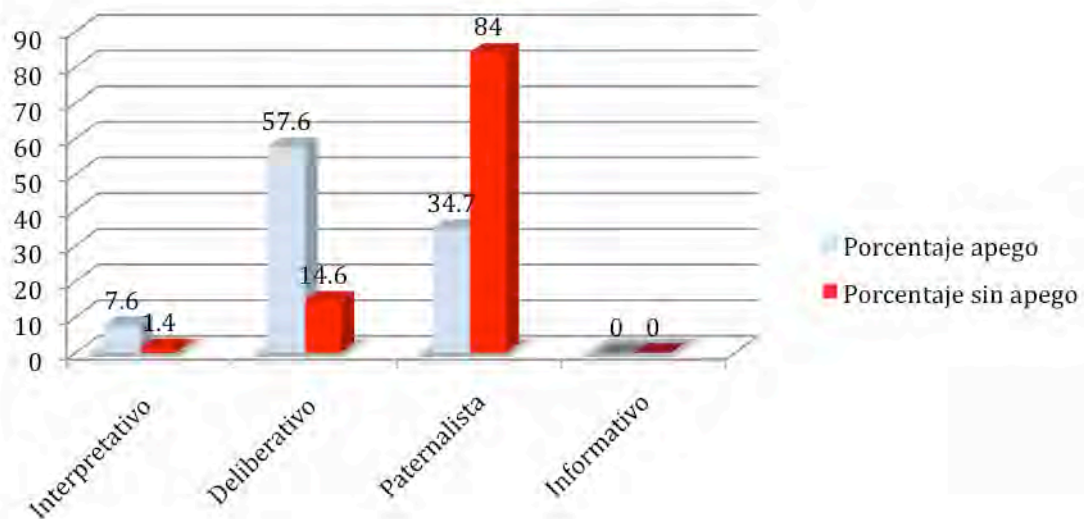
Figura 3. Percepción de la actitud del médico de acuerdo a apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20



9.- Modelo de comunicación de la RMP de acuerdo al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable	Con apego		Sin apego	
<i>Modelos de comunicación</i>	n=288	%	n=288	%
Interpretativo	11	7.6	2	1.4
Deliberativo	83	57.6	21	14.6
Paternalista	50	34.7	121	84

Figura 4. Modelos de comunicación de acuerdo a apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20



10.-Enfermedad de acuerdo al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

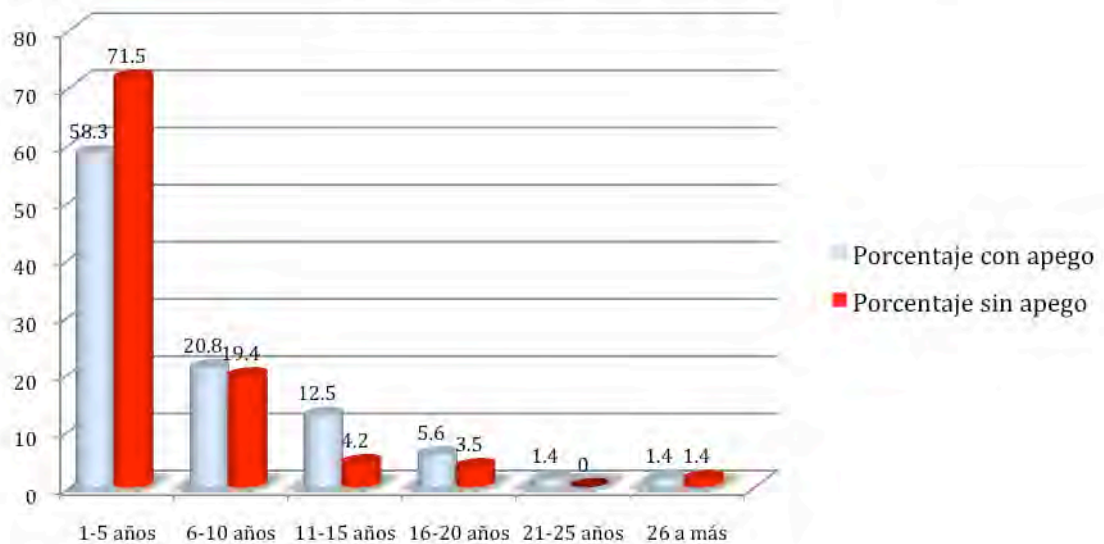
Variable	Con apego		Sin apego	
<i>Enfermedad</i>	n= 288	%	n=288	%
HAS*	34	23.6	43	29.9
DM*	26	18.1	25	17.7
EPOC*	4	2.8	0	0.0
Otra (osteoartritis, AR,LES, epilepsia, etc.)	33	22.9	46	31.9
HAS*, DM*	19	13.2	18	12.5
HAS*, EPOC*	0	0.0	2	1.4
DM*, EPOC*	3	2.1	0	0.0
HAS,* DM*, EPOC*	5	3.5	3	2.1
Otra, HAS*	0	0.0	5	3.5
Otra, DM*	9	6.2	0	0.0
Otra, DM*, HAS*	7	4.9	2	1.4
Otra, DM*, HAS*, EPOC*	4	2.8	0	0.0

