

INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL DEL PADECIMIENTO EN ENFERMOS CRÓNICOS

PHYSICIAN-PATIENT INTERACTION AND ITS RELATION TO CONTROL OF SUFFERING IN CHRONICALLY ILL

Rocío Soria Trujano*, Zaira Vega Valero**, Carlos Nava Quiroz*** y Karina Saavedra Vázquez****
Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala, México.

Recibido: 11 de mayo de 2011

Aceptado: 30 de setiembre de 2011

RESUMEN

Muchas enfermedades crónicas son controlables; no obstante, los enfermos no se adhieren al tratamiento. Un factor que interviene en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas es el trato que el paciente recibe de los profesionales de salud. Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar la adherencia terapéutica en enfermos crónicos y la relación con sus médicos, en instituciones de salud públicas y privadas. Participaron 200 pacientes. Se usó una Escala de Adherencia Terapéutica y un cuestionario diseñado para evaluar la relación médico-paciente. Los resultados indicaron que los enfermos de consulta pública fueron más adherentes. Se encontraron diferencias estadísticas significativas para algunos ítems del cuestionario. Cuando los pacientes reciben información sobre el tratamiento son más adherentes que cuando el médico les explica sobre su enfermedad.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, enfermedades crónicas, relación médico-paciente.

ABSTRACT

Many chronic diseases are controllable; however, patients don't often adhere to treatment. A key factor in compliance (how well one follows a prescribed medication or therapy) is the personal relationship between physician and patient. Thus, the objective of this paper was to evaluate the adherence in chronic disease patients followed their prescribed medication or therapy as well as the relationship with their doctors, in public and private health institutions. The sample size was 200 patients. The assessment tools used were the Therapeutic Adherence Scale and a questionnaire designed to appraise physician-patient relationship. The results indicated that patients were more compliant when they were treated in public institutions. Certain items of questionnaire showed statistically significant differences. When patients receive information regarding the treatment, they show a greater compliance than when the physician focuses on the disease.

Key words: Therapeutic Adherence, Chronic Disease, Physician-patient Relationship

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que las enfermedades crónicas eran la principal causa de muerte en el mundo y que aproximadamente 17 millones de personas morían cada año a causa de enfermedades tales como cardiovasculares, cáncer, respiratorias, diabetes o VIH Sida; estas enfermedades causan las primeras posiciones de mortalidad en los adultos mayores de 60 años. Esta misma organización (OMS, 2003) propone reducir la tendencia de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta 2015, evitándose así que 36 millones de personas mueran por padecimientos crónicos.

En México las enfermedades cardiovasculares se presentan con mayor frecuencia que las infecciosas; asimismo, la diabetes está causando cada día más muertes. El porcentaje de adultos con diabetes creció 25% entre la Encuesta Nacional de Salud, de 4 a 5.8% en el período de 1994-2000 y de 5.8 a 7% de 2000-2006; siendo que serán 11.7 millones de mexicanos que padezcan esta enfermedad para el año 2025. En sólo cuatro años (de 2000 a 2004) la proporción de mortalidad por diabetes y enfermedades cardiovasculares se elevó de 24.9 a 28.7% en los hombres y de 33.7 a 37.8% en las mujeres. Así, desde el año 2000 estas enfermedades crónicas son las dos causas de muerte más frecuentes en

* rociyito@yahoo.com.mx

** vegavalero@hotmail.com

*** canaqi@servidor.unam.mx

este país. Considérese además que hay una incidencia cada vez mayor de casos de hipertensión y obesidad en adultos entre 20 y 69 años de edad (Córdova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, de León y Aguilar, 2008).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (citado en Turrubiarte, Reyes, Fernández y Gutiérrez, 2006) señala que las tendencias en la mortalidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles, están relacionadas con los impactos de las intervenciones en cuestiones de salud: las de impacto a corto plazo, como las relacionadas con enfermedades infecciosas; las de impacto a mediano y largo plazos, como las relacionadas con cáncer de mama y cáncer cervicouterino; y las de baja efectividad preventiva que requieren cambios en los estilos de vida del paciente, como en el caso de la diabetes mellitus y la enfermedad isquémica del corazón.

Las enfermedades crónicas causan deterioro en la calidad de vida de quienes las padecen y pueden representar un serio problema para las personas que conviven con ellos. Roales-Nieto (1999; pág. 17) indica que «las enfermedades crónicas como el cáncer no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican sino que también pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, y afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos».

