



ARTÍCULO ESPECIAL

Apego terapéutico. Informe a la comunidad cardiológica

Rafael César Chávez-Domínguez,¹ Hermes Ilarraza-Lomeli,² Jorge Gaspar- Hernández³

¹Departamento de Epidemiología.

²Departamento Rehabilitación.

Cardiovascular del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

³Presidente de la Sociedad Mexicana de Cardiología AC. 2008 - 2010

Recibido el 3 de marzo de 2010; aceptado el 7 de julio de 2011.

PALABRAS CLAVE

Apego terapéutico;
Adherencia terapéutica;
Enfermedades
cardiovasculares; Relación
médico-paciente; Salud
pública; México.

Resumen

La falta de apego al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares crónicas es un problema clínico. Trasciende de la relación médico-paciente a lo social y es nuevo en la salud pública. No existe una solución integral, pero está el potencial de resolverlo con la colaboración amplia de médicos, pacientes y las facilidades que brinde la acción comunitaria organizada. La Sociedad Mexicana de Cardiología, consciente de su papel rector en el asunto, ha tomado la iniciativa de conocer a fondo el problema. Este artículo es el informe inicial que contiene una revisión del tema y de un Estudio de Investigación Cualitativa. Se ha enfocado a la interpretación de las declaraciones públicas de un debate organizado *ex profeso* en el reciente Congreso de Cardiología. Destaca la necesidad de organizarse, fomentar la cultura de la salud, actuar en la readaptación de la relación médico-paciente de acuerdo a las nuevas exigencias de cambios radicales que la modernidad involucra.

KEYWORDS

Therapeutic adherence;
Treatment compliance;
Chronic diseases;
Cardiovascular diseases;
Doctor patient
relationship; Public
health; Mexico.

Therapeutic adherence

Abstract

The lack of adherence to treatment of chronic cardiovascular disease is a clinical problem. Goes beyond doctor-patient relationship to what's new in social and public health worldwide. There is no one solution, but the potential for broad collaboration to resolve it with doctors, patients and facilities that provide organized community action. The Mexican Society of Cardiology aware of its leading role in the affair has taken the initiative to master the problem. This article is the initial report containing a review of the literature and a qualitative research study. Has focused on the interpretation of statements organized discussion "on purpose" at the recent Congress of Cardiology. Stresses the need to organize, promote the culture of health, acting in the rehabilitation of the doctor patient relationship according to the new demands of modernity and radical changes.

Correspondencia: Rafael César Chávez Domínguez. Juan Badiano No.1, Col Sección XVI, Tlalpan, C. P. 14080, México, D. F. Correo electrónico: rchavez@cardiologia.org.mx.

Introducción

El control adecuado de las enfermedades crónicas cardiovasculares, requiere de tratamiento continuo y cumplimiento cabal a largo plazo; o sea, del apego terapéutico. Si esto no ocurre, la epidemia cardiovascular no se modifica, las estadísticas no ceden y lo aprendido de nada sirve. Este es uno de los puntos débiles que confronta la actividad clínica en cardiología. El curso natural de las enfermedades sigue hacia su evolución fatal, el daño a la salud no se controla y los costos de la atención se agravan. Las evidencias indican que pueden lograrse avances significativos con el trabajo organizado, independiente de su relación con los recursos invertidos. El asunto trasciende de la esfera social de la relación médico-paciente, a lo complejo del servicio de salud en la comunidad. Por ahora, el punto clave es llegar a la comprensión cabal del concepto apego terapéutico, de sopesar las posibilidades de organizar e intervenir el curso de la enfermedad o condición y realizar las acciones apropiadas.

Este informe obedece a una iniciativa de la Sociedad Mexicana de Cardiología en el sentido de explorar el problema, ubicar la realidad y pensar en cómo actuar conjuntamente. Es evidente que el problema requiere del apoyo organizado de todos: médicos, enfermeras, agentes de salud, pacientes, administradores y otros. Pero cuenta mucho el papel de la ciudadanía y la debida promoción social a través de organizaciones. Sin embargo, el órgano rector en el asunto, le corresponde a la Sociedad Mexicana de Cardiología, porque: da testimonio completo del problema de las enfermedades cardiovasculares; cuenta con la experiencia y el conocimiento; además de la ciencia y el dominio técnico para ese propósito. El informe consta de: el estudio cualitativo, metodología, tópicos de discusión; síntesis de declaraciones; interpretación; revisión de términos; definición del concepto; naturaleza y evolución del problema; discusión; conclusiones; agradecimiento y referencias.