*HAS: Hipertensión Arterial Sistémica, DM: Diabetes Mellitus, EPOC: Enfermedades Pulmonar Obstructiva Crónica, AR: Artritis Reumatoide, LES: Lupus Eritematoso Sistémico.

11.- Tiempo de conocer a su médico-Apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable	Con apego		Sin apego	
	N=288	%	n=288	%
Años				
1-5	84	58.3	103	71.5
6-10	30	20.8	28	19.4
11-15	18	12.5	6	4.2
16-20	8	5.6	5	3.5
21-25	2	1.4	0	0.0
26 a mas	2	1.4	2	1.4

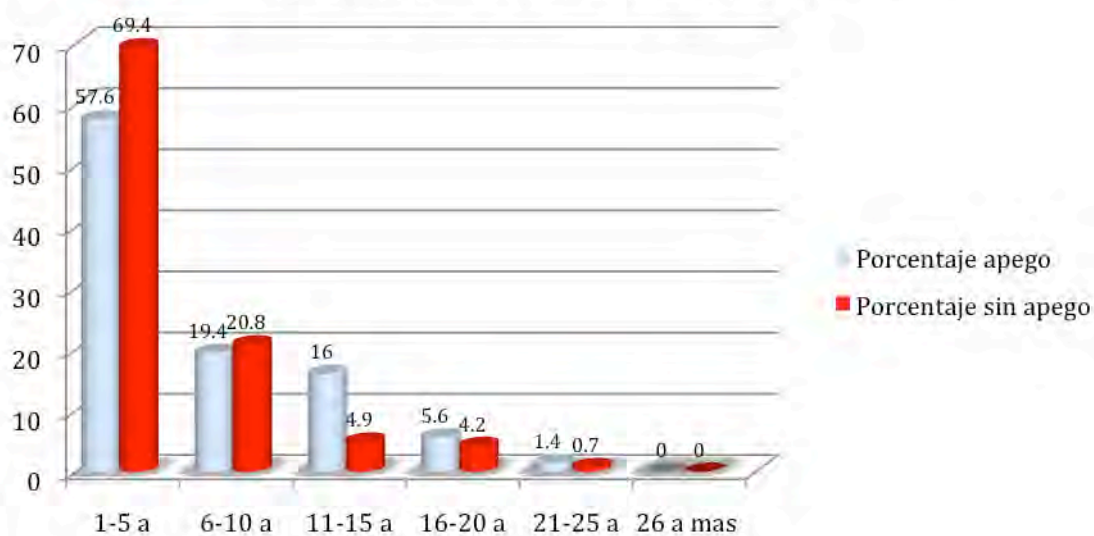
Figura 5. Tiempo de conocer a su médico en relación al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20



12.- Tiempo de evolución de enfermedad -Apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable	Con apego		Sin apego	
Años	n=288	%	n=288	%
1-5	83	57.6	100	69.4
6-10	28	19.4	30	20.8
11-15	23	16.0	7	4.9
16-20	8	5.6	6	4.2
21-25	2	1.4	1	0.7
26 a mas	0	0.0	0	0.0

Figura 6. Tiempo de evolución de enfermedad de acuerdo a apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20



1.1 Escolaridad como factor asociado al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable: Escolaridad	OR	IC	P
Licenciatura Analfabeta	6.40	152-28.88	0-003
Licenciatura Sabe leer y escribir	4.59	1.32-16.87	0.006
Licenciatura Primaria	3.43	1.05-11.89	0.021
Secundaria Analfabeta	2.61	0-9-.771	0.048

1.2 Enfermedad como factor protector asociado al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable: Enfermedad	OR	IC	P
HAS	9.88	2.04-65.02	0.0005
DMT2			