Además, los tratamientos con frecuencia son complicados, por lo que se requiere que los pacientes modifiquen sus hábitos cotidianos. Las terapias pueden incluir cambios en la dieta, administración de medicamentos, ejercicio, entre otros.

Actualmente en México se pueden reconocer cambios favorables en los servicios de salud que han tenido como resultado el decremento de los padecimientos lo cual implica la posibilidad de una vida más larga. Sin embargo, las enfermedades crónicas se han convertido en un problema creciente. Así, Escalona (2005) menciona que sólo del 40-75% de los pacientes cumple con su tratamiento a pesar de disponer de él. Muchos padecimientos son controlables; no obstante, los enfermos no cumplen con el tratamiento y ello puede causarles serias complicaciones de salud y hasta la muerte. Así, esta falta de control de las enfermedades crónicas representa altos costos al sistema de salud, gastos para el paciente y la familia de éste, ausencias laborales,

retiros laborales (pensionados y jubilados). De ahí la importancia de promover en los enfermos el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, es decir, de la adherencia terapéutica, aspecto fundamental para la eficacia de los programas de intervención en salud.

Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela (2006; pág. 536) definen la adherencia terapéutica como «colaboración y participación preactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud».

Por su parte, Osterberg y Blaschke (2005) definen la adherencia como «la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente» (pág. 14).

Factores que intervienen en la adherencia terapéutica.

Ahora bien, existen factores que juegan un papel muy importante para que los pacientes sean o no adherentes a sus tratamientos. Estos factores tienen que ver con el sistema de salud, con los profesionales, con el paciente y con la familia de éste.

Entre los factores del paciente se pueden mencionar las creencias asociadas a la percepción de amenaza a la salud ocasionada por la enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, la representación mental acerca de la enfermedad, las expectativas, motivación con respecto a que los esfuerzos que se llevan a cabo valen la pena para lograr sentirse mejor, y la valoración de las fortalezas personales; conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, así como el afrontamiento del paciente (La Rosa, Martín y Bayarre, 2007); depresión, estrés y competencias del paciente, y sus creencias acerca de los beneficios del tratamiento (Ladero, Orejudo y Carboles, 2005; Piña y Sánchez-Sosa, 2007; Piña y Torres, 2008); percepción o no de síntomas (Granados, Roales, Moreno e Ybarra, 2007); recursos económicos y cultura (Quirós y Villalobos, 2007).

En cuanto a los factores relacionados al sistema y profesionales de salud, hay estudios que demuestran la

* rociyito@yahoo.com.mx

** vegavalero@hotmail.com

*** canaqi@servidor.unam.mx

importancia del acceso a los servicios de salud, sobre todo si éstos incluyen pláticas informativas sobre el tipo de enfermedad crónica que se padece y a las formas de control de las mismas (Quirós y Villalobos, 2007); tipo, duración y complejidad del tratamiento indicado y supervisión y apoyo por parte del equipo de salud que atiende al paciente, y empatía entre ellos (Escalona, 2005; Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006; Pérez, Vidaillet, Carnot y Duane, 2003).

Por otro lado, la familia adquiere gran relevancia en la adherencia terapéutica del enfermo crónico pues puede aportarle el apoyo social necesario para afrontar su padecimiento tanto en el sentido de manejar a éste de manera adecuada previniendo complicaciones como para enfrentarlas en caso de que se presenten. La adherencia se ha asociado a suficientes redes de apoyo de familiares y amigos, lo cual ofrece protección ante situaciones de tensión amortiguando efectos negativos estresantes de la enfermedad (La Rosa, Martín y Bayarre, 2007; Louro, 2003; Rodríguez, 2001).

Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar la adherencia terapéutica en enfermos crónicos, así como la relación establecida entre éstos y los médicos que los atienden, en instituciones de salud tanto públicas como privadas.

Método

Participantes

Se evaluaron 200 enfermos crónicos, adultos, voluntarios, que presentaban alguno de los siguientes padecimientos: diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades cardíacas, artritis, hipercolesterolemia, enfermedades renales, arterioesclerosis, sida o cáncer. Todos ellos eran residentes de la Ciudad de México. Se les contactó en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (instituciones públicas) así como en clínicas y consultorios de atención privada, todas del Distrito Federal o Área Metropolitana.