El estudio, que puede llamarse exploratorio, se efectuó durante la una *Sesión de Intercambio de Ideas en las Jornadas de Cardiología* (noviembre 2009). Se recogieron las opiniones dominantes, las creencias al respecto y experiencias particulares. Se hizo con la intención de concederle objetividad a lo declarado y escudriñar en el fondo de los rumores, para que sirva al diseño de nuevas líneas de investigación útiles; y sobre todo, en reconocimiento al valor que tiene el tema en la cardiología clínica. Se fortalece fomentando estudios auténticos, con investigaciones semejantes, en áreas locales y a la medida de cada comunidad. De hecho, el problema del apego terapéutico es de la categoría de problemas sociales complejos, en los que todos esperamos la solución de todos y que será -seguramente- fruto de serendipia¹ y sagacidad,² lo que a su vez se encauza, alentando este tipo de debates.³

Métodos

Se usó la metodología de estudio de grupos focales, propio del análisis cualitativo⁴⁻⁶ en una modalidad más abierta y con adaptaciones propias. Se realizó durante una sesión de intercambio de ideas denominada “Rincón del Clínico” en el XXVI Congreso Nacional de Cardiología en la ciudad

de Puebla. El tema se orientó a dialogar sobre el apego terapéutico. Se dedicaron 90 minutos a esta actividad.

Para este propósito fue convocado previamente un grupo de cardiólogos panelistas, quienes respondieron espontáneamente frente a la audiencia. Los reactivos fueron preparados y conducidos por el moderador. La participación de los panelistas y el moderador fue por invitación de la sociedad, en atención a su trayectoria como cardiólogos clínicos y por su reconocida actividad docente. También se alentó la participación de la audiencia en este debate, en su mayoría cardiólogos, pero también colaboradores de disciplinas afines, como son: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. El diálogo fue grabado y transcrita para su análisis ulterior.⁷

Puntos del diálogo. Los puntos de conversación, acotados por los reactivos del moderador fueron alrededor de: la importancia del tema, la definición del concepto y de sus términos, la experiencia sobre la conducta adoptada a la práctica con los pacientes, las diferencias y similitudes entre la atención privada y la institucional, las causa y su posible repercusión en la docencia de la medicina, la experiencia en el ámbito de la seguridad social, el proceso de las actividades para lograr apego, las propuestas para mejorar, consideración de medidas o líneas complementarias, sugerencias para la educación al paciente, la relación con los sistemas de apoyo, el potencial en esto de la Sociedad Mexicana de Cardiología, las herramientas para su manejo en las Instituciones de Salud, ejemplos de actividades asociados con otras organizaciones médicas, y la necesidad de apoyo gubernamental.

Declaraciones. A continuación se presenta una síntesis, con las expresiones, tal y como fueron dichas (sic). Se han entrecerrillado. Fueron escogidas por considerarse típicas y elocuentes. (Por respeto y confidencialidad, se ha reservado la relación del declarante con lo declarado; sin embargo, en agradecimiento se menciona su honrosa colaboración).

1) Sobre su importancia, marcada por el grado de control alcanzado en enfermedades cardiovasculares, se reconoció que “es muy importante, pero que está desatendido”. En cuanto a magnitud, “a más elevada la prevalencia, menos apego”. Se aceptan indistintamente ambos términos: apego y adherencia, aunque “me gusta más adherencia” otorgándole cierta preferencia. Se expresó la conveniencia de hacerse a la idea de que, “se trata de un compromiso, con participación activa, cumplimiento responsable, tanto del médico como del paciente”, con “la formalidad del convenio o del contrato” y no simplemente “que si tomó las pastillas de...”. Se recomendó al médico a “instruir a su paciente”; con una aclaración “que haga lo que digo y, no lo que hago”, Lo que invita a no tomarla a la ligera, sino aceptar la profundidad de su mensaje y significado. Porque, por otro lado, “hay que predicar con el ejemplo”.