1.3 Nivel socioeconómico como factor asociado al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable: Nivel socioeconómico	OR	IC	P
Sin evidencia de pobreza	5.68	2.23-14.92	0.000032
Pobreza media			
Pobreza baja	4.04	1.64-10.38	0.00067
Pobreza media			

1.4 Modelo de comunicación utilizado por el medico como factor asociado al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable: Modelo de comunicación	OR	IC	P
Interpretativo	13.31	2.64-90.43	0.000043
Paternalista			
Deliberativo	9.56	5.16-17.89	0.000000
Paternalista			

1.5 Tiempo de conocer a su medico como factor asociado al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable: Años	OR	IC	P
11- 15	3.68	1.38-10.90	0.005
1-5			

1.6 Tiempo de evolución de enfermedad como factor asociado al apego a tratamiento de pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF N.20

Variable: Años	OR	IC	P
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 11- 15 1-5 </div>	3.96	1.52-10.73	0.00147
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 11-15 6-10 </div>	3.52	1.19-10.74	0.0154

DISCUSIÓN

El estudio demuestra mayor apego terapéutico asociado a pacientes que perciben un modelo de comunicación de la relación médico-paciente *interpretativo*, de ello cabe resaltar que a pesar que el modelo de comunicación paternalista fue el más frecuentemente encontrado con un 59.4%, es el modelo que menos se asocia con el apego a tratamiento.

Otros factores asociados a el apego a tratamiento dentro de los pacientes entrevistados fueron: mayor grado de escolaridad, mayor nivel socioeconómico, mayor tiempo de conocer a su médico y mayor tiempo de padecer su enfermedad crónico degenerativa.

La evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, la satisfacción de los pacientes con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas. (31). En otras palabras estaríamos hablando de que el tipo de relación que establecemos con nuestros pacientes ejerce una influencia directa en la efectividad misma de la asistencia médica (32).

El modelo paternalista ocurre cuando el médico domina la relación tomando las decisiones que cree más convenientes para el paciente. Ésta es la forma tradicional de relación médico-paciente y es la que con más frecuencia se ha encontrado en diversos estudios, por ejemplo en España (33) muestran que los médicos mantienen aún unos estilos de consulta muy prescriptivos, autoritarios y paternalistas, que no cumplen con las necesidades expresadas por los pacientes.(34) Además se refiere que sólo uno de cada cuatro médicos explicaba adecuadamente al paciente; menos de uno de cada diez, se interesaba por sus preferencias, opiniones , creencias sobre los diagnósticos y tratamientos; y la oportunidad que tenían los pacientes de hablar en las consultas era muy escasa (35).

Es un hecho innegable que los elementos que determinan el modo de relacionarse entre el médico y el paciente han variado a lo largo de la historia de la medicina occidental y en la actualidad a veces es confuso el papel que cada uno de los actores de esta relación debe o quiere desempeñar (36). No obstante algunos pacientes (al igual que algunos médicos) siguen considerando que la relación debe ser fundamentalmente asimétrica y vertical, toman un papel pasivo y rechazan participar en la toma de decisiones (37), característica del modelo de comunicación paternalista. Sin bien es cierto que esta relación clínica se basa en la confianza, no siempre se ha entendido como un derecho-deber recíproco en el que todas las partes participan del descubrimiento de su mutua dignidad, reconociéndose y respetándose. (38)

Sin embargo dentro de esta relación tan complejo nos enfrentamos a distintas paradojas (39), que dificultan aun mas la relación, como cuando un paciente no quiere siempre en mismo modelo de comunicación, otro aspecto es que

los mismos pacientes, cuando son «activados», controlan mejor su enfermedad pero, a su vez, acaban menos satisfechos de los encuentros con sus médicos. Es posible que la «fricción amigable» entre médico y paciente produzca mejores resultados clínicos, aunque la relación sea menos cómoda.

Estas paradojas revisadas en diversos artículos ponen de manifiesto concordancia con los resultados encontrados en la presente investigación, ya que a pesar que predomina el modelo paternalista la actitud percibida por los pacientes entrevistados fue adecuada en la mayoría de los casos (66%).

Está constatado que una correcta relación médico-paciente favorece el cumplimiento terapéutico, pero también existen datos que apuntan a que la falta de adhesión al tratamiento prescrito incide de forma negativa en dicha relación por que el profesional pierde la confianza en el paciente sobre el seguimiento de sus indicaciones y porque el paciente, a su vez, pierde la confianza en el profesional al persistir el cuadro que la falta de observancia no permite curar/controlar.