Todos los participantes fueron canalizados para la evaluación por vía de su médico y se les explicó en qué consistía ésta y sus objetivos, de manera que decidieran voluntariamente, ser parte del conjunto de enfermos crónicos que conformaron la muestra.

Instrumentos

Se usó la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) (Soria, Vega y Nava, 2009). Contiene 21 ítems que se agrupan en tres factores que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas. Está basada en comportamientos explícitos; incluye una escala para cada ítem de 0 a 100 en la que el paciente elige, en términos de porcentaje, la efectividad de su comportamiento. Se considera que una respuesta más cercana a 100 indica que el paciente es más adherente. El instrumento en general obtuvo un nivel alto de fiabilidad. El análisis con alpha de Cronbach arrojó un alpha de .919 lo que significa que esta escala es fiable en un 92%. La fiabilidad final para cada ítem fue superior a .883 quedando así los 21 ítems.

Por otro lado, se aplicó un análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax, identificándose tres factores:

- 1) Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos
- 2) Seguimiento Médico Conductual
- 3) Autoeficacia

En cada uno se agruparon siete ítems. El primero, Control de ingesta de medicamentos y alimentos, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos. El segundo, Seguimiento médico conductual, evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo (asistir a consultas, realizarse análisis clínicos, entre otras). Finalmente, el tercero, Autoeficacia, evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud (ser constante en el tratamiento, no olvidar la ingesta de medicamentos, entre otras conductas).

Se empleó además un cuestionario diseñado de manera específica para este estudio, para evaluar la relación médico-paciente (Cuestionario Satisfacción con el Servicio Médico).

Procedimiento

Los participantes fueron evaluados en la clínica de atención pública o privada a la que asistían. Se aplicaron la EAT y el cuestionario de interés, de manera individual, pidiendo a cada uno de los pacientes que leyeran las instrucciones junto con el evaluador quien aclaraba las dudas existentes.

* rociyito@yahoo.com.mx

** vegavalero@hotmail.com

*** canaqi@servidor.unam.mx

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el estadístico Chi², con la prueba t, ANOVA de un factor, y se realizó un análisis discriminante por pasos.

Resultados

Considerando que el propósito del presente trabajo fue evaluar la adherencia terapéutica en enfermos crónicos, así como la relación establecida entre éstos y los médicos que los atienden, en instituciones de salud públicas y privadas, se procedió a analizar el cuestionario «Satisfacción con el Servicio Médico» respecto de los descriptivos y contrastes, con chi cuadrada, entre los pacientes que asisten a ambos tipos de servicios de salud. Enseguida, se compararon los pacientes de ambos tipos de consulta respecto a la variable de adherencia terapéutica, para terminar con el cruzamiento de las respuestas al cuestionario de satisfacción y la adherencia.

El paso inicial consistió en valorar el tiempo que los pacientes permanecían en consulta tanto en instituciones públicas como privadas; los tiempos de consulta fueron transformados en rangos. Para el servicio médico público, el 9.8% de los pacientes, y el 0% de pacientes de servicio privado, reportaron recibir consultas con duración de 10 minutos o menos. Se encontró que el 65.2% de los pacientes de servicio público y el 25.9% de los de servicio privado, recibieron consultas que eran del rango de 10 a 20 minutos. Las consultas de 20 a 30 minutos se les dieron al 15.2% de pacientes de instituciones públicas y al 26.9% de pacientes de instituciones privadas. El 6.5% de los pacientes de servicio público y el 27.8% de los del servicio privado, fueron atendidos en consultas de 30 a 40 minutos. Las consultas con duración de más de 40 minutos fueron para el 3.3% de los pacientes del servicio médico público y para el 19.4% de enfermos que asistían al servicio privado. En otras palabras, el 75% de la muestra de consulta pública permaneció 20 minutos o menos en sus consultas, mientras que el 74.1% de la muestra de pacientes de atención privada estuvo en consulta entre 20 y 40 minutos. Para corroborar si las permanencias en las consultas pública y privada eran diferentes, se aplicó una prueba chi cuadrada ($X^2_{(gl.=5)} = 56.439, p = .0000$) que resultó significativa.