2) Respecto a superar la falta de apego “contrastan las condiciones entre lo privado y lo institucional”. Mientras en uno “el paciente espera la quincena” en el otro “no hay tiempo para explicar” y “la consulta la saca el especialista con sus residentes en 15 minutos”, porque “hay que sacarla como va”. El problema oscila entre diferentes niveles socio-económicos, y diversas condiciones “no sabe uno lo que va a seguir”, refiriéndose a que los problemas aumenten y se compliquen.

3) La diferencia aparente entre lo privado y lo institucional es el financiamiento, pero “véase, las grandes inversiones estatales no reditúan en mejor apego”. No hay el impacto poblacional esperado en “hipertensión arterial, diabetes y obesidad”. Más bien, “la Institución empuja a una medicina deshumanizada” porque... “tengo 30 cardiópatas para verlos en una hora y así, no se puede entablar una relación emocional y psicológica”; además, en lo privado, la tendencia es a ejercer “la medicina mercantilista”.

4) La falta de apego es atribuible a la “ausencia de un proceso educativo hacia el paciente”, que “también depende de la psicología del médico y del paciente”. Se resaltó la idea de “reeducar al médico y al enfermo”.

5) Respecto al ámbito en la Seguridad Social. Desde un principio hay que “enfrentarse a la realidad”. Al llegar el paciente al tercer nivel de atención “se supone que, se le han de resolver todos sus problemas”, que incluyen a “todos los que arrastra por años”. De esta manera, “el médico residente, que empieza a atender estos problemas, se esfuerza; pero no siente apoyo”. “Me da tristeza” porque “quienes tienen más experiencia, han de enseñar”; sin embargo, “los profesores sólo van a firmar su hoja”. El relato se acompaña de manifestaciones anímicas de desaprobación.

6) En relación con el proceso para lograr apego, “no existe como tal”. El médico que otorga la asistencia, en esas condiciones, llega a comprenderlo intuitivamente y a su manera, sin educación formal para comprender el término, que se aclara, “no es sólo educar, sino formar, al médico y al paciente”.

7) Las propuestas para mejorar resultan “más difícil institucionalmente, pero en lo privado tiende a ser semejante”. Surgió la idea de que puede mejorarse con “apoyo del personal auxiliar, si se toma en cuenta” porque “yo veo al apego, como una obediencia racional del paciente al médico, quien ordena racionalmente al paciente”. También se recomendó que el médico piense que “el paciente es el que está frente a ti, los de afuera, todavía no son tus pacientes a éste dedícale el tiempo que sea necesario”. Se propuso utilizar “la fuerza de la amistad, que es muy poderosa para lograr apego”. También se mencionó el modo de tratar al paciente, “es fundamental recibirla con una sonrisa, ¡que gusto verlo! Y animarlo, porque está deprimido por su enfermedad”. Se recordó la necesidad de tomar en cuenta costo y disponibilidad del medicamento y que institucionalmente, conviene “hacer una atención participativa, distributiva e interdisciplinaria” con el apoyo de otras especialidades, “estas se ha desaprovechado en los sistemas de atención”. Se insistió en que existan “herramientas que las enfermeras pueden implementar” y no concretarse a que “si el paciente tomó o no su medicina, que pudo haber tomado de otras”. Se dijo que, “si esta clase de atención requiere de más tareas, justo es pagarle más al médico, darle sus propinitas por cada enfermo bien controlado”.

8) Respecto a las expectativas de algo más que funcione en ambos entornos, lo privado y lo institucional, se resaltó la “necesidad de apoyar la dinámica de cambios, que reclama un buen entendimiento de la relación médico paciente, y “adaptarse ante las nuevas condiciones de globalización, la entrada del internet y asimilar

mejor la idea de la segunda opinión”. Por ahora “sólo hay desacuerdos dentro del binomio, con un tercero en discordia: el internet”. Salió la expresión, como recomendación, “que el médico lo parezca”, porque “en el apego se fundamental la confianza, el respeto y la fe” y “es básico que el paciente crea en el médico”. Detrás del apego está la seguridad del tratamiento, como una medida o un medicamento, “pero que surta efecto”.