Dentro los factores relacionados con el profesional que fueron los estudiados en la presente tesis, se establece que la relación profesional-paciente tiene un papel destacado en la etiopatogenia del incumplimiento y existen diferentes estudios que han demostrado una estrecha relación entre ambos y la importancia de esta relación no sólo con el médico, sino también con otros profesionales encargados de la atención del paciente, entre los que destaca el personal de enfermería. Los datos de algunos estudios han demostrado también la importancia del grado de supervisión; aquellos pacientes que consideran que son atendidos el tiempo suficiente o que se supervisa periódicamente su medicación tienden a ser mejores cumplidores que aquellos que tienen una opinión negativa de la atención recibida. Con connotaciones similares, también la accesibilidad al profesional influye de forma directa sobre el seguimiento de los tratamientos.

El origen de la falta de adherencia al tratamiento es multifactorial y se han identificado más de doscientas variables relacionadas con ello y que están relacionadas con características del paciente, el médico, el proceso patológico y el propio tratamiento. Blackwell ha propuesto clasificar el incumplimiento terapéutico en función de su origen y así habla de incumplimiento por omisión (suspensión del tratamiento por olvido, mejoría, efecto adverso, etc.), incumplimiento por alteración en la posología (alteración de la dosis, intervalo, duración, etc.) e incumplimiento por seguimiento de tratamientos no prescritos (automedicación). (40).

La percepción de los pacientes con enfermedades crónica que con mas frecuencia escuchamos es que los médicos, informan pero no te comunican, te oyen pero no te escuchan y te atienden pero no te acompañan. Actualmente el paciente es un ciudadano que ostenta entre otros derechos el de su autodeterminación no dispuesto a renunciar a ella, aun en las condiciones de dolor y sufrimiento de la enfermedad (41), quiere poder decidir, participar de forma más activa en las alternativas que conciernen a su cuerpo, su vida, sus valores (42) y para ello necesita, cuando menos, ser escuchado e informado (43).

Las relaciones profesionales con nuestros pacientes basadas en la participación mutua en la toma de decisiones y el desarrollo de la autonomía de los pacientes generan una mayor satisfacción y unos previsible mejores resultados clínicos, de esta manera surge un paciente activo, el cual se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. Este último término define a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con sus médicos las decisiones que les permiten asumir esos objetivos (44).

Las consecuencias de ser un paciente activo, es ser más consciente de su problema de salud, más comprometido con la mejora de su salud y presenta un mayor cumplimiento terapéutico. Asimismo, es un paciente más colaborador con sus médicos, gestiona de forma más efectiva y eficiente el tratamiento clínico de su enfermedad, es un paciente experto, que puede ayudar a otros pacientes a ejercer mejor sus derechos y puede contribuir a mejorar los servicios de salud (45).

Los cambios de actitud de los pacientes se encuentra promovido por las transiciones sanitarias asociadas con los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, tecnológicos, educativos y laborales que a su vez, han supuesto una mayor cobertura de los temas de salud en los medios de comunicación (46), promoviendo la creación de estados de opinión pública con respecto a las características de los servicios sanitarios y a la ubicación prioritaria de la sanidad en la agenda política del estado del bienestar, aunado a que el nivel educativo ha aumentado, se han producido cambios en la estructura y en los roles de la familia que suponen la aparición del hijo/a, el cónyuge y el padre/madre del paciente como agentes de salud, los ciudadanos perciben la salud como un bien individual y subjetivo, los pacientes adoptan un rol de consumidor y cliente de los servicios sanitarios, hay un aumento de las expectativas en torno a las posibilidades curativas de la ciencia y de las nuevas tecnologías sanitarias, el aumento de la prevalencia de la enfermedad crónica promueve la adopción de estrategias de autocuidado y autocontrol de la evolución de la propia enfermedad. (47).

El hecho de que la enfermedad crónica sea la de mayor prevalencia en nuestra sociedad determina un aumento de la experiencia que tienen las personas como pacientes, ello supone un mayor conocimiento sobre la importancia del autocuidado y sobre la necesidad de adoptar comportamientos sanitarios responsables. En este sentido, la presencia de una enfermedad crónica es una de las razones que permite caracterizar la salud como un bien individual promoviendo en los pacientes con un nivel de educación más elevado, una mayor preocupación por la evolución de su enfermedad, un mejor cumplimiento terapéutico. (48). Lo anterior sustenta el hecho de nuestro hallazgo de mayor apego asociado a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor nivel socioeconómico y escolaridad (49).