Posteriormente, se contrastaron los restantes 20 reactivos del cuestionario, con el mismo estadístico chi cuadrada. La tabla 1 muestra sólo aquellos que fueron

significativos. En todos los casos (los 13 reactivos), las respuestas de los participantes fueron más favorables para la consulta privada que para la pública, esto es, los médicos les explicaban mejor en qué consistían su enfermedad, los síntomas, el ejercicio a realizar, el tratamiento, las evaluaciones, curaciones, medicamentos a ingerir, y los análisis clínicos; les hablaban de los beneficios de llevar a cabo el tratamiento, de los cambios favorables que se iban manifestando para el control del padecimiento, y los pacientes recibían un trato satisfactorio por parte de los médicos. En los otros 7 reactivos no existieron diferencias significativas.

Tabla 1

Contraste con chi cuadrada para consulta pública vs. privada para el cuestionario de satisfacción con el servicio.

Pregunta	Chi y Nivel de significación
2 ¿El médico le ha explicado en qué consiste su enfermedad?	7.54 .006
3 ¿El médico explica todos los síntomas relacionados con su enfermedad?	4.853 .028
4 ¿El médico permite elegir diferentes tipos de ejercicio físico?	9.089 .003
5 ¿El médico permite decidir entre uno y otro tratamiento para su padecimiento?	6.012 .014
6 ¿El médico proporciona información sobre efectos colaterales de los medicamentos?	7.727 .005
7 ¿El médico explica en qué consisten las evaluaciones, curaciones y aplicaciones de medicamentos?	6.098 .014
8 ¿El médico explica en qué van a consistir los análisis clínicos que requiere y las molestias que implican?	3.892 .049
9 ¿El médico explica de manera clara y comprensible los resultados de sus análisis clínicos?	5.480 .019
10 ¿El médico explica los beneficios por llevar a cabo el tratamiento?	12.767 .0000
11 ¿El médico informa sobre los cambios favorables que va teniendo?	9.970 .002
12 ¿El médico lo felicita y lo reconoce por llevar a cabo el tratamiento como él lo indicó?	3.681 .055
13 El trato del médico hacia usted es	16.20 gl =3.001
14 ¿Se siente cómodo con el trato que recibe de su médico?	16.609 .000

* rociyito@yahoo.com.mx

** vegavalero@hotmail.com

*** canaqi@servidor.unam.mx

Lo anterior fue una evaluación general y por lo tanto se decidió particularizar y analizar las preguntas del cuestionario de satisfacción respecto a la adherencia. La prueba t fue aplicada a cada pregunta. Los análisis fueron realizados al margen del tipo de consulta (pública o privada) lo mismo que del padecimiento. En la tabla 2 se presentan los ítems para cada uno de los tres factores que conforman la Escala de Adherencia Terapéutica, con base en los cuales se analizó la adhesión de los pacientes de interés: Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos, Seguimiento Médico Conductual, y Autoeficacia. El primer factor evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos; el segundo factor evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo, y el tercer factor evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud.

El primer factor, Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos, es importante porque el hecho de que los pacientes ingieran sus medicamentos de manera puntual y sigan un régimen alimenticio adecuado, no sólo representa ventajas para los enfermos sino también a nivel institucional por la reducción de costos que implica el control de enfermedades crónicas. En cuanto al segundo factor, Seguimiento Médico Conductual, éste es importante debido a que las consecuencias de salud, por descuido, pueden resultar graves y adquirir el carácter de irreversibles cuando los pacientes no mantienen un régimen de seguimiento a largo plazo como es el caso de las consultas periódicas y análisis clínicos rutinarios, que exigen muchas enfermedades crónicas. El tercer factor, Autoeficacia, es relevante porque muestra las expectativas de los pacientes en cuanto al control de su enfermedad; la ejecución de las conductas de los dos primeros factores puede ser consecuencia de la creencia de los pacientes, con respecto a la eficacia de su hacer para controlar su enfermedad crónica.

La tabla 3 muestra aquellas preguntas del Cuestionario de Satisfacción con el Servicio Médico, en las cuales se encontraron diferencias significativas respecto a la adherencia terapéutica en total y en cuanto a cada uno de los tres factores que componen la Escala de Adherencia Terapéutica.

En todos los casos, los promedios de respuestas afirmativas fueron mayores que los correspondientes a las

Tabla 2.

Muestra los ítems para cada factor de la Escala de Adherencia Terapéutica.