9) En cuanto al modo de informar, educar y adiestrar al paciente, es importante, pero “todo es asunto de tiempo”. Se sugiere concederle “tiempo de calidad”. En cuanto al modo “yo les digo a mis residentes, ¿que les cuesta saludar de beso a la paciente que están recibiendo?” Todo esto “también significa hacer proselitismo”, hacia la relación médico paciente. Se comunica el interés, para que no ocurra como con el diabético que, “al preguntarle ¿cómo va?, contesta ¡ahí la llevo, tomo mis pastillas al llegar la glucosa a 160! y entonces, “años mas tarde salta la liebre, con las complicaciones graves”.

10) Respecto a otros apoyos y uso de herramientas para fomentar el apego, se mencionó la idea de preparar a los médicos psicológicamente “hacerles pruebas psicométricas, antes de dedicarlos a la atención de esta área”. Se tiene la experiencia de distribuir panfletos, pero “no es suficiente” y se propone “utilizar la tecnología para generar información más dinámica y para toda la familia”, “no solo sobre los beneficios del apego, sino también sobre los perjuicios, si no se cumple”.

11) En principio, el papel de la Sociedad Mexicana de Cardiología se vislumbra, como una autoridad proyectada hacia la población, como promotora y facilitadora de actividades multidisciplinarias y coordinadas. En el apego confluye la destreza, el conocimiento, las mañas y la experiencia vivida.; “lo multidisciplinario participa, no sólo con la naturaleza misma de la enfermedad y sus complicaciones, sino con el tratamiento, efectos colaterales, el abasto terapéutico, facilidades y el modo de otorgar la atención según el tamaño de la población”. Aparte, la relación con Servicios de Salud, y prestando atención a factores como educación a la familia, el estado mental y el nivel cultural “cuanto más se abarque, mejor será para el apego”. El hecho de fomentar la creación de clubes, organismos de autoayuda de pacientes, facilita la comunicación entre ellos, y le da sentido a las cosas. Aunque esto no lo es todo, pues “los médicos mismos, como pacientes, no siempre cumplen con el apego apropiado”. El “internet es otra herramienta que puede ser muy útil y está desaprovechado” Respecto a los sistemas de educación continua al cardiólogo, han de influir en el cambio dinámico con criterios innovadores. “Los hospitales del tercer nivel hacen maravillas, pero de repente, ¡no existen consultorios apropiados!”.

12) El papel de otras asociaciones médicas facilita contar con herramientas multidisciplinarias apropiadas. Pueden contribuir con conferencistas apoyando a las otras disciplinas y así “enriquecer la información escrita” La contribución de enfermería e “incluso sus auxiliares, que no son enfermeras, dan testimonio en el Instituto de Cardiología de buena coordinación y del ejemplar trabajo en equipo”.

13) Acerca del testimonio de interactuar en este tema, con actividades de conjunto y otras organizaciones, podemos citar lo que se ha hecho con “las plazas

públicas con temas de hipertensión, diabetes y lípidos, en Aguascalientes"; asimismo, las actividades realizadas del "Día Mundial del Corazón como feria", las Asociaciones de Rehabilitación Cardiaca han hecho gala de ello. Se sugirió apoyar la posibilidad de que "el paciente escoja al médico que vaya a atender, pues es más ético y amigable", el paciente podría llegar a decir "usted dígame y yo lo hago".

14) Se discutió sobre la posibilidad de contar con el decidido apoyo gubernamental, al citar como ejemplo a países europeos, con la idea de "copiarles un poquito, lo bueno, de su medicina socializada". Es conveniente "reorganizar la forma de hacer medicina" pues en concreto, no contribuye al buen apego, que "los indicadores de la consulta externa sean iguales para todos los servicios del tercer nivel, sea de primera vez o subsecuentes".