De lo anterior en conclusión la relación medico paciente es uno de los factores que influyen en el apego al tratamiento de los pacientes con

enfermedades crónico degenerativas siendo el modelo con mayor impacto en el apego, aquel donde el medico ofrece la información relevante de la enfermedad y tratamientos , tomando en cuenta los valores del paciente y ayudándolo a decidir de acuerdo a sus necesidades (modelo interpretativo) sin embargo existen otros factores que deben de considerarse en futuros estudios como la percepción del paciente de su propio nivel de salud (limitación funcional, gravedad, etc.), los conocimientos de los riesgos potenciales del proceso padecido, no haber comprendido las instrucciones recibidas, desmotivación/desinterés, olvido, “Vacaciones farmacológicas”, proceso intercurrente (sanitario o no), reacciones adversas, miedo a reacciones adversas, iniciativa profesional, iniciativa no profesional, apoyo familiar y/o social; posología incomoda entre otros (50).

CONCLUSIONES.

- EL PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DE LA UMF N.20 FUE SEXO FEMENINO EN UN 62.8% , ESCOLARIDAD PRIMARIA CON 29.5%, RELIGIÓN CATÓLICA EN UN 85.4% Y NIVEL SOCIOECONÓMICO CON POBREZA BAJA EN UN 49.7%.
- EL PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE QUE SE ENCONTRÓ FUE PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS COMO OTRAS, (REUMÁTICAS Y NEUROLÓGICAS) CON UN 27.4, A ELLAS LE SIGUEN HAS CON 26.7% Y DM T2 CON 17.7%. EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE SU PADECIMIENTO FUE DE 1-5 AÑOS CON 63.5%
- EL TIEMPO QUE LOS PACIENTES TIENEN DE CONOCER A SU MEDICO FUE DE 1-5 AÑOS EN UN 64.9%.
- LA PERCEPCIÓN DEL ACTITUD DEL MÉDICO FUE ADECUADA EN 66% DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS E INADECUADO EN 34%.
- LA PERCEPCIÓN DEL MODELO DE COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MEDICO – PACIENTE QUE PREVALECIÓ FUE EL PATERNALISTA EN 59.4%
- EL APEGO FUE EN EL 50% DE LOS PACIENTES.
- FACTORES ASOCIADOS AL APEGO MAYOR ESCOLARIDAD, (LICENCIATURA VS ANALFABETA) OR 6.40 (1.52-28.88) P 0.003, MAYOR NIVEL SOCIOECONÓMICO OR 5.68 (2.23-14.92) P 0.000032 , MAYOR TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA OR 3.96 (1.52-10.73) P 0.00147, Y MAYOR TIEMPO DE CONOCER A SU MEDICO OR 3.68 (1.38-10.90) P 0.005, EXISTE MAYOR ASOCIACIÓN CON APEGO A TRATAMIENTO.
- MAYOR ASOCIACIÓN ENTRE APEGO Y EL MODELO DE COMUNICACIÓN INTERPRETATIVO VS PATERNALISTA OBTENIENDO OR 13.31 (2.64-90.43) P 0.000043.

RECOMENDACIONES.

Es conocido que cuando los pacientes creen en los beneficios del tratamiento y/o se sienten responsables del mismo tienden a cumplir dicho tratamiento, por lo que parece plausible que intervenciones que emplean técnicas de autocontrol, refuerzo conductual o autorresponsabilización, encaminadas a aumentar la capacidad del sujeto en el manejo de su patología obtengan mejoras en las tasas de adherencia terapéutica, esto representa un punto importante a favor de los modelos de comunicación que promueven la participación del paciente como el modelo interpretativo (51).

Una de las estrategias propuestas para mejorar la adherencia a tratamiento consiste en ofrecer al paciente el mayor número de conocimientos referentes a su enfermedad (pronóstico, complicaciones, tratamiento, etc.), con la argumentación de que un paciente con una información adecuada tenderá a adoptar las decisiones más oportunas para mejorar su salud (en este caso tenderá a mejorar su adherencia terapéutica).

Mencionado lo anterior debido a que el incumplimiento terapéutico es un asunto multifactorial, existen otras diversas recomendaciones de las cuales destacan: promover la relación profesional-paciente, informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento, hacer partícipe del tratamiento al paciente, simplificar el tratamiento lo máximo posible, dar información escrita, involucrar a la familia, investigar periódicamente el grado de cumplimiento, reforzar periódicamente, fijar metas periódicas, incentivar al paciente, utilizar sistemas de recordatorio.