PRIMER FACTOR. Control Sobre la Ingesta de Medicamentos y Alimentos

- Ingiero mis medicamentos de manera puntual
- No importa que el medicamento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada
- Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto
- Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena
- Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite
- Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento
- Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago

SEGUNDO FACTOR. Seguimiento Médico Conductual

- Me hago análisis en los períodos que el médico me indica
- Asisto a mis consultas de manera puntual
- Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud
- Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud
- Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento
- Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo
- Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad

TERCER FACTOR. Autoeficacia

- Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento
 - Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos
 - Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido
 - Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento
 - Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos
 - Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme
 - Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo
-

* rociyito@yahoo.com.mx

** vegavalero@hotmail.com

*** canaqi@servidor.unam.mx

Tabla 3
Adherencia terapéutica y satisfacción con el servicio

Pregunta	Total adherencia	Ingesta de medicamentos y alimentos	Seguimiento médico conductual
¿Expone al médico sus dudas sobre su tratamiento?	T= 2.289 P=.023	T=3.304 P=.001	
¿El médico permite elegir entre medicamentos orales o inyectados?	T=2.017 P=.045	T=2.265 P=.025	
¿El médico explica en qué consisten las evaluaciones, curaciones y aplicación de medicamentos?	T=2.397 P=.017	T=2.586 P=.010	T=3.587 P=.000
¿El médico explica en qué van a consistir los análisis clínicos que requiere y las molestias que implican?	T=2.209 P=.028	T=2.603 P=.010	T=3.854 P=.000
¿El médico explica de manera clara y comprensible los resultados de sus análisis clínicos?	T=3.240 P=.001	T=3.033 P=.004	T=2.269 P=.024
¿El médico informa sobre los cambios favorables que va teniendo?	T=2.678 P=.008	T=3.139 P=.002	T=3.601 P=.000
¿El médico lo felicita y reconoce por llevar el tratamiento como él lo indicó?	T=3.186 P=.002	T=4.450 P=.000	T=4.391 P=.000
¿Se siente cómodo con el trato que recibe de su médico?	T=2.379 P=.018	T=2.436 P=.016	T=2.745 P=.007

respuestas negativas a las preguntas de la tabla 3. En otras palabras, presentaron mayor adherencia al tratamiento de manera general y en particular a la ingesta de medicamentos y alimentos, así como al seguimiento conductual, aquellos pacientes que contestaron que sí habían expuesto al médico sus dudas respecto al tratamiento, y cuando se les permitió la elección entre ingesta de medicamentos o inyecciones. Lo mismo ocurrió cuando el médico les explicó en qué consistían las evaluaciones, curaciones y aplicación de medicamentos, al igual que los análisis y sus inconvenientes. También fue el

caso cuando el médico informó sobre los cambios favorables en la salud de los pacientes y los felicitó. Además, cuando los enfermos reportaron sentirse cómodos con su médico.

El siguiente análisis consistió en contrastar la adherencia terapéutica entre pacientes que asistían a instituciones públicas o privadas. El ANOVA de un factor mostró diferencias significativas para el total de la escala ($F_{(gl.=1,194)}=8.343, p=.004$) y el segundo factor (Seguimiento Médico Conductual), ($F_{(gl.=1,194)}=7.896, p=.005$), en ambos casos los que mostraron mayor adherencia fueron los pacientes de consulta pública.

En el análisis siguiente se realizaron contrastes entre el tipo de padecimiento al margen del tipo de consulta y no se encontraron diferencias significativas. Lo mismo ocurrió cuando se llevó a cabo un análisis para cada muestra en particular. El mismo resultado se obtuvo cuando se valoraron los tiempos del padecimiento, en general y para cada muestra en particular.

Para terminar, se realizó un análisis discriminante por pasos, con el propósito de conocer si los componentes de adherencia general y el seguimiento médico conductual podían discriminar la pertenencia de los individuos a las muestras de consulta pública o privada. También se decidió que el análisis fuera por pasos con el propósito de evaluar si ambas variables entraban como parte importante del análisis (ver tabla 4).

Hay que señalar que el poder discriminativo de los componentes de adherencia muestran un valor moderado; sin embargo, el análisis también muestra que predecir la adherencia o la falta de ella es más fácil en los individuos que asisten a la consulta privada que en los que reciben atención en instituciones de tipo público.

Tabla 4
Clasificación Discriminante Consulta Pública - Privada ^a

Asiste a consulta privada o pública		Grupo de pertenencia pronosticado		Total	
		PÚBLICA	PRIVADA		
Original	Recuento	PÚBLICA	26	66	92
		PRIVADA	21	87	108
	%	PÚBLICA	28.3	71.7	100.0
		PRIVADA	19.4	80.6	100.0

^a Clasificados correctamente el 56.5% de los casos agrupados originales.