Interpretación. El asunto de apego terapéutico se deriva seguramente de coordenadas socio-históricas, que implican valores, intereses, fines, propósitos, deseos, necesidades e intenciones, inclusive temores, por lo que la interpretación de las expresiones recogidas no puede ser tomada a la ligera, ni frívolamente con simples especulaciones. Por lo contrario, considerando todo lo que no se expresó en ese momento y que es resultado de complejas variables del entorno, exige de profunda reflexión, comprensión o por lo menos empatía. De lo que se trata es de buscar el sentido de las frases, oraciones o expresiones completas, como lo sugiere la hermenéutica.^{8,9} El ejercicio del diálogo fue muy útil y amistoso, facilitó el intercambio de ideas e interactuar entre cardiólogos, sus respectivos "pares" u homólogos en la práctica clínica. Al confrontar lo dicho entre uno y otro, se observan diferencias u oposiciones, que en la realidad pertenecen a un episteme diferente. Por eso es muy enriquecedor, enfoca la diversidad para complementar la percepción de la realidad. El procedimiento ha sido recomendado en la gerencia de temas sociales, que parten de aparentes absurdos y paradojas, tomando en cuenta que la mejor fuente de la solución de cualquier problema, está en la persona o grupo a donde se ubica el problema.¹⁰

La experiencia fue claramente indicadora de la preocupación por este tema y, asimismo, el deseo de superar las dificultades. Se tiene conciencia de avanzar en el conocimiento y perfeccionamiento técnico. Se añora el pasado y se ven frustrados los intentos por resolver las múltiples barreras a futuro. Se ha advertido, sin aceptarse, la triste diferencia que hay entre la atención privada y pública. Se generaron francas reacciones anímicas al manifestar: dudas, cuestionamientos, incógnitas, dilemas y trabas. Los impedimentos fueron atribuidos a carencias ajenas al desempeño del clínico, dando a entender que se trata de una continuidad de fallas estructurales de sistemas y falta de recursos. Se hace responsable de esto a la influencia e interferencia administrativa, jurídica y política. Se advirtió la ausencia de proyectos avocados, organizados y capaces de ofrecer soluciones a los problemas actuales. A los sistemas de hoy, no les conceden suficiente valor para impulsar el apego al tratamiento. Se afirma que la cultura de la globalización y del Internet forman parte de la presión social por el cambio. Todo parece indicar que, en unos persiste la creencia de antes, que la relación médico paciente antes era más propicia; y en otros, que los problemas de hoy son manifestación de la renuencia

al cambio. En general, se advierte deseos de innovación, excepto que unos prefieren regresar a como era antes, en la medicina privada; y otros, prefieren al sistema organizado y socializado, ante la esperanza de que mejoren los recursos y la organización, con más apoyo; sobre lo que otros se muestran escépticos. En otras palabras todos quieren el cambio, pero éste no es el mismo. Resultó muy positivo el ejercicio de esta reflexión, porque hizo pensar entre todos, el intercambio de opiniones fue provechoso, propició un diálogo ameno y el debate favoreció la comunicación. Lo cual significa fomentar la creatividad a partir del pensamiento lateral o divergente, la heurística encauzada hacia una innovación positiva. Se consideró útil y recomendable proseguirlo en futuras reuniones multidisciplinarias. En el diálogo se observó que es frecuente el uso de términos ambiguos o polisémicos que propician polémicas infructuosas, por lo que se decidió incluir en este informe la siguiente revisión.