Algunos pacientes dicen que no quieren participar en la toma de decisiones. A pesar de ello, sería importante darles la oportunidad de ser capacitados, como se hace con los médicos para que, una vez conocidos los diversos estilos de consulta, puedan elegir el que mejor se adapte a sus necesidades(48). Aunque se ha constatado que los pacientes que han recibido educación para estar «más activados», al tiempo que obtienen mejores resultados en términos de salud, están menos satisfechos de sus encuentros con los médicos (52).

Para llevar a cabo una buena práctica clínica es preciso conocer y valorar las evidencias científicas disponibles. Por otro lado, deberíamos fomentar una ciencia de la relación, basada en la evidencia, los sentimientos, las percepciones y las experiencias del paciente y del médico (53). No todos los pacientes quieren la misma relación con el médico. Las diferencias entre pacientes en cuanto a las expectativas se refieren van a ir en aumento, tenemos que preguntar, de nuevo, hasta qué punto somos capaces de adaptarnos a las diferentes necesidades de relación con los pacientes. Tal vez, el médico debería saber utilizar los puntos fuertes de los cuatro grandes modelos apuntados de manera consciente. Y, puesto que es comprensible que un cambio radical en el paciente sin reparar al médico pueda encontrar resistencias, necesitamos implementar medidas para entrenar a los médicos a recibir al paciente en el siglo XXI. (54).

El rigor de una formación científica debería equilibrarse con una formación humanística, que ayude al médico a centrarse en la vivencia cotidiana y ofrecer una atención individualizada a personas en el ámbito de la única realidad existente: la interacción con un paciente particular en el día a día de la consulta. Una estrategia importante en la relación médico-paciente es el manejo de un modelo de comunicación adecuado al momento que vive el paciente en diferentes circunstancias, es decir, el modelo adecuado para este paciente, en este momento(55,56).

REFERENCIAS

1. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Publica 2002 76 (5)
2. Boshniakov D. Relaciones entre el médico y el paciente de las condiciones del crecimiento del nivel cultural general e higiénica de la población. Ética y deontología. URSS:Uneshalargizdat; 1988.
3. Albert, J.L.: Discurso sobre la conexión de la Medicina con las ciencias físicas y morales sobre los deberes, calidades y conocimientos del medico, Salamanca, Francisco de Toxar, 1803.
4. Sanso Soberats, Félix J. La motivación y el desempeño del equipo básico de salud en el nivel primario. Rev. Cubana Med. Gren Integrar 2003; Vol. 19 (1-3).
5. Arroyo AF. La relación medico-paciente una visión plural. Rev. Esp. Salud Publica, 2000. Disponible en línea: <http://www.espacioblog.com/humanidades-humanidades/medicas/post/2007/08/18la>
6. La Relación con el enfermo. Consideraciones éticas. Carlos Matiella Pineda. Version 1. Mexico, 2003. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/~rrivas/lecturas/matiella.pdf>
7. Emmanuel JE, Emmanuel LL MD. Four Models of the Physician Patient Relationship. JAMA. 1992; 267(16). Disponible en: <http://foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?producto=486>.
8. García C. Evolución de la relación medico-paciente; de la medicina centrada en el medico a la medicina centrada en el paciente. Evidencia Actualización en la práctica ambulatoria. 2001; 4(4).
9. Frank A. la información en la relación médico-paciente. Neurol. Supl 2005; 1 (4) 2-3:18-19
10. Nadia Espejel. Modelos de la relación medico-paciente utilizados en la clínica de Medicina Familiar. Gustavo A. Madero. (tesis doctoral). ISSTE, 2007.
11. Alfonso Aguilar. Niveles de atención. Excelsior. 2008 junio 01. Disponible en: www.excelcior.com.mx <http://www.exonline.com.mx/diario/columna/238642>: pagina de Internet
12. Chávez A. H. El médico familiar en la atención primaria a la salud Rev. Med. IMSS (Mex) 1995; 33:173-176.

