Editorial
Med Int Méx 2025; 41 (9): 523-525.

c

Y no, el problema no siempre es el paciente

And no, the problem is not always the patient.

El apego terapéutico –entendido como el cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en cuanto a su tratamiento farmacológico, su estilo de vida y su seguimiento– continúa siendo uno de los principales retos en la atención de enfermedades crónicas en México. Esta problemática pone en riesgo la eficacia del tratamiento, incrementa la carga en los servicios de salud y deteriora la calidad de vida del paciente.

Este problema nos sucede a todos, no es exclusivo de una especialidad y en la medicina interna, donde atendemos a pacientes con múltiples enfermedades, múltiples tratamientos y, a veces, múltiples médicos, se vuelve aún más evidente y conflictivo. Es frecuente que el paciente con "falla terapéutica" no esté frente a nosotros por resistencia farmacológica, sino más bien por no haber seguido el tratamiento... o haberlo abandonado.

La falta de apego es un fenómeno tan antiguo como la propia medicina. Ya en el siglo V aC Hipócrates advertía sobre la tendencia de algunos pacientes a ocultar su incumplimiento:[1]

"Vigilen también las faltas de los pacientes que, a menudo, les hacen mentir sobre la toma de las medicinas prescritas. Pues por no tomar bebidas desagradables, purgantes y otras, a veces mueren… y lo que han hecho nunca resulta en una confesión, sino que la culpa recae sobre el médico".

En México, estudios recientes reportan grados de apego en pacientes con diabetes tipo 2 de apenas el 21.6%. Diversos metanálisis, incluidos más de 300,000 pacientes, sitúan el apego promedio global en menos del 55%.[2,3] La Organización Mundial de la Salud, en su informe referente al apego a los tratamientos crónicos publicado hace más de dos décadas visibilizó este problema como uno de los principales desafíos de salud pública.[4] Desde entonces, una cifra tan alarmante como clara entró al dominio común: la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no siguen adecuadamente sus tratamientos a largo plazo.

En algunas ocasiones son algo más que "simples olvidos", hablamos de suspensiones, ajustes arbitrarios, sustituciones por remedios no prescritos

o abandono parcial o total del tratamiento. En nuestro contexto, esto se agrava por múltiples factores: esquemas de prescripción complejos, tiempos de consulta reducidos, desabasto de medicamentos y una baja alfabetización en salud.

Lo más preocupante es que esta situación entorpece los beneficios mismos de la medicina basada en evidencia, como señaló Robert B Haynes: *"Los beneficios completos de la medicación no pueden obtenerse con los niveles de apego alcanzables actualmente"*.[5] Mientras esta situación persista, la falta de apego continuará siendo uno de los mayores obstáculos para avanzar en el cuidado basado en evidencia.

Las causas de la falta de apego son multifactoriales y, a menudo, poco evidentes. En el paciente influyen el olvido, la incomprensión, trastornos como ansiedad o depresión y una baja percepción de necesidad del medicamento. Del lado del tratamiento, la polifarmacia, los efectos adversos no tratados y los costos elevados dificultan el cumplimiento. En el sistema de salud, el tiempo limitado en consulta, la carencia de seguimiento y el desabasto crean un entorno poco favorable para mantener el apego.

Y, quizá lo más duro de todo, las vinculadas con el personal de salud con una desconexión profunda entre lo que "creemos" que el paciente entendió y lo que en realidad comprendió. Asumimos que sigue la indicación porque dijo "sí", pero (casi) nunca preguntamos si puede costear sus medicamentos, si tuvo efectos secundarios o si, simplemente, ya no continuó con el tratamiento.

La diferencia que marca esta comprobación es significativa porque los pacientes con apego alto (más del 80% de cobertura de días de tratamiento) tuvieron menor riesgo de hospitalización por cualquier causa, con reducciones relativas de, incluso, alrededor del 28% en hipertensión, 16% en hiperlipidemia y 32% en diabetes, así como menor riesgo de ciertas complicaciones, especialmente en hipertensión e hiperlipidemia.[6]

Corresponsabilidad

El apego terapéutico se construye, se pregunta, se explica, se verifica y se ajusta. En nuestra práctica diaria existen múltiples oportunidades para intervenir y favorecerlo de forma efectiva. La educación al paciente es la base, adaptar las indicaciones a su nivel de comprensión, explicar para qué sirve cada medicamento, simplificar esquemas cuando sea posible y preguntar directamente por barreras como el acceso o el costo.

La tecnología debe ser una aliada, el uso de alarmas, esquemas impresos o aplicaciones que faciliten la organización del paciente y la aplicación de minicuestionarios en consulta que ayuden a verificar la comprensión.

También conviene evitar el uso del término "receta" que, en muchos contextos, trasmite una visión generalista del tratamiento. Hablar de "prescripción médica" o "plan de tratamiento" puede ayudar a que el paciente lo perciba como una guía personalizada hecha a su medida.

Lo que ocurre fuera del consultorio, muchas veces, depende de lo que construimos dentro. Ahí se define si el paciente entendió el plan terapéutico, si confía en su tratamiento, si se sintió acompañado en sus dudas. El apego se fortalece con pequeños gestos: dedicar un minuto más, usar palabras sencillas, ejemplos cotidianos, revisar lo que el paciente está haciendo realmente y adaptar las recomendaciones a su entorno.

Este texto no busca emitir juicios ni señalar deficiencias. Por supuesto, la mayoría de los profesionales trabajamos con ética, empatía y dedicación, incluso en contextos adversos. Ésta es, más bien, una invitación abierta a reflexionar

https://doi.org/10.24245/mim.v41i9.10657

sobre nuestra práctica diaria, a identificar oportunidades para mejorar y a continuar fortaleciendo lo que ya hacemos bien, a pausar, a observar y a seguir afinando nuestras buenas prácticas, porque, a veces, un pequeño ajuste puede marcar una gran diferencia en la vida del paciente.

REFERENCIAS

1. Kardas P, Bennett B, Borah B, et al. Medication non-adherence: reflecting on two decades since WHO adherence report and setting goals for the next twenty years. Front. Pharmacol 2024; 15: 1444012. https://doi.org.10.3389/fphar.2024.1444012
2. Olvera-Cruz, Cano-Estrada, Hernández-Mariano, et al. Association between medication adherence and health-related quality of life among type 2 diabetic adults in Mexico. J Family Med Prim Care 2024; 13 (10): 4521-4527. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_399_24
3. Piragine E, Petri D, Martelli A, et al. Adherence to oral antidiabetic drugs in patients with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. J Clin Med 2023; 12 (5), 1981. https://doi.org/10.3390/jcm12051981
4. Sabaté E, editor. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev 2002; 2: CD000011. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011
6. Han E, Suh DC, Lee SM, et al. The impact of medication adherence on health outcomes for chronic metabolic diseases: a retrospective cohort study. Res Social Admin Pharmacy RSAP 2014; 10 (6): e87-e98. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.02.001

Kevin Javier Arellano Arteaga
Coeditor
kevin.arellano@academicos.udg.mx

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.