Revisión de términos. Un frecuente impedimento para el diálogo es el uso inapropiado del lenguaje. El ordinario, suele utilizar términos ambiguos y propicia injustos debates, nada conciliadores en las interacciones personales y sociales; el formal, tiene el inconveniente de no estar al alcance de todos; consecuentemente, se establece la necesidad de aclararlo todo, explicarlo exhaustivamente. Especialmente cuando hay indebidas diferencias de opinión y tienen que interpretarse sobre la base, no de lo que se dijo, sino sobre lo que se quiso decir y no se dijo. Importa además, porque los términos son el eje del concilio hacia un paradigma común. Por lo tanto, es primordial precisar el sentido de los términos que se usan al describir el concepto, pues no se le puede encerrar en un solo término. Su significado y comprensión se proyecta en la convergencia de varios términos. Los términos referidos frecuentemente son dos: apego y adherencia; en inglés *compliance* y *attachement*. Aapego, según Larousse¹¹ lleva el significado de afecto, cariño, afición e inclinación; los sinónimos del *Word Reference*¹² son cariño, afecto, amistad, interés, afición, inclinación, simpatía, solidaridad, cordialidad, devoción, adhesión y adoración; que reflejan un sentido emotivo y de sensibilidad. Adherencia, según Larousse¹¹ indica unir una cosa a otra, añadir; y los sinónimos del *Word Reference*¹² son: unión, conexión, consistencia, pegajosidad, soldadura, atracción, cohesión y fijación; de donde se deduce una connotación física. Por lo que respecta a *compliance*, el *Appleton's Diccionary*¹³ lo traduce como: docilidad, sumisión, obediencia, cumplimiento, condescendencia, consentimiento, acatamiento, anuencia y complacencia; Webster¹⁴ describe que su esencia conlleva tres sentidos: 1.- deseo, demanda, propuesta; 2.- disposición de darse a otros; y 3.- ceder ante la aplicación de una fuerza. Por otra parte *attachement*, según Appleton⁶ significa: unión, enlace, vinculación, fijación, apego o devoción. De modo que con este fundamento, parecería más apropiado utilizar, en español, el término de apego, que en inglés es *adherence*, porque refleja más el vínculo con lo afectivo o emotivo, potencial obligado en la relación conductual. No obstante, el resto de las interpretaciones quedan bien como añadidura, pues aportan más características, abundan en el significado y acotan bien el tema que nos preocupa aclarar.¹⁵

La definición del concepto. La esencia del concepto “falta de apego” es susceptible de variar según la práctica clínica y reclama de una definición operativa. Sin esta precisión las estadísticas cambian, no son comparables y la estandarización es imposible. Es de comprenderse que no es igual el tratamiento de una enfermedad que de otra, ni las circunstancias que le influyen. Ocurren al considerar casos concretos, pero también con grupos o poblaciones. La diversidad influye, no sólo a través de los diferentes puntos de vista, sino a través de las enfermedades, de las circunstancias y del medio de una población a otra. Por esa razón, se han propuesto muchas definiciones, como la de los psicoterapeutas.¹⁶ Pero quienes han contribuido con la idea de un diseño universal, más operativo, son Haynes RB¹⁷ y Rand CS;¹⁸ que posteriormente ha sido refinado por Sabaté E.¹⁹ para el grupo de la OMS. Este lleva el potencial de englobar mejor los problemas de las enfermedades crónicas cardiovasculares. Por tanto, el grupo de OMS 2003²⁰ define el concepto como: “El alcance conductual al que llegue una persona que, tomando sus medicamentos, siguiendo un régimen de alimentación, efectúe cambios en el estilo de vida y, que estos correspondan a las recomendaciones propuestas por su terapeuta o agente de salud”. Asimismo, define operativamente las enfermedades a las cuales se aplica, como:

Enfermedades con una o más de las siguientes características: ser permanentes; que dejen incapacidad residual; que sean causadas por las alteraciones patológicas de carácter irreversible; que requieren de entrenamiento o rehabilitación especial; y que sean aptas para un período largo de tiempo de supervisión, observación y cuidados.

La naturaleza del conocimiento del apego terapéutico. El estado actual del conocimiento, ante “la falta de apego terapéutico” es un nuevo problema que emerge en la salud pública. Su magnitud rebasa la capacidad actual de atención a la salud y se extiende globalmente. Ha sido objeto de acuerdos y declaraciones emitidos por la OMS/OPS en repetidas ocasiones.²¹ Sus características pueden sintetizarse de la siguiente manera. En el mundo desarrollado apenas se cubre la mitad de la demanda, en los países pobres es incalculablemente alto. Los grupos de pacientes que requieren tratamientos crónicos engloban: las enfermedades no transmisibles, entre las cuales figuran las cardiovasculares, las mentales, las de inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis. En conjunto, en el año 2001 se estimó ser de 54% y para el año 2020 se cree que subirá a 65%. El poco apego terapéutico de las enfermedades cardiovasculares sigue un curso paralelo a la emergencia ya preocupante de las enfermedades crónicas. El escaso impacto que ejercen los cuidados de la salud hace crecer la prevalencia de “falta de apego”. Las consecuencias son la pobreza de salud y el desenlace fatal de costo elevado. Se tiene la certeza de que mejorando el apego terapéutico se mejora la seguridad del paciente. El apego terapéutico forma parte de la efectividad de la atención a la salud. La mejoría que se logre en esto genera mejor impacto en la salud de la población, más que cualquier otro tratamiento médico específico. Los sistemas de salud deben de superarse y de resolverse los nuevos retos. Los pacientes requieren de apoyo y no de considerarse culpables. El apego, influido por varios