* rociyito@yahoo.com.mx

** vegavalero@hotmail.com

*** canaqi@servidor.unam.mx

Conclusiones

Los datos del presente estudio apuntan al hecho de que los pacientes de la muestra total que recibían información con respecto al tratamiento a seguir para controlar su padecimiento, presentaron más adherencia terapéutica. Para ellos fue más importante saber con detalle cómo controlar su enfermedad, que el hecho de conocer las características de ésta. La noticia de que se padece una enfermedad crónica tiene un gran impacto sobre el paciente; no obstante, para él adquiere mayor relevancia saber cómo puede controlarla y así prolongar su vida. Se puede decir que si los pacientes pueden llevar un control sobre su tratamiento, se pueden obtener mejores resultados en cuanto a su adherencia. Si la atención médica tiene una «visión centrada en la enfermedad resulta insuficiente y, con frecuencia, un obstáculo para profundizar en otras facetas de la problemática que desafía a los servicios de salud» (Viniegra-Velázquez, 2006, pág. 49).

Se encontró que los pacientes que asistían a instituciones públicas de salud fueron más adherentes que aquellos que eran atendidos en instituciones privadas, siendo que se esperaba que aquellos pacientes que pagaban por la atención médica presentarían mayor adherencia al tratamiento debido a que la asistencia y calidad del servicio son más personalizadas. Por lo general, los enfermos que pagan por los servicios médicos reciben mejor atención que va desde consultas de mayor tiempo, hasta un trato más atento y cordial por parte del personal de salud, principalmente del médico que es el profesional que tiene mayor contacto con el enfermo. No obstante, los datos apuntaron a mostrar una mayor adherencia en los pacientes de consulta pública. Un factor que pudo haber influido hace referencia al costo del servicio médico privado. La atención en las instituciones particulares implica un seguimiento más rígido del estado de salud de los enfermos, lo cual se traduce en consultas, análisis clínicos y evaluaciones muy frecuentes, medicamentos y hospitalización muy costosos, etcétera, que pueden tener un gran impacto en la economía de los pacientes, lo cual puede favorecer el hecho de que éstos no cumplan con todos esos requerimientos con la frecuencia indicada; puede suceder que, al sentirse mejor, dejen de tomar por un período aunque no sea muy largo, algunos medicamentos por ser muy costosos, y tal vez no sigan la dieta recomendada porque implique también altos costos. Sin embargo, estos pacientes no desean asistir a instituciones públicas de salud porque

consideran que la calidad del servicio no es buena y el seguimiento del estado de salud de los enfermos no es muy riguroso debido a la enorme población que atienden. A los pacientes que reciben asistencia médica de organizaciones de salud de índole pública no se les generan mayores gastos económicos y ello puede favorecer su adherencia terapéutica. Se puede decir que la percepción que tienen los pacientes al ser atendidos en una institución privada o pública, cobra importancia por ser el contexto general donde se promueve la conducta adherente.

En países en desarrollo es muy importante considerar los diversos factores que influyen en el control de las enfermedades crónicas: acceso a las instituciones de salud, costos de los servicios médicos, equipamiento con el que se cuenta, relación que se establece entre los profesionales de la salud y los enfermos, y condiciones socioeconómicas y culturales de los pacientes. Habrá que promover la participación activa de los pacientes a lo largo de su tratamiento, reconociendo los esfuerzos y logros de los mismos. Todo ello con el fin de impulsar la adherencia terapéutica y el control de las enfermedades crónicas, las cuales representan un alto costo individual y social.

Los datos de adherencia terapéutica obtenidos en el presente estudio muestran que los dos primeros factores contribuyeron a la mayor parte de la varianza explicada: Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos, y Seguimiento Médico Conductual. No sucedió lo mismo con el factor Autoeficacia, que evalúa la medida en la que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud. Así, el instrumento apunta a señalar problemas de validez con este factor ya que no fue sensible para detectar diferencias entre el tipo de servicio médico público o privado. Por otro lado, se requiere cambiar la opción de respuesta de 0% a 100% a una que indique nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre, siempre, ya que los participantes tenían dudas con el primer estilo. Se requiere además, volver a aplicar el instrumento para probar su validez.