13. Alonso Fernández, F: Psicología medica y social, Madrid, Paz Montalvo, 1980.
14. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública. 2004; 30(4):350-2.
15. Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev. Cubana Salud Pública. 2003; 29(3):275-81.
16. OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; 2003
17. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
18. Martín Alfonso L, Sairo M, Bayarre Veá H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev. Cubana Med. Gen Integ. 2003;19(2).
19. OMS. La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento del tratamiento médico[serie en Internet].[citado 7 jun. 2003].
20. Ginarte Y. La adherencia terapéutica. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 2001;17(5):502-5.
21. Pérez Peña J. La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2002;18(2):114-6.
22. Anarte, M.T., López, A.E., Ramírez, C. y Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16, 133-141.
23. Barquín, M. (2002). La moderna salud pública. *Revista Médica del IMSS*, 40, 483-486
24. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. México, D.F.: SSA, Dirección General de Epidemiología, 1990. Documento no publicado.
25. Lifshitz A. Perfil profesional del especialista en medicina. Rev. Fac Med UNAM, 1992; 35 (4): 149-152
26. Dubé C, O'Donnell J, Novack D. Communication skills for preventive interventions. *Academic Medicine* 2000; 75 (7):S45-54
27. Ronald M, Epstein T, Campbell L, Steven A, Cohen-Cole R, McWhinney I, Smilkstein G. Perspectives on Patient-Doctor Communication. *J. Fam Pract* 1993; 37 (4): 377-387.
28. Fernández AM: La competencia comunicativa como factor de eficiencia profesional del educador [[Tesis](#) doctoral]. La Habana. ISP "Enrique J. Varona", 1996.

29. José Luis Huerta González: Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil. México. DF 2005.
30. Velasco, María Luisa. Manejo del Enfermo Crónico y su familia. Manual Moderno. México, 2000.
31. Van-der Hofstadt RCJ, Navarro Cremades F. Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. SEMERGEN 2004;30:552-556.
32. Chávez-Aguilar H, Rosile-Baeza MA. La relación médico-paciente. Un enfoque comunicacional. Rev. Med IMSS 1994;32:1-6.
33. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA 2004;291:2359-2366.
34. Martínez-Cortés F. Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. An Med Hosp ABC 2002;47:112-117.
35. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician- Communication patterns of primary care physicians. JAMA 1997;277: 350-356.
36. López-de la Peña X. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. Rev. Invest Clin 1995;47:5-12.
37. Di-Pietro ML. Inserción de la bioética en los currículos escolares: Los resultados de una encuesta cognoscitiva. Medica Etica 2001; 9-29.
38. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. JAMA 1996;275:152-155.
39. Andrade-Morales MG. Ética y comunicación. En: Tena TC, Hernández OF. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado;2005.
40. Personal awareness and effective patient care. JAMA 1997; 278:502-9.
41. Epstein RM. Mindful practice. JAMA 1999; 282:833-9.
42. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med. Care 1989; 27(Suppl 3): 110-27.
43. Ruiz Morala, J.J. Rodríguezby R. Epsteinc. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico- paciente, México DF; 2002.
44. Beatriz Ogando, César García. Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica. Rev. Calidad Asistencial. 2006;21(3):164-9.

45. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003.
46. López Piñero JM. La medicina en la historia. Madrid: Ed. La esfera de los libros; 2002.
47. Orueta, P. Toledano R.M. Gómez-Calcerrada. SEMERGEN. Formación Actualización en Medicina Familiar. Cumplimiento terapéutico. México; 2008;34(5):235-43.
48. Burke LE, Dunbar-Jacob JM, Hill MN. Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. *Ann Behav; USA; Med.* 1997;19:239-63
49. Salvador-Carulla L, Melgarejo C. Cumplimiento terapéutico. El gran reto del siglo XXI. Barcelona: Ars Médica; 2002.
50. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Grag A, McDonald HP. Intervenciones para mejorar el cumplimiento con la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford.
51. Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research* 2007; 7:55. doi: 10.1186/1472-6963-7-55.
52. Houston N, Hill M, Kottke T and Expert Panel on Compliance. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. *Circulation.* 1997; 95:1085-90.
53. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. A systematic review. *Arch Intern Med.* 2007;167:540-50.
54. Albert J. Jovella, Maria Dolores Navarro Rubio, Laura Fernández Maldonado y Sergi Blancafort. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. México; 2002
55. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. *Educación Médica.* México; 2002;5:73-5.
56. Jovell AJ. Ética de las decisiones sanitarias. *Med Clin (Barc).* Mexico DF; 2002.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA EL PACIENTE (28)

Instrucciones: anote su respuesta en la línea correspondiente y en caso de preguntas con varias opciones de respuesta seleccione encierre la que más se acerque a su respuesta.