factores, mide al proceso dinámico del quienes necesitan seguimiento. El profesional necesita ser entrenado para adaptarse apropiadamente. La organización familiar y social constituye elementos decisivos en el resultado. La solución, pensando en una innovación, consiste en: apoyar el cambio del modelo actual; comprometer al sector político; desarrollar la atención integrada; alinear las políticas intersectoriales hacia la salud, utilizar más eficazmente los recursos para la salud; mejorar la eficacia del personal de salud; generar apoyos de las comunidades en beneficio a cada paciente y hacer más énfasis en la prevención. En síntesis, el apego terapéutico es parte de la medicina preventiva.

Discusión

El análisis cualitativo utilizado aquí para el Estudio, es una metodología científica (comprensiva), a diferencia de la descriptiva (estadística). La perspectiva de actores y contextos facilita generar teorías (supuestos e hipótesis).²² En este caso, se aprovecha que la teoría, partiendo de lo subjetivo, construye objetivamente lo que tiene más valor. Es un buen modo de oír a la gente y aprender de ello.²³ Se afirma que funciona haciendo interactuar a grupos sociales. Se ponen en evidencia hechos, que adquieren con ello su mejor valiosidad, se describen como elementos cognitivos que interactúan con las prácticas morales y florecen con expresiones estéticas.²⁴ El hecho es que se descubre la realidad como evidencia, sin que tenga que ser demostrada o no (falsificada), por otros medios. De esta manera, se trata de comprender la realidad social vinculada a la percepción. Se establecen vertientes fundamentales, sin cuyo marco no podría comprenderse la realidad social.²⁵ Esto es lo que genera el diálogo, que viene siendo como armar un rompecabezas, la imagen se aprecia mejor cuando las diversas piezas están juntas, por diversas y opuestas que sean sus formas. De esto se trata, el principio involucrado, es la integración por medio de la complementariedad (Neil Bohr, Premio Nobel 1922). Es evidente que cada clínico estaría en la imposibilidad de verlo o apreciarlo todo, para deducir una solución integral. Es notable que pocas veces se aluda a esta estructuración en la toma de decisiones clínicas, fruto de conocimiento teórico, empírico, argumentaciones y juicios. Suele suceder que el médico o cardiólogo, atribuye las decisiones a “la clínica”, como si se tratara de una tercera persona, indefinida y única responsable. Se rechaza, paradójica e inconscientemente, el valor que le confiere al médico el ejercicio de su profesión. Hay que considerar que la clínica es todo un ministerio, y hay que aceptarlo, pues es inherente a la misión de apoyar la salud y luchar contra la enfermedad. Todo lo anterior es una realidad evidente, pero falta considerar como relevantes a los factores de riesgo cardiovasculares, pues esto no se destaca en el portador renuente a considerarse paciente. Este hecho incrementa las dificultades, tales cosas como barreras limitantes, no han sido mencionadas específicamente como parte del problema. La fuerza comprometida en fomentar el apego terapéutico, viene de los pacientes, por el hecho de enfrentar innegables dificultades, que luego de que han intentado cumplir con las recomendaciones médicas y fracasan, sufren las consecuencias. También

viene del terapeuta o agente de salud, quien ve frustrado su intento, luego de haber realizado su mejor actuación. Por otra parte, y de consideración especial, es la razón de la ciudadanía. Luego de que se consolidaran: los Derechos Humanos (Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948); el derecho de los pacientes (la Asociación Americana de Hospitalares “Carta de los derechos del enfermo” el 6 de Febrero de 1973); y en México (Carta de los Derechos Generales de los pacientes 2001, en el Plan Nacional de Desarrollo 2001 - 2006) sigue el proceso natural de emancipación social y se establece un conflicto a conciliar frente a la dinámica del cambio y la inercia del estatismo. El pensador francés Michael Focault (1926 - 1984), hijo de médico y testigo de los acontecimientos del Siglo XX, lo expresa con otras palabras “el pensamiento médico está comprometido por derecho propio, en el estatuto filosófico del hombre”.