El presente estudio resalta la importancia de la relación entre el médico y el paciente, como factor que influye en el control de las enfermedades crónicas. Se confirma lo que en otras investigaciones se ha señalado en cuanto a que la comunicación entre el médico y el paciente es muy importante para que este último comprenda la información básica sobre enfermedad y tratamiento para controlarla

* rociyito@yahoo.com.mx

** vegavalero@hotmail.com

*** canaqi@servidor.unam.mx

(Martín, Bayarre, La Rosa, Orbay, Rodríguez, Vento y Acosta, 2007); que la mala comunicación entre médico y paciente y la falta de empatía entre ellos, afecta la adherencia terapéutica y por lo tanto, el éxito de la terapia (D'Anello, Barreat, Escalante, D'Orazio y Benítez, 2009); que esta mala relación y la falta de compromiso del médico hacia sus pacientes provoca falta de adherencia terapéutica lo cual no permite que se evalúen los efectos del tratamiento, provocando un tratamiento más prolongado y una mayor cronicidad de la enfermedad y en ocasiones la muerte del enfermo (Herrera, Gutiérrez, Ballesteros, Izzedin, Gómez y Sánchez, 2010; Ortiz y Ortiz, 2007).

Referencias

- Córdova, J.A., Barriguete, J.A., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., de León, M. E. & Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Mex*, 50, 419-427.
- D'Anello, S., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A. K. & Benítez, A. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *MedULA*, 18, 33-39.
- Escalona, A. (2005). *Factores sociodemográficos y clínicos que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la UMF Núm. 1, Cd. Victoria, Tamps.* Tesis para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar, México: UNAM-IMSS.
- Granados, G., Roales-Nieto, J., Moreno, E. & Ybarra, J. L. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 697-707.
- Herrera, N., Gutiérrez, M. E., Ballesteros, M., Izzedin, R., Gómez, A. & Sánchez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista Salud Pública*, 12, 343-355.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psychol.*, 5, 535-547.
- La Rosa, Y., Martín, L. & Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 23, (1), enero-marzo.
- Ladero, L., Orejudo, S. & Carboles, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 29, 48-51.
- Martín, L., Bayarre, H., La Rosa, Y., Orbay, M. C., Rodríguez, J., Vento, F. & Acosta, M. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33, 1-10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad. Obtenido en red: http://www.who.int/chp/chronic_disease-report/part1/es/index1.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Obtenido en red: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica Chile*, 135, 647-652.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherent to medication. *N Eng J Med*, 353, 487-497.
- Pérez, A., Vidaillet, E. C., Carnot, J. & Duane, O. (2003). La relación médico-paciente en el sistema nacional de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19, (6), noviembre-diciembre.
- Piña, J. & Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Univ Psychol*, 6, 399-407.
- Piña, J. & Torres, A. (2008). Stress-related situations as predictors of adherence to medication behavior among women with type 2 diabetes. *International Journal of Hispanic Psychology*, 1, 75-83.
- Quirós, D. & Villalobos, A. (2007). Adherencia al tratamiento en diabetes Mellitas tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Univ Psychol*, 6, 679-688.
- Roales-Nieto, J. (1999). Apoyo social y enfermedad crónica: una perspectiva funcional. En J. Buendía (Comp.). *Psicología clínica: Perspectivas actuales* (165-183). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Soria, R., Vega, Z. & Nava, C. (2009). Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 20, 78-88.
- Turrubiarte, N., Reyes, H., Fernández, S. & Gutiérrez, G. (2006). Mortalidad por causas seleccionadas de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, 1991-2004. *Revista Med Inst Mex Seguro Soc*, 44 (Supl 1), 111-120.
- Viniegra-Velázquez, L. (2006). Las enfermedades crónicas y la educación; la diabetes mellitas como paradigma. *Revista Médica IMSS*, 44, 47-59.

* Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Clínica Universitaria de Salud Integral.

** Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Edificio de Gobierno, UNAM. Psicología.

*** Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Edificio de Gobierno, UNAM. Psicología.

**** Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Clínica Universitaria de Salud Integral.

* rociyito@yahoo.com.mx

** vegavalero@hotmail.com

*** canaqi@servidor.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 17(2): 223-230, 2011

* rociyito@yahoo.com.mx
** vegavalero@hotmail.com
*** canaqi@servidor.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 17(2): 223-230, 2011

ISSN: 1729-4827