Folio _____

Sociodemográficos:
1. Edad:
2. Sexo: 1) masculino 2) femenino
3. Qué escolaridad terminada tiene? :
1) Analfabeta 2) Sabe leer y escribir 3) Primaria
4) Secundaria 5) Bachillerato 6) Licenciatura 7) Postgrado
4. ¿Qué religión tiene?
1) Católica 2) Evangelista 3) Testigo de Jehová 4) Mormón
5) Otra _____
5.- ¿Cuanto tiempo tiene de conocer a su medico?
6.- ¿Qué enfermedad padece?
a) Hipertensión arterial b) Diabetes Mellitus c) Enfermedad Pulmonar
e) Otra, especifique cual:
7.- Tiempo de evolución:

Son actitudes de su médico durante la atención:

Actitudes	Siempre	Muchas veces	Más o menos	Rara vez	Nunca
3. Es cortés					
4. Sabe examinarme					
5. Confía en mi palabra					
6. Se asegura que todo salga como fue planeado					
7. Se toma tiempo para escucharme					
8. Tiene una conducta profesional					
9. Está personalmente preocupado por mi					
10. Esta disponible cuando lo necesito					
11. Alivia mis preocupaciones					
12. Sabe consolarme cuando lo necesito					
13. Hace que mi familia participe en mi cuidado					
14. Me informa claramente sobre los exámenes realizados y lo que significa para mi					
15. Me dice que puedo hacer para cuidarme yo mismo					
16. Me explica sobre mi enfermedad y lo que significa para mi					
17. Es ameno cuando es apropiado					
18. Me mira a los ojos cuando me habla y me escucha					
19. Me deja participar en las decisiones sobre mi salud					
20. Me explica lo que otros especialistas piensan sobre mi enfermedad					
21. Me pregunta sobre mi vida personal y mis intereses					
22. Me pregunta sobre lo que pienso de mi enfermedad y tratamiento					
23. Me trata más como un caso de enfermedad que como una persona					
24. Ignora mis sentimientos					
25. Usa palabras que no entiendo					
26. No está disponible cuando lo necesito					
27. Evita mis preguntas					
28. Parece tenso					
29. Actúa como si fuera superior a mi					
30. Me pone nervioso o tenso					

ANEXO 2

Índice simplificado de pobreza familiar (29)

Dimensión	Indicador	Categoría de respuesta	Puntuación
Economía	▪ Ingreso económico familiar	<de un salario mínimo	3
			2
		1a 2 salarios mínimos	1
		3 a 4 salarios mínimos	0
		> de 5 salarios mínimos	3
	▪ Numero de hijos dependientes	>3 hijos	2
		2 hijos	1
		1 hijo	0
Ningún hijo			
Educación	▪ Escolaridad materna	Sin instrucción	3
		Primaria Incompleta	2
			1
		Primaria completa	0
		Posprimaria	
Vivienda	▪ Numero de personas por dormitorio	>5 personas	3
		4 personas	2
		3 personas	1
		1a 2 personas	0

0-03 Sin evidencia de pobreza familiar

04-06 Pobreza familiar baja

07-09 Pobreza familiar media

10-12 pobreza familiar alta

ANEXO 3

Elija la opción mas adecuada en relación a la consulta que acaba de recibir:

Modelos de comunicación de Emmanuel

1. **Platiqué** con mi médico sobre mi enfermedad y **yo elegí** el tratamiento que me conviene (interpretativo) ()
2. Mi medico me **habló** sobre mi enfermedad y los tratamientos y **yo escuche y elegí** lo mejor para mí (informativo) ()
3. **Platiqué** con mi medico sobre mi enfermedad y **juntos** elegimos el tratamiento que me conviene (deliberativo) ()
4. El medico me dio el tratamiento **sin darme una explicación** sobre mi enfermedad (paternalista) ()

En caso de no elegir ninguna de las anteriores, describa como fue su atención:

ANEXO 4

Conteste **si o no** a las siguientes preguntas

TEST DE MORISKY-GREEN

CONTESTE SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y ANOTE SOBRE LA LINEA LA RESPUESTA	
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?	
2. ¿Se toma los medicamentos a las horas indicadas?	
3. Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?	
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja alguna vez de tomar sus medicamentos?	

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a ____ de _____ del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Factores que interfieren con la relación médico-paciente en una unidad de primer nivel".

Registrado ante el Comité Local de Investigación

3404

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer cuáles son los factores que interfieren con la relación médico-paciente y mejorar la calidad de la atención MÉDICA.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto Relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador recompromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos Relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Miriam Muñoz Sancèn. Medico Residente de tercer año MF

Nombre del investigador