Conclusión

Fomentar el apego terapéutico es muy importante y trascendente, de acuerdo al concepto actual de salud en la población. Se comprende que el apego terapéutico deriva de manera natural e inmediata de la relación médico-paciente, a la que también es justo y necesario prestarle atención.

Agradecimiento por su colaboración en este ejercicio al los Doctores: Enrique Gómez Álvarez, Moderador y Jorge Cossio Aranda, Guillermo Llamas Esperón Jorge Madrid y Basurto Tobias Rotberg Jagode, Eloy Santillana Gómez y Carlos Alberto Wabi Dagre, como los panelistas.

Referencias

1. Hamel G. *The future of management*. Harvard Business School; 2007.
2. Hamel G. *El porqué, el qué y el cómo de la innovación de gestión*. Harvard Business Review; 2006.
3. SRE OMS. Temas actuales de discusión. Misión permanente. Secretaría de Relaciones Exteriores. México. Disponible en: <http://portal.sre.gob.mx/oi/popups/articleswindow.php?id=328>; consultado en enero, 2010.
4. Silverman David. *Analyzing talk and text*. In: Norman Denzin and Yvonna, Lincoln, eds. *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: Sage; 2003.
5. Martínez MM. *Ciencia y arte de la metodología cualitativa*. Editorial Trillas, México; 2004.
6. Kitzinger J. *Introducing focus groups*. Br Med J 1995;311:299-302.
7. Denzin, Norman. *Interpretative ethnography. Ethnographic practices for the 21st century*. Thousand Oaks, Sage; 1997.
8. Vattimo G. *La ética de la interpretación*. España: Ed. Paidos; 1991.
9. Verjat A. *El retorno de Hermes. Hermenéutica y ciencias humanas*. España: Ed. Anthropos; 1989.
10. Farson R. *Management of the Absurd. Paradoxes in leadership*. Touchstone New York; 1996.
11. Larousse. *Diccionario de la Lengua Española*. México, Barcelona, París; 2000.
12. www.worldreference.com
13. Arturo Cuyás. *Nuevo diccionario Cuyás de Appleton*. Editorial Cumbre. México; 1966.
14. Devlin Joseph. *Webster's dictionary*. World publishing company. Cleveland, New York; 1943.
15. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. *Compliance, therapeutic observance and therapeutic adherence: "What do we speak about?"* Rev Mal Resp 2005;22:31-34.
16. Puente SF. *Adherencia terapéutica*. Versión del simposium “Adherencia terapéutica” del XXIII Congreso Internacional de Psicología. Acapulco, Gro. 1984. Ed. Federico G. Puente Silva. México; 1985.
17. Haynes RB. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University; 1979.
18. Rand CS. *Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia*. Am J Cardiol 1993;72:68D-74D.
19. Sabaté E. *WHO Adherence meeting report*. Geneva. World Health Organization; 2001.
20. WHO. *Adherence to long term therapies. evidence for action*. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 2003.
21. OMS/OPS. *Cuidado innovador para las condiciones crónicas. Agenda para el cambio. Informe Global 2002*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
22. Martínez M. *Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa*. Paradigma 2006;27:7-33.
23. Morgan D. *Focus groups as qualitative research*, Newbury Park, Sage; 1998.
24. Giddens A. *The constitution of society: outline of the theory of structuration* 1984. Berkeley, CA: University of California Press. En español: (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu. Giddens A; 1991.
25. Martínez MM. *Enfoque cualitativo de la investigación*. En: Martínez MM. *Nueva Ciencia. Su desafío, lógica y método*. Ed. Trillas. México; 